



No. De Oficina.: EO 082
 No. De Desastre: 4562
 Fecha de Declaración del Desastre: 9/15/2020
 Fecha de Inicio del Periodo del Desastre: 09/13/2020
 Fecha de finalización del período del Desastre: 03/20/2021

AFIRMACIÓN DE EMPLEO
ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR DESASTRE (DUA)
LEY DE ALIVIO EN CASO DE DESASTRES DE 1974

EMPLEO EN EL MOMENTO DEL DESASTRE

CONDADO DE _____

Yo, _____*, Número de Seguro Social _____, por el presente juro personalmente que yo fui **EMPLEADO como trabajador** en el condado indicado anteriormente en _____.

Nombre del Empleador:

Dirección donde se iba a realizar el trabajo:

*De acuerdo con el Procedimiento de Expresión e Identidad de Género del Departamento de Empleo, puede proporcionar un nombre elegido o preferido si es diferente del nombre registrado en la Administración del Seguro Social.

INGRESOS LABORALES del AÑO FISCAL 2019

| PRIMER TRIMESTRE Enero- Febrero- Marzo | SEGUNDO TRIMESTRE Abril- Mayo- Junio | TERCER TRIMESTRE Julio - Agosto- Septiembre | CUARTO TRIMESTRE Octubre- Noviembre- Diciembre |
|---|---|--|---|
| INGRESOS NETOS | INGRESOS NETOS | INGRESOS NETOS | INGRESOS NETOS |
| \$ | \$ | \$ | \$ |

****Si ganó más de \$16,800 durante el año tributario 2019, usted **DEBE** entregar un **comprobante de ganancias** dentro de los **21 días** posteriores a la entrega de su solicitud inicial para los beneficios de DUA.****

Para respaldar mi reclamo de **EMPLEO**, ofrezco la siguiente declaración: (Por favor incluya en su declaración cualquier prueba de ingresos que nos esté dando hoy y el monto de esos ingresos)

CERTIFICACION

Además, declaro que entiendo que los Estatutos Revisados de Oregón, las Reglas Administrativas de Oregón, el Código 20 de Regulaciones Federales, Parte 625 y las Regulaciones de la DUA establecen sanciones por hacer declaraciones falsas a sabiendas para obtener beneficios del Seguro de Desempleo y / o de la DUA. Por lo tanto, declaro que las declaraciones que he hecho en relación con esta afirmación son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender

Firma _____ Fecha _____

Nombre impreso (nombre en el archivo de la Administración del Seguro Social)

Número de Seguro Social: _____

NOTA: USTED TENDRÁ SU CANTIDAD DE BENEFICIO SEMANAL (WBA) DE DUA DETERMINADA EN BASE A LA INFORMACIÓN DE SALARIO QUE HA ENTREGADO Y SU DECLARACIÓN JURADA DE GANANCIAS. SI NO NOS DA LA DOCUMENTACIÓN DE SALARIO REQUERIDA COMO SE SOLICITA DENTRO DE 21 DÍAS CALENDARIOS DE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS, SU DETERMINACIÓN FINANCIERA DE DUA SERÁ RECALCULADA EN BASE A LA INFORMACIÓN DE LA PRUEBA DE INGRESOS QUE NOS HA DADO O QUE ES PARTE DE LOS REGISTROS DE SALARIOS DEL DEPARTAMENTO. PUEDE HACER QUE SE REVISE Y EXAMINE SU DUA WBA AL ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE ANTES DEL FINAL DEL PERÍODO DE ASISTENCIA POR DESASTRES.

La prueba que proporcione debe demostrar que las semanas de crédito, los salarios que ganó o le pagaron durante el período base a usted o al jefe de familia fallecido, serían suficientes para calcular un DUA WBA mayor que la cantidad mínima. Si reclama los beneficios de DUA basados en el trabajo por cuenta propia, debe presentar documentación que demuestre que era un trabajador por cuenta propia y que las semanas de crédito, el ingreso neto del trabajo por cuenta propia ganadas o recibidas durante el período base por usted o el jefe fallecido del hogar, sería suficiente para calcular un DUA WBA más alto que el monto ya decidido. Cualquier monto semanal más alto que se decida se aplicará a todas las semanas que solicitó para las cuales fue elegible para el pago de DUA. Si tiene la intención de

entregar la información salarial requerida y continuó desempleado como resultado directo del desastre, continúe entregando sus formularios de reclamo para los beneficios de DUA.

(Si necesita espacio adicional para cualquier explicación, utilice el reverso de este formulario.)