

SOLICITUD INICIAL DE ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR CATÁSTROFE

FOR OFFICE USE

1. Primary SOC Code		2. SOC Code	
3. Disaster No. FDAA DR	4. Disaster Date	5. Disaster Announcement Date	

A. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

1. Nombre del reclamante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	4. N° de teléfono del reclamante	5. Fecha de nacim. (M, D, A)
2. Dirección (N°, calle, ciudad, condado, estado, código postal)	6. N° de Seguro Social	7. Sexo (marque uno) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
3. Nombre y dirección del último empleador (incluir el condado)	8. ¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	9. Raza: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro	
	10. Último trabajo	11. Último día que trabajó

B. SOLICITUD

Por la presente solicito los beneficios de Asistencia de Desempleo por Catástrofe (DUA) por el período de desempleo que resulta del anuncio de la catástrofe que comenzó el _____. Mi desempleo fue causado por esta catástrofe, como se explica a continuación. (Explicar en forma detallada.)

Si usted estaba trabajando en forma independiente, también DEBE llenar el formulario ETA 81A.

C. CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Certifico por la presente que la información que di en este formulario es correcta y que proporcioné dicha información en forma voluntaria a fin de recibir Asistencia de Desempleo por Catástrofe. Sé que el programa recibe fondos federales y que la ley dispone sanciones para las personas que deliberadamente hacen declaraciones falsas u ocultan hechos materiales a fin de obtener ayuda a la cual no tienen derecho según la LEY. La información reunida por el Departamento de Empleo puede ser utilizada por otras agencias estatales y federales para verificar la elegibilidad para otros programas. Por lo tanto, AUTORIZO al Departamento de Empleo a compartir la información CON CUALQUIER FUENTE para los fines autorizados por la ley del Departamento de Empleo. Además, juro bajo pena de perjurio que:

Soy ciudadano de los Estados Unidos SI NO
 Si contestó no, ¿está en situación satisfactoria de inmigrante? SI NO Registro de extranjero N° _____

1. Firma _____ 2. Fecha (Mes, día, año) _____

D. EMPLEO DEL RECLAMANTE

Para determinar la cantidad de mi beneficio semanal de Asistencia de Desempleo por Catástrofe, CERTIFICO que tuve el siguiente trabajo y/o trabajo independiente y ganancias durante los últimos 18 meses.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (o del trabajo independiente)	PERÍODO DE EMPLEO		INGRESOS TOTALES *	SUELDO SEMANTAL	FOR OFFICE USE
	De	A			Documentary or other proof of earnings

* Declare ingresos BRUTOS si provienen de empleo, e ingresos NETOS si provienen de trabajo independiente.

— Continúa al dorso de este formulario—

E. AUTORIZACIÓN PARA RETENCIONES IMPOSITIVAS

Los beneficios de seguro de desempleo que usted reciba son ingresos totalmente tributables si usted tiene que presentar una declaración de impuestos. Tal vez necesite efectuar pagos estimados de impuestos. Para mayor información sobre pagos estimados de impuestos, comuníquese con el Servicio de Rentas Públicas (Internal Revenue Service). Para información sobre impuestos estatales, comuníquese con el Departamento de Rentas Públicas de Oregón (Oregon Department of Revenue).

Si usted lo desea, podemos retener el 10% de sus beneficios para impuestos federales y/o el 6% para impuestos estatales.

¿Desea que se retenga el 10% de sus beneficios de desempleo para impuestos federales? Sí No

¿Desea que se retenga el 6% de sus beneficios de desempleo para impuestos estatales? Sí No

Esta autorización se mantendrá vigente para este reclamo hasta que usted notifi que por escrito de su finalización al Departamento de Empleo de Oregón.

F. SOLICITUD DE PAGOS RETROACTIVOS

A continuación enumere todas las semanas siguientes a la fecha de la catástrofe en que estuvo parcial o totalmente desempleado debido a la catástrofe y por las cuales reclama beneficios de DUA. Declare sus ingresos brutos si está empleado o sus ingresos netos si trabaja por cuenta propia.

Semana que termina el	Horas trabajadas	Ingresos	Semana que termina el	Horas trabajadas	Ingresos	Semana que termina el	Horas trabajadas	Ingresos
1.			3.			5.		
2.			4.			6.		

(Para las semanas reclamadas arriba, conteste las siguientes preguntas marcando lo que corresponda. Si la respuesta a las preguntas 1 ó 2 es "Sí", llene la información requerida a la derecha de las preguntas.)

1. ¿Solicitó, recibió o tendría derecho a recibir si hubiera solicitado alguna vez,	Cantidad de cada tipo de pago	Periodo cubierto	
		De	A
(1) Seguro de Desempleo bajo alguna ley nacional o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
(2) Algún pago por pérdida de salarios por enfermedad o discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
(3) Algún tipo de seguro privado de protección de ganancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
(4) Algún pago como beneficio de desempleo complementario (SUB)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. ¿Recibió algún pago de jubilación o anualidad bajo algún plan o sistema público o privado (sólo si es aplicable bajo la Ley del Estado)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Estuvo capacitado y disponible para trabajar durante cada una de las semanas reclamadas arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. ¿Aceptó todo trabajo ofrecido durante cada una de las semanas reclamadas arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			