

**FORMULARIO SUPLEMENTARIO DE LA SOLICITUD
PARA ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR CATÁSTROFE
PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES**

FOR OFFICE USE

3. Disaster Number

FDA

DR

A. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

1. Nombre del reclamante (Apellido, primer nombre, segundo nombre)

4. N° de Seguro Social

2. Nombre y dirección del negocio (N°, calle, ciudad, condado, estado, código postal)

5. Tipo de trabajo independiente
(Marque las casillas que correspondan)

- Agícola
- Empresa
- Profesional

6. Como: Único dueño
 Socio

B. ACTIVIDAD AGRÍCOLA (si corresponde)

En las siguientes columnas, enumere todos los productos agrícolas cultivados principalmente para venta e ingresos agrícolas

1. Tamaño de la granja (en acres):

CULTIVOS		GANADO		OTRO (especifi que)	
2. Tipo	3. Acres	4. Tipo	5. Cantidad	6. Tipo	7. Cantidad

C. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE (Responda todas las preguntas de esta parte)

1. Describa la naturaleza de su trabajo independiente; indique cuánto tiempo hace que lo desempeña.

2. ¿Este trabajo independiente requiere parte de su tiempo en el cumplimiento de los servicios? SI NO

3. ¿Estaba usted desempeñando servicios relacionados con este trabajo independiente en el momento de la catástrofe? SI NO
Si constató "NO", explique. Si la respuesta es "SÍ", identifique los servicios que estaba desempeñando.

4. ¿Le impidió la catástrofe desempeñar todos los servicios relacionados con su trabajo independiente? SI NO
Si la respuesta es "NO", identifi que los servicios que estaba desempeñando.

-- Continúa en el reverse de este formulario --

5. Desde que quedó sin empleo, ¿ha estado desempeñando o pudo desempeñar cualquier servicio para restituir o mejorar el valor o capacidad para obtener ganancias de su trabajo independiente? SI NO
Si la respuesta es "Sí", explique.

6. En el momento de la catástrofe, era este trabajo independiente su ocupación principal y su principal medio de subsistencia? SI NO
If "NO", explain.

7. ¿Tiene usted alguna otra ocupación además de este trabajo independiente? Si la respuesta es Sí, llene lo siguiente: SI NO

8. Ocupación	9. Horas semanales	10. Salario bruto por semana	11. Efecto que la catástrofe tuvo en esta ocupación
--------------	--------------------	------------------------------	---

D. 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 usted en una situación de inmigración satisfactoria? SI NO

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