

INFORMACIÓN DEL APLICANTE (Información marcada con un asterisco (*) debe ser contestada)

FECHA DE HOY: * NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: EFFECTIVE DATE: Local Office
Only (Sólo Oficina Local)

*¿Ha presentado un reclamo de desempleo en otro estado aparte de Arkansas en los últimos 12 meses? Sí No *¿En qué Estado?:

*NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE: *APELLIDO:

Dirección Postal: * DIRECCIÓN - Línea 1: DIRECCIÓN - Línea 2:

*CIUDAD: *ESTADO: *CÓDIGO POSTAL:

Dirección Física (Si es distinta a la anterior) DIRECCIÓN - Línea 1: DIRECCIÓN - Línea 2:

CIUDAD: CÓDIGO POSTAL:

*Estado de Residencia: *Condado de Residencia: Dirección de Correo Electrónico:

TELÉFONO RESIDENCIAL: TELÉFONO MÓVIL: SÓLO MENSAJES:

*FECHA DE NACIMIENTO: *GÉNERO: Masculino Femenino *AÑOS DE EDUCACIÓN:

ÉTNICIDAD: No Hispano Hispano

RAZA Blanco Negro Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o habitante de las islas del Pacífico Otro (Birracial o Multirracial)

¿Es usted discapacitado? Sí No *¿Ha trabajado usted en otro estado(s) en los últimos 18 meses? Sí No

*¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No
 Si no es ciudadano, ¿tuvo autorización para trabajar en los Estados Unidos durante los últimos 18 meses? Sí No
 En caso afirmativo, indique los Estados:

En caso afirmativo, Número del Permiso:

¿Ha trabajado usted en una Institución Educativa durante los últimos 18 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿Tiene un acuerdo escrito, verbal o implícito para retomar su trabajo el próximo semestre o término escolar? Sí No

En caso negativo, ¿Se encuentra entre términos/semestres/trimestres, en días festivos o en receso de primavera con una garantía razonable para regresar? Sí No

INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR (Empleador actual, si está trabajando - o - si no está trabajando, del último empleador)

*NOMBRE DEL EMPLEADOR: ACCOUNT NUMBER: Local Office Only (Sólo Oficina Local) UNIT NUMBER: Local Office Only (Sólo Oficina Local)

*NOMBRE DE LA CALLE:

*CIUDAD: *ESTADO: *CONDADO: *CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR: FECHA DEL PRIMER DÍA DE TRABAJO EN SU ÚLTIMO EMPLEO: FECHA DEL DÍA EN QUE SU TRABAJO TERMINÓ:

¿Tiene fecha para retornar al trabajo o para comenzar un nuevo trabajo, dentro de 10 semanas? Sí No

En caso afirmativo, fecha en que debe retornar al trabajo:

*La jornada en su último trabajo fue: 1 - Tiempo completo (40 horas) 2 - Tiempo parcial (menos de 40 horas) 3 - Temporal (120 días o menos)

***Tipo de separación:**

Cese Laboral:

- Clima
- Falta de trabajo
- Trabajo concluido
- Cierre del negocio

Renuncia:

- Emergencia Personal
- Salud
- General

Despido:

- Por dormir
- Pelea/ Querella
- Ausentismo/Tardanza
- Insubordinación
- Prueba de droga/alcohol
- General
- Militar

Empleado de escuela:

- Receso de Primavera
- Receso de Verano
- Días Festivos

Other:

- Suspensión
- Trabajo compartido
- Vacaciones
- Cierre patronal
- Licencia Médica Familiar
- Reducción de tiempo completo (40 horas)
- Ausencia Médica
- Huelga
- Días Festivos
- Todavía trabajo una jornada parcial

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO

División de Servicios Laborales de Arkansas

*Ha tenido usted trabajo de algún tipo desde su ÚLTIMO EMPLEO? Sí No *¿Trabajó para una agencia de trabajo temporal? Sí No

*La ocupación específica que desempeñó en su último empleo:

*¿Qué tipo de trabajo ejerció en su último empleo?

EMPLEADOR ADICIONAL (*Esta Información Debe Ser Completada)

NOMBRE DEL EMPLEADOR: ACCOUNT NUMBER LOCAL OFFICE ONLY (Sólo Oficina Local) UNIT NUMBER LOCAL OFFICE ONLY (Sólo Oficina Local)

*NOMBRE DE LA CALLE:

*CIUDAD: *ESTADO: *CONDADO: *CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR: FECHA DEL PRIMER DÍA DE TRABAJO EN SU ÚLTIMO EMPLEO: FECHA QUE FINALIZÓ ÚLTIMO TRABAJO:

¿Tiene fecha para volver al trabajo o comenzar un nuevo trabajo dentro de 10 semanas? Sí No

Si es Sí, fecha en que debe regresar al trabajo:

*La jornada en su último trabajo fue: 1 - Tiempo completo (40 horas) 2 - Tiempo parcial (menos de 40 horas) 3 - Temporal (120 días o menos)

***Tipo de separación:**

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <p>Cese Laboral:</p> <input type="checkbox"/> Clima
<input type="checkbox"/> Falta de trabajo
<input type="checkbox"/> Trabajo concluido
<input type="checkbox"/> Cierre del negocio | <p>Renuncia:</p> <input type="checkbox"/> Emergencia Personal
<input type="checkbox"/> Salud
<input type="checkbox"/> General | <p>Despido:</p> <input type="checkbox"/> Por dormir
<input type="checkbox"/> Pelea/ Querella
<input type="checkbox"/> Ausentismo/Tardanza
<input type="checkbox"/> Insubordinación
<input type="checkbox"/> Prueba de droga/alcohol
<input type="checkbox"/> General
<input type="checkbox"/> Militar | <p>Empleado de escuela:</p> <input type="checkbox"/> Receso de Primavera
<input type="checkbox"/> Receso de Verano
<input type="checkbox"/> Días Festivos | <p>Other:</p> <input type="checkbox"/> Suspensión
<input type="checkbox"/> Trabajo compartido
<input type="checkbox"/> Vacaciones
<input type="checkbox"/> Cierre patronal
<input type="checkbox"/> Licencia Médica Familiar
<input type="checkbox"/> Reducción de tiempo completo (40 horas) | <input type="checkbox"/> Ausencia Médica
<input type="checkbox"/> Huelga
<input type="checkbox"/> Días Festivos
<input type="checkbox"/> Todavía trabajo una jornada parcial |
|--|--|--|--|---|---|

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD (Información marcada con un asterisco (*) debe ser contestada)

*¿Desea que retengan los Impuestos Federales de sus pagos de beneficios semanales? Sí No *¿Tiene usted hijos u otros que requieren cuidado? Sí No

*Tiene usted derecho o está recibiendo alguno de los siguientes: *En caso afirmativo, ¿Han hecho los arreglos para el cuidado de sus dependientes, si usted encontrara trabajo? Sí No

*Pago por vacaciones? Sí No ¿Ha rechazado algún trabajo desde que está desempleado/a? Sí No

*Pagos por Días de Enfermedad? Sí No ¿Está usted asistiendo a la escuela? Sí No

*Pagos de Indemnización? Sí No En caso negativo, ¿Está planificando asistir a la escuela? Sí No

*Pagos de Ganancias de Acciones? Sí No En caso afirmativo, ¿Tiene fecha para ingresar a la escuela en el futuro? Sí No Undecided

*Pagos de Días Libres Pagados? Sí No *¿Ha trabajado en Empleo Federal en los últimos 18 meses? (No incluir el Servicio Militar) Sí No

*¿Está usted recibiendo o ha solicitado una pensión, anualidad o jubilación a antiguos empleadores? (sin incluir el seguro social). Sí No *En caso afirmativo,
 *1) ¿Tiene copia de su SF-8 o SF-50? (Formulario 931 ES) Sí No
 *2) ¿Tiene comprobante de su último ingreso? (Formulario 935 ES) Sí No

*¿Puede comenzar a trabajar inmediatamente? Sí No *¿Ha estado en el Servicio Militar activo en los últimos 18 meses? Sí No

*¿Puede trabajar a tiempo completo? Sí No *En caso afirmativo, ¿tiene copia de su DD-214? Sí No

*¿Posee un medio de transporte fiable para ir a su trabajo o ha hecho arreglos para ir y venir del trabajo? Sí No *En caso afirmativo, el Formulario 970 es requerido

*¿Tiene alguna discapacidad que limite su capacidad para realizar funciones laborales normales? Sí No *En caso negativo, el formulario MA-843 es requerido

*¿Trabaja por cuenta propia, por comisión, en agricultura, o presta servicios que le impiden buscar trabajo o aceptar uno? Sí No *¿Obtiene usted trabajo por medio de un Sindicato? Sí No

En caso afirmativo, Nombre:

Número Local:

*¿Están pagadas las cuotas? Sí No

Por la presente me registro para buscar trabajo y presento notificación de desempleo, y solicito una determinación de mis derechos a beneficios según a la ley de la "División de Servicios Laborales." Certifico que la información entregada en este formulario es correcta y entiendo que se imponen penalidades por dar declaraciones falsas o dejar de divulgar hechos materiales para obtener beneficios.

Firma: _____ Fecha: _____

LOCAL OFFICE USE ONLY (Sólo Oficina Local)

REQUALIFYING WAGES: Sí No RETURN DATE: CONTROL DATE: INTERVIEWERS INITIAL: