

**PROGRESO DE LOS ESFUERZOS PARA VOLVER AL  
AUTOEMPLEO  
ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR DESASTRE (DUA)  
LEY DE ALIVIO EN CASO DE DESASTRES DE 1974**

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

Progreso de los esfuerzos para volver al Autoempleo

Las siguientes preguntas están destinadas a registrar el progreso de sus esfuerzos para volver a sus actividades normales de trabajo por cuenta propia

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

Explique:

---

---

---

---

---

2. ¿Qué pasos adicionales se deben tomar antes de que usted pueda volver al nivel de actividad comercial que tenía anterior al desastre?

Explique:

---

---

---

---

---

3. ¿Está interesado en obtener empleo a través de WorkSource Oregon? \_\_\_ Si \_\_\_ No

4. Con base en la información que proporcionó anteriormente, ¿cuándo cree usted que podrá trabajar la misma cantidad de horas que trabajaba antes del desastre? \_\_\_\_\_  
(fecha esperada)

5. ¿Cuándo cree usted que dejará de solicitar los beneficios de DUA? \_\_\_\_\_  
(fecha esperada)

Yo, \_\_\_\_\_\*, Número de Seguro Social \_\_\_\_\_, en este día, \_\_\_\_\_, 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 Oregon, las Reglas Administrativas de Oregon, la Ley de Asistencia de Desempleo por Desastre (DUA) 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.)**