



**PETICIÓN SEMANAL DE BENEFICIOS DEL ACTO DE COMERCIO**

CAT 832

**¿Preguntas? Llame a (800) 436-6191**

Nombre: \_\_\_\_\_

Cliente #: \_\_\_\_\_

BYE: \_\_\_\_\_

**Estoy reclamando los beneficios del seguro por desempleo para la semana que termina el:** \_\_\_\_\_

1. ¿Asistió a todas las clases programadas durante la semana?  Sí  No

A. Si la respuesta es "No" por favor explique: \_\_\_\_\_

B. Si está dentro de los 30 días de su capacitación aprobada bajo el Acto de Comercio (Trade Act) ¿Cuál es la fecha de inicio de su capacitación aprobada? \_\_\_\_\_

C. Si se encuentra en un descanso programado de la capacitación:

Fecha de inicio del descanso: \_\_\_\_\_

Fecha de culminación del descanso: \_\_\_\_\_

2. ¿Trabajó usted la semana pasada, recibió o va a recibir pago por vacaciones o días festivos?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí" escriba el número de horas y la cantidad total de su sueldo (antes de las deducciones).

Número de horas trabajadas: \_\_\_\_\_

Cantidad total obtenida para esta semana: \$ \_\_\_\_\_

3. La semana pasada, ¿renunció, fue despedido o suspendido del trabajo?  Sí  No

4. ¿Recibió alguna pensión que no nos haya reportado antes?  Sí  No

5. La semana pasada, ¿estuvo fuera de su área de residencia permanente por 3 días o mas?  Sí  No

*Certifico que las respuestas arriba mencionadas son verdaderas a mi mejor saber y entender. Estoy consiente que puedo ser penalizado por presentar información falsa o por retener información.*

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Cuando la complete por favor envíela por fax al: **(503) 947-1335**  
o por correo a: **PO BOX 14518, Salem, OR 97309**

**Email:** EMP.TRA@state.or.us