

# RECLAMO SEMANAL DE ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR CATÁSTROFE (DUA)

## OFFICE USE ONLY

DISASTER No.

Week No.

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

N° de Seguro Social

Dirección (N°, calle, ciudad, estado, código postal)

Semana reclamada

Fechas

Del (domingo)

Al (sábado)

### SOLICITUD DEL RECLAMANTE

Usted está reclamando beneficios para la "semana reclamada" que se indica arriba. Usted tiene derecho a recibir beneficios de DUA si está desempleado como resultado directo de una catástrofe. Por favor, responda las siguientes preguntas marcando las casillas apropiadas y/o proporcionando la información adicional requerida.

**A.** ¿Por qué no trabajó durante esta semana?

**Llene las secciones B y D si usted trabajó de manera independiente durante la semana.**  
**Pase a las secciones C y D si usted no trabajó de manera independiente.**

**Si No**

**B. Trabajo independiente**

1. ¿Desempeñó algún trabajo relacionado con su trabajo independiente normal durante esta semana?

Si contestó "Sí", responda las siguientes preguntas sobre su actividad durante la semana.

Fechas trabajadas \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Cantidad de horas trabajadas \_\_\_\_\_ Ingresos BRUTOS \$ \_\_\_\_\_

2. ¿Desempeñó este trabajo con el fin de REANUDAR sus actividades normales de trabajo independiente?

**C. Empleo**

Si usted no trabajó de manera independiente, ¿desempeñó otro trabajo durante la semana reclamada?

Si contestó "Sí", responda las siguientes preguntas sobre su actividad durante la semana.

Fechas trabajadas \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Cantidad de horas trabajadas \_\_\_\_\_ Ingresos BRUTOS \$ \_\_\_\_\_

**D. Ponga la información solicitada en la casilla de la derecha si contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas del ítem 1.**

1. ¿Solicitó o recibió:

a. Algún pago por pérdida de salario por enfermedad o discapacidad?

b. Algún pago de seguro privado de protección de ganancias?

c. Algún pago de seguro de desempleo complementario (SUB)?

d. ¿Recibió algún pago de jubilación, pensión o anualidad bajo algún plan o sistema público o privado (sólo si se aplica bajo la ley estatal de Seguro de Desempleo)?

2. ¿Estuvo capacitado y disponible para trabajar durante esta semana?

3. ¿Se comunicó con su último empleador para saber si disponía de trabajo esta semana?

4. ¿Rechazó algún trabajo durante esta semana?

Si la respuesta es "Sí", ¿quién le hizo la oferta laboral? \_\_\_\_\_

Cantidad de cada tipo de pago	Período cubierto	
	Desde	A
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

### 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.

Firma del reclamante \_\_\_\_\_

Fecha (Mes, día, año) \_\_\_\_\_

### STATE AGENCY DETERMINATION

\_\_\_ Amount of DUA payment authorized for this week: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_ DUA reduced or denied for the week claimed above.

\_\_\_ DUA termination date \_\_\_\_\_

Reason for Determination:

Signature of State Agency Representative

Date Authorized (Month, Day, Year)