

IMPORTANTE: Conteste TODAS las preguntas en forma completa - De lo contrario, se le pueden negar los beneficios).

- Cuando se necesita una fecha, por favor proporcione el mes, día y año en el siguiente formato: 01/01/2001
- Para completar su reclamo inicial, debe agregar su firma y fecha de la firma. Cuando el formulario esté completo, envíelo a su empleador lo antes posible.

Número de seguro social:	Nombre (apellido, nombre, inicial 2º nombre):	Número de teléfono:	
Dirección postal del solicitante (calle o casilla de correo):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Origen étnico: (Seleccione todo lo aplicable) <input type="checkbox"/> Amerindio o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otras Islas del Asia y del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Empleador del programa Work Share:		Número de teléfono:	
Dirección de trabajo: (Calle o Código Postal)		Fecha de inicio del empleo:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Título de la posición:

<p>En los últimos 18 meses:</p> <p>A. ¿Trabajó para una agencia federal del gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si trabajó, días empleado: _____ a _____</p> <p>B. ¿Alguna vez ha servido en las fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si ha servido, días de servicio: _____ a _____</p> <p>C. ¿Ha trabajado para un empleador en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si ha trabajado, por favor enumere el empleador en la próxima página.</p> <p>D. ¿Ha formulado un reclamo para obtener beneficios de cualquier otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si formuló un reclamo, ¿cuál estado?: _____</p> <p>E. ¿Ha trabajado como un atleta profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>F. ¿Es un ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo es, ¿puede trabajar legalmente en este país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, por favor suministre su número de autorización de trabajo: _____</p>	<p>G. ¿Recibe usted o recibirá pagos de jubilación (excepto del seguro social) dentro de los próximos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si responde sí, ¿quien le ofrece los beneficios de jubilación? _____</p> <p>Cantidad mensual: \$ _____</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que trabajó para este empleador? _____</p>
--	---

H. **¿Requiere información en otro idioma que el Inglés?** Sí No
 Si responde sí, ¿cuál es su idioma principal? _____

Para Uso Oficial Solamente	
Plan #: _____	Date Received: _____
Current Employer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Examiner: _____
Application: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	Date of Review: _____
If denied, reason for denial: _____	

Por favor enumere todos los empleadores en los últimos dos (2) años. Incluya las agencias de empleo temporal, empleadores en los Estados Unidos y el exterior, el gobierno federal y militar. Para enumerar más empleadores, use una hoja de papel suplementaria y adjúntela a este formulario. Se verificará esta información con su empleador.

Primer Empleador Más Reciente: _____ Teléfono: _____

Dirección: (Calle o Apartado de Correos): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Título de la posición: _____

Trabajé para este empleador: _____ hasta _____

Marque lo que corresponda (uno):

Trabaja todavía Huelga/Cierre de la empresa

La Falta de Trabajo Renuncia

Licencia Despedido/ Suspendido

Total de Ganancias (ingresos brutos) del período de trabajo arriba mencionado:

\$ _____

Salario: \$ _____

HORA MES SEMANA MES AÑO

Primer Empleador Más Reciente: _____ Teléfono: _____

Dirección: (Calle o Apartado de Correos): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Título de la posición: _____

Trabajé para este empleador: _____ hasta _____

Marque lo que corresponda (uno):

Trabaja todavía Huelga/Cierre de la empresa

La Falta de Trabajo Renuncia

Licencia Despedido/ Suspendido

Total de Ganancias (ingresos brutos) del período de trabajo arriba mencionado:

\$ _____

Salario: \$ _____

HORA MES SEMANA MES AÑO

Usted debe reportar:

- Cualquier tiempo que faltó al trabajo o trabajos que rechazó
- La precisa razón por haber dejado el trabajo, por ejemplo:
 - Si renunció un trabajo
 - Si le despidieron de su trabajo
 - Si se encuentra bajo ausencia permitida de su trabajo
- Si usted se encontraba fuera de su residencia permanente por más de tres días durante la semana reclamada. Todo el trabajo y ganancias en bruto de cualquier empleador que no sea de Work Share.

El no proporcionar esta información puede resultar en la negación de beneficios y la posibilidad de un sobrepago y multas.

Certifico bajo pena de perjurio que soy un ciudadano de los Estados Unidos o legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos. Entiendo las preguntas que se me formularon y las respuestas son ciertas a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley impone penalidades por hacer declaraciones falsas para obtener los beneficios de seguro de desempleo. Enviando esta solicitud solicito una determinación inicial de los beneficios que me son potencialmente adeudados. Autorizo a que el Departamento de Empleo obtenga y use la información de cualquier fuente que suministre para administrar el seguro de desempleo. A continuación de este formulario de reclamo inicial, entiendo y autorizo a mi empleador para que envíe los formularios de certificación de reclamo semanal a mi nombre. Entiendo que soy también responsable de comunicarle a mi empleador y el Departamento de Empleo de Oregon cualquiera de los cambios de mi condición laboral. Entiendo que la falta de notificación de los cambios de condición laboral puede resultar en una demora o denegación de los beneficios. Entiendo que también soy responsable de cualquier sobrepago realizado o información incorrecta suministrada. Entiendo que puedo verificar la condición de mi reclamo llamando al Centro de Programas Especiales del Seguro de Desempleo al número que figura debajo.

Marco esta casilla, certifico y entiendo que es mi responsabilidad conocer la información presentada en los Manuales del Solicitante y Plan de Trabajo Compartido.

Estos manuales pueden encontrarse en www.OregonWorkShare.org

**Firmando este formulario electrónico, entiendo que ésta firma electrónica tiene la misma intención y validez que mi firma a mano.

Firma: _____ Fecha: _____

Oregon Employment Department • Attn: UI Special Programs Center • PO Box 14518 • Salem, Oregon • 97309
Phone: (503) 947-1800 • Fax: (503) 947-1833 • OED_workshare@oregon.gov

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services, and alternate formats are available to individuals with disabilities and language services to individuals with limited English proficiency free of cost upon request. TTY/TDD-dial 7-1-1 toll free relay service. Access free online relay service at: www.sprintrelayonline.com.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de servicios o ayudas auxiliares, formatos alternos para personas con conocimiento limitado del inglés, a pedido y sin costo. Llame al 7-1-1 para asistencia gratuita TTY/TDD para personas con dificultades auditivas. Obtenga acceso gratis en internet por medio del siguiente sitio: www.sprintrelayonline.com.

Descargo de responsabilidad: Si envía este formulario por vía electrónica, puede no ser seguro. Si no utiliza software de cifrado de correos electrónicos le aconsejamos que se ponga en contacto con el Centro del Programa Especial de Seguro de Desempleo al (503) 947-1800 o (800) 436-6191 para suscribirse con nuestro servidor de correo electrónico seguro. Haciendo clic en el botón de envío reconoce que es responsable por asegurar la protección de la información identificable personal incluida en este correo electrónico.