State of Oregon Employment Department

Reclamo inicial del programa Work Share

IMPORTANTE: Conteste TODAS las preguntas en forma completa - De lo contrario, se le pueden negar los beneficios)

- Escriba todo en letra de imprenta. Para dar fechas, siga el formato mes/día/año.
- El formulario debe estar firmado y con fecha. Debe devolver esta solicitud a su empleador de inmediato.

Número de seguro social:	Nombre (apellido, nombre, inicial 2º nombre):	Número de teléfono:

Dirección postal del solicitante (calle o casilla de correo):	Ciudad:	Estado:	Código P:

Etnia (seleccione todas las que correspondan):

☐ Indígena americano o nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Hispano
☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
☐ Asiático o nativo de otras islas del Pacífico
☐ Otro

Fecha de nacimiento:

☐ Hombre
☐ Mujer

Empleador del programa Work Share:	Número de teléfono:
Dirección de trabajo (calle o casilla de correo):	Fecha de inicio del empleo:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Puesto:

En los últimos 18 meses:

A. ¿Trabajó usted para alguna agencia del gobierno federal? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", indique fechas de empleo: de _____ a _____

B. ¿Sirvió usted en las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", fechas de servicio: de _____ a _____

C. ¿Trabajó usted para algún empleador en otro estado? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", nombre al empleador en la página siguiente

D. ¿Presentó usted un reclamo de beneficios en otro estado? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", indique el estado: _____

E. ¿Trabajó usted como deportista profesional? ☐ Sí ☐ No

F. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "No", ¿puede trabajar legalmente en este país? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", número de autorización para trabajar: _____

G. ¿Recibe usted o recibirá pagos de jubilación (excepto del seguro social) dentro de los próximos 12 meses?

☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", ¿a qué empleador corresponde su jubilación?

_____

Cantidad por mes:

$ _____

¿Cuándo fue la última vez que trabajó para este empleador?

_____

H. ¿Necesita usted información en otro idioma que no sea el inglés? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "Sí", idioma principal: _____

Dé la lista de todos sus empleadores de los últimos 2 (dos) años. Incluya las agencias de trabajo temporal o prestación de empleados, los empleadores dentro y fuera de los Estados Unidos, el gobierno federal y el servicio militar. Si necesita más espacio, use otra hoja y adjúntela a este formulario. Esta información se verificará con sus empleadores.

Último empleador: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (calle o casilla de correo): _____

_____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Puesto: _____

Trabajé para este empleador desde _____ hasta _____

Marque un casillero:

☐ Sigo trabajando ☐ Pedí licencia

☐ Falta de trabajo ☐ Renuncié

☐ Huelga o paro ☐ Despedido o suspendido

Ingresos brutos totales durante este período de trabajo: $ _____

Pago: $ _____

☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Por año

Penúltimo empleador: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (calle o casilla de correo): _____

_____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Puesto: _____

Trabajé para este empleador desde _____ hasta _____

Marque un casillero:

☐ Sigo trabajando ☐ Pedí licencia

☐ Falta de trabajo ☐ Renuncié

☐ Huelga o paro ☐ Despedido o suspendido

Ingresos brutos totales durante este período de trabajo: $ _____

Pago: $ _____

☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Por año

Antepenúltimo empleador: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (calle o casilla de correo): _____

_____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Puesto: _____

Trabajé para este empleador desde _____ hasta _____

Marque un casillero:

☐ Sigo trabajando ☐ Pedí licencia

☐ Falta de trabajo ☐ Renuncié

☐ Huelga o paro ☐ Despedido o suspendido

Ingresos brutos totales durante este período de trabajo: $ _____

Pago: $ _____

☐ Por hora ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Por año

Certifico bajo pena de perjurio que soy ciudadano de los Estados Unidos o que tengo autorización legal para trabajar en los Estados Unidos. Entiendo las preguntas de este formulario y mis respuestas son verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley establece penas por realizar declaraciones falsas para obtener beneficios del seguro de desempleo. Al presentar este formulario, solicito una determinación inicial de los beneficios que podría recibir. Autorizo al Departamento de Empleo a obtener y utilizar información de cualquier fuente que yo haya proporcionado para administrar el seguro de desempleo.

* * Al firmar este formulario de manera electrónica, entiendo que mi firma electrónica tiene el mismo significado y la misma validez que mi firma manuscrita.

☐ **Al marcar esta casilla, certifico que entiendo que es mi responsabilidad el conocer la información contenida en los manuales del Reclamante y del programa de Work Share.**

Firma: _____ Fecha: _____

Oregon Employment Department • Attn: UI Special Programs Center• 875 Union St. NE • Salem • Oregon • 97311 Fax: (503) 947-1833 • OED_workshare@oregon.gov

La igualdad de oportunidades es la ley

El Departamento de Empleo de Oregón es un programa que respeta la igualdad de oportunidades y provee empleo y servicios públicos sin discriminar por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, nacionalidad de origen, ciudadanía, edad, discapacidad, afiliación o creencia política o situación de veterano. Los siguientes servicios gratuitos están disponibles para quienes los soliciten: servicios o ayudas auxiliares, diferentes formatos como Braille, letra grande, CD o cinta de audio, presentación oral y formatos electrónicos para personas con discapacidades, y asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés.

Renuncia a responsabilidad: Si envía este formulario por correo electrónico, puede que no sea seguro. Si no utilizar software de codificación de correo electrónico le recomendamos ponerse en contacto con el Centro de Programas Especiales del Desempleo al (503) 947-1800 o (800) 436-6191 para registrarse con nuestro servidor de correo electrónico seguro. Al hacer clic en el botón de envío usted reconoce que es responsable de garantizar electrónico.

Enviar