

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

**REGRESO INICIAL AL PLAN DE AUTOEMPLEO**  
**ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR DESASTRE (DUA)**  
**LEY DE ALIVIO EN CASO DE DESASTRES DE 1974**

Regreso Inicial al Plan de Autoempleo

**Las siguientes preguntas están destinadas a registrar su plan inicial para regresar a sus actividades normales de trabajo por cuenta propia.**

1. Describa la actividad comercial en la que estuvo involucrado antes del desastre. Por ejemplo, "Operé una granja lechera de 50 vacas y vendí leche a XYZ Dairy. El granero y el equipo de ordeño fueron destruidos por los incendios forestales" O, "Yo opero ABC actividades de Mejoras en el Hogar. La casa que estaba remodelando fue destruida por los incendios forestales."

Explique:

---

---

---

---

---

---

---

---

2. ¿Qué medidas ha tomado desde que se declaró el desastre para que su negocio vuelva al estado anterior al desastre?

Explique:

---

---

---

---

---

---

---

---

3. ¿Qué pasos adicionales se deben tomar antes de que pueda regresar al nivel de actividad comercial anterior al desastre?

Explique:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. ¿Está interesado en obtener empleo a través de WorkSource Oregon? \_\_\_ Si \_\_\_ No
  
5. Con base en la información que proporcionó anteriormente, ¿cuándo cree usted que podrá trabajar la misma cantidad de horas que trabajaba antes del desastre? \_\_\_\_\_  
(expected date)
  
6. ¿Cuándo cree usted que dejará de solicitar los beneficios de DUA? \_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_\*, Número de Seguro Social \_\_\_\_\_, declaro que las afirmaciones que he hecho en relación con mi reclamo de beneficios de DUA son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Además, entiendo que los Estatutos Revisados de Oregón, las Reglas Administrativas de Oregón, el Código 20 de Regulaciones Federales, Parte 625, y las Regulaciones de DUA establecen sanciones por hacer declaraciones falsas a sabiendas para obtener el Seguro de Desempleo y / o los beneficios de DUA.

\*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.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

---

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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