



Formulario de reclamo semanal – Programa de Asistencia para Empleados por cuenta propia (SEA por sus siglas en inglés)

Nombre:	Núm. de cliente o NSS:
	BYE:
Sábado fecha en que termina semana reclamada:	CAT: 850

1.	Durante esta semana, ¿dedicó 40 horas a establecer su propio negocio y convertirse en autónomo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	Durante esta semana, ¿obtuvo algún ingreso de su trabajo por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, el monto bruto total de estas ganancias es: \$ _____	
3.	¿Durante esta semana trabajó como empleado(a) para un empleador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, complete lo siguiente (para la semana reclamada):	
	Número de horas: _____	Ganancias brutas totales: \$ _____
4.	¿Dejó el trabajo voluntariamente o fue despedido(a) o suspendido(a) del trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.	¿Recibirá o ha recibido pago por días festivos o vacaciones durante algún período, incluida esta semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, complete lo siguiente (para la semana reclamada):	
	Cantidad bruta: \$ _____	Tipo de pago: _____

Para mandar el documento: Guarde el formulario completo en su computadora y adjúntelo a un correo electrónico de "Respuesta" del mensaje del departamento de SEA.

Certificación

Por la presente hago un reclamo de beneficios bajo la Ley del Departamento de Empleo de Oregón. Certifico que no he reclamado beneficios bajo ningún otro sistema estatal o federal durante ninguna parte de este período y que todas las declaraciones que he hecho en este formulario son verdaderas y correctas.

Iniciales:

Fecha: