

Solicitud para determinar el derecho de asignaciones a los beneficios y servicios del Trade Act



Sección 1 – Información del empleado

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Sección 2 – Información del empleador adversamente afectado

Empleador: _____ Número de petición: _____

Dirección del empleador: _____

Sección 3 – Información de la finalización

Fecha de la finalización: _____ Última ocupación obtenida: _____

Razón de la finalización: _____ Departamento/ División: _____

- Todavía está trabajando Falta de trabajo
 Despedido Renunció Otra: _____

Sección 4 – Información del trabajador incumbido

Si todavía está trabajando para el empleador adversamente afectado, ¿ha recibido un aviso de baja laboral? Sí / No

a. si la respuesta es 'sí', ¿cuál será su último día físico trabajado? _____

b. si la respuesta es 'sí', ¿está solicitando los servicios TAA antes de haber sido dado de baja de su trabajo? Sí / No

Entiendo que al firmar esta forma estoy de acuerdo con lo siguiente:

Autorizo al Departamento de Empleo, Workforce Investment Act proveedores del Título 1-B, y proveedores de capacitación para compartir la información necesaria para la facilitación y la administración de mi participación en el programa de la Ley de Comercio (Trade Act). La información contenida en esta solicitud para beneficios y servicios bajo la Ley de Comercio de 1974 (Trade Act of 1974) es correcta y completa a mi mejor saber y entender. También entiendo que existen castigos por mala representación intencionada para obtener asignaciones a las que no tengo derecho.

Firma del trabajador:

Fecha:

Envíe por correo o por fax la forma complete a:

Employment Department – UI Training Programs Unit
875 Union Street NE
Salem, OR 97311 or Fax: (503) 947-1335

Si tiene preguntas acerca del programa TRA, llame at (800) 436-6191 o al (503) 947-1800

FOR OED USE ONLY	Filing Date:	Cert Date:	Impact Date:
	Exp. Date:	BYE:	FO: