



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

AUTOEMPLEO / CONTRATISTA INDEPENDIENTE

ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR DESASTRE (DUA)

LEY DE ALIVIO EN CASO DE DESASTRES DE 1974

Nombre: *	Nombre de la Compañía:
SSN:	BIN:
Examinador de Estatus:	Fecha:

*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.

Preguntas: Respuestas: S = 1 N = 0	Respuestas		Puntos	Comentarios
	S	N		
¿Qué servicios realizo?	Ingrese la descripción aquí			
¿Tiene un nombre su negocio? Ingrese el nombre en los comentarios.				
¿Presenta una declaración comercial? (Ej: Schedule C, 1120 o 1065) Ingrese el tipo de declaración en los comentarios				
¿Usted determina cómo se va a realizar el trabajo?				
¿Tiene derecho a contratar a alguien para que le ayude a realizar sus servicios? ¿Puede despedirlos (correrlos / descansarlos)?				
¿Usted determina dónde se va a realizar el trabajo?				
¿Usted determina el monto de su compensación?				
¿Tiene usted una inversión en herramientas, equipos, etc? Ingrese \$ en el comentario.				
Can the company you provide services to terminate you? ¿Puede la empresa a la que usted brinda sus servicios despedirlo?				

¿Tiene más de un cliente? Ingrese el número de clientes en los comentarios.		
TOTAL DE PUNTOS		

*****SOLO PARA USO OFICIAL*****

DETERMINATION:

4 or higher = Independent Contractor (IC)
3 or less = Employee

CERTIFICACION

Además, declaro que entiendo que los Estatutos Revisados de Oregon, las Reglas Administrativas de Oregon, 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.)