



**VERIFICACIÓN DE EMPLEO  
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 periodo del Desastre: 03/20/2021

Verificación de Empleo / Empleo Prospectivo

**SOLICITANTE:** Para evitar la pérdida de beneficios, ambos lados de este formulario deben ser completados y firmados por el empleador para el que trabajaba o el empleador para el que estaba programado para comenzar a trabajar en el momento del desastre. Si estaba programado para trabajar para más de un empleador, fotocopie este documento y haga que cada empleador complete uno.

**ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO CON EL FORMULARIO ETA 81.**

Nombre del Solicitante:

Número de Seguro Social del Solicitante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros Nombres que usted use:

\_\_\_\_\_

**Estimado empleador:**

La persona mencionada anteriormente ha presentado un reclamo de Asistencia de Desempleo por Desastre (DUA) y ha declarado que no pudo comenzar a trabajar o continuar trabajando para usted como resultado directo del desastre.

La siguiente información es necesaria para determinar la elegibilidad de la persona para los beneficios de DUA.

1. Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_

2. ¿Esta persona trabajaba o estaba programada para trabajar para usted en el momento del desastre?  No  
 Si

Si la respuesta es **No**, pase al **#11**, firme y devuelva este formulario al solicitante.  
En caso afirmativo, continúe completando este formulario.

3. Describa el tipo de trabajo realizado o programado para realizarse:

\_\_\_\_\_

4. Tarifa de Pago: \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Número aproximado de horas de trabajo realizadas o previstas por semana: \_\_\_\_\_  
¿Tiempo Completo? No Si

5. Dirección donde se estaba realizando el trabajo, o donde estaba programado para realizarse:

Calle/Numero de Ruta Rural:

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

6. Duración prevista del trabajo en circunstancias normales (si no hubiera habido desastre):

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_

7. Si la persona estaba trabajando para usted en el momento del desastre, ¿cuál fue su último día de trabajo?

\_\_\_\_\_

8. Si la persona no estaba trabajando para usted, pero estaba programado para trabajar en el momento del desastre:

Fecha en que se hizo la oferta de trabajo: \_\_\_\_\_

El trabajo iba a comenzar en: \_\_\_\_\_

¿La oferta de trabajo se hizo directamente a esta persona?  No  Si

En caso negativo, ¿a quién se le hizo la oferta? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que ofreció el trabajo: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo: \_\_\_\_\_

(Por favor escriba)

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

9. ¿El desastre le impidió tener trabajo para esta persona?  No  Si

**Si es así**, ¿por qué período? (proporcione fechas de inicio y finalización)

¿Qué impedía que hubiera trabajo disponible? \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es No**, ¿por qué el solicitante no trabaja actualmente para usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Proporcione la fecha de inicio si la persona comenzó a trabajar o se re programo para volver empezar a trabajar para usted nuevamente:

Fecha de inicio esperada: \_\_\_\_\_

¿Tiempo Completo?  No  Si

**11. SÉ QUE SE PROPORCIONAN FONDOS FEDERALES Y QUE EXISTEN SANCIONES PENALES Y ADMINISTRATIVAS POR DAR VOLUNTARIAMENTE INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA U OCULTAR HECHOS CRÍTICOS EN RELACIÓN CON UNA RECLAMACIÓN DE ASISTENCIA POR DESEMPLEO POR DESASTRE. CONOCIENDO ESTO, CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE LA INFORMACIÓN QUE SE MUESTRA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante de la Compañía (por favor escriba)

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Empleador o Número Federal de Identificación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono