

For Department Use Only	
Date Received:	_____
Date Postmarked/Faxed:	_____
Effective Date:	_____

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE BENEFICIOS

Complete esta solicitud incluyendo los adjuntos correspondientes. Escriba la información en letra de molde o a máquina y solamente utilice tinta azul o negra.

Conteste todas las preguntas en cada hoja. Repase la solicitud detenidamente para asegurar que este llenada de manera completa. Si su solicitud no se llena de manera completa, se podría demorar la presentación de la solicitud de beneficios o se le podría ocasionar la negación de beneficios. Si el Departamento necesita verificar la información que nos proporcione cuando presente su solicitud de beneficios, Ud. recibirá algunos formularios adicionales y se le pedirá que nos proporcione la información y/o documentación.

LAS PREGUNTAS EN LA SOLICITUD DE BENEFICIOS

Las respuestas que Ud. proporcione en esta solicitud deberán de ser verdícas y correctas. Usted podrá estar sujeto a sanciones si hace declaraciones falsas o retiene información.

<p>1. ¿Cuál es el Número de su Seguro Social que le proporcionó la Administración del Seguro Social?</p> <p>a) Si el EDD le asignó un Número del Cliente (ECN) favor de proporcionar el ECN aquí. (El ECN es un número de 9 dígitos que comienza con los números 999)</p>	<p>1. _____</p> <p>a) _____</p>
<p>2. Indique otro(s) número(s) de Seguro Social que Ud. haya usado.</p>	<p>2. _____</p> <p>_____</p>
<p>3. ¿Cuál es su nombre <u>completo</u>?</p>	<p>3. Apellido _____</p> <p>Primer Nombre _____</p> <p>Inicial del Segundo Nombre _____</p>
<p>4. ¿Es el mismo nombre que aparece en su tarjeta del Seguro Social?</p> <p>a) Si su respuesta es no, favor de proporcionar el nombre que aparece en su tarjeta del Seguro Social.</p>	<p>4. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Apellido _____</p> <p>Primer Nombre _____</p> <p>Inicial del Segundo Nombre _____</p>
<p>5. Indique cualquier otro(s) nombre(s) que haya usado.</p>	<p>5. _____</p> <p>_____</p>
<p>6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?</p>	<p>6. _____ (mm/dd/aaaa)</p>
<p>7. Sexo:</p>	<p>7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p>
<p>8. ¿Prefiere que se le proporcionen los formularios en español o en inglés?</p> <p>a) ¿Cuál idioma prefiere Ud. hablar?</p>	<p>8. <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español</p> <p>a) _____</p>
<p>9. ¿Ha presentado Ud. una solicitud del Seguro de Desempleo o del Seguro de Incapacidad de California en los últimos dos años?</p> <p>Si su respuesta es sí, favor de indicar la(s) fecha(s) más reciente(s) de cuando presentó la(s) solicitud(es) para cada presentación de solicitud.</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha(s) de la solicitud de Desempleo (mm/dd/aaaa)</p> <p>_____</p> <p>Fecha(s) de la solicitud de Incapacidad (mm/dd/aaaa)</p> <p>_____</p>

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

<p>10. ¿Tiene Ud. Licencia de Conducir que se le emitió por un estado/entidad?</p> <p>a) Si su respuesta es sí, proporcione el nombre del estado/entidad que le emitió la Licencia de Conducir y número de licencia.</p> <p>Si su respuesta es no, contestes las preguntas b-d.</p> <p>b) ¿Tiene Tarjeta de Identificación emitida a Ud. por un estado/entidad?</p> <p>c) Si su respuesta es sí, proporcione el nombre del estado/entidad que se la emitió junto con el número de la Tarjeta de identificación.</p> <p>d) ¿Cómo es que busca trabajo, y si tiene trabajo, cómo se transporta a su lugar de trabajo?</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Nombre del estado/entidad: _____ Número de Licencia de Conducir: _____</p> <p>Si su respuesta es no, conteste las preguntas b-d.</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) Nombre del estado/entidad: _____ Número de Tarjeta de Identificación _____</p> <p>d) Favor de explicar _____ _____ _____</p>
<p>11. ¿Cuál es su número de teléfono?</p> <p>Si tiene impedimento de sordera, audición, o discapacidad del habla y utiliza TTY o el California Relay Service para comunicarse, marque la casilla correspondiente.</p>	<p>11. (____) ____-____</p> <p>a) <input type="checkbox"/> TTY (No Voz) <input type="checkbox"/> California Relay Service</p>
<p>12. ¿Cuál es su dirección postal? (Incluya la Ciudad, Estado y Código Postal)</p>	<p>12. Calle: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____</p>
<p>13. La dirección de su residencia ¿es la misma que su dirección postal?</p> <p>a) Si su respuesta es no, proporcione su dirección de su residencia (Incluya la Ciudad, Estado y Código Postal y número de apartamento). La dirección de su residencia no puede ser un apartado postal. Favor de proporcionar los nombre(s) de la(s) calle(s).</p>	<p>13. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Calle: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____</p>
<p>14. Si Ud. no vive en California, ¿cuál es el nombre del Condado dónde vive?</p>	<p>14. _____</p>
<p>15. ¿Cuál es el nivel de estudio más alto que completó? Marque solamente una casilla.</p> <p><input type="checkbox"/> No completé la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela vocacional</p> <p><input type="checkbox"/> Associate of Arts (carrera corta o técnica) <input type="checkbox"/> Bachillerato de la Universidad <input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado</p>	
<p>16. ¿Es Ud. veterano(a) militar?</p>	<p>16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

17. Favor de proporcionar información referente a empleo(s) y salarios de los últimos 18 meses. Si trabajó para una agencia de empleos temporal, un agente para actores y actrices, o para un empleador que reporta sus ingresos bajo un nombre corporativo, sus ingresos tal vez hayan sido reportados bajo el nombre de ese empleador. Tal vez ocupe revisar sus talones de cheque o formularios W-2 para obtener el nombre del empleador.

- a) Nombre(s) de **todos los empleadores** para quienes Ud. trabajó en los últimos 18 meses.
- b) Período de empleo. (Fechas que trabajó)
- c) Salarios totales que ganó con **cada empleador** en los últimos 18 meses.
- d) ¿Cómo le pagaban, (especifique si por hora, semanal, mensual, anual, por comisión o por pieza/unidad).
- e) Marque la casilla correspondiente "sí/no" si el empleador es (o no es) escuela o institución educativa.

AVISO: Es muy importante que reporte correctamente los nombres de los empleadores, periodo de empleo y los sueldos que ganó. El no proporcionar la información completa puede resultar que se demoren sus beneficios o se le nieguen.

a) Nombre del Empleador _____	b) Fechas que trabajó Del: _____ Al: _____	c) Salario(s) \$ _____	d) ¿Cómo le pagaban? _____
e) ¿Es éste un empleador escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, dénos el N° telefónico (____) ____-_____			
a) Nombre del Empleador _____	b) Fechas que trabajó Del: _____ Al: _____	c) Salario(s) \$ _____	d) ¿Cómo le pagaban? _____
e) ¿Es éste un empleador escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, dénos el N° telefónico (____) ____-_____			
a) Nombre del Empleador _____	b) Fechas que trabajó Del: _____ Al: _____	c) Salario(s) \$ _____	d) ¿Cómo le pagaban? _____
e) ¿Es éste un empleador escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, dénos el N° telefónico (____) ____-_____			
a) Nombre del Empleador _____	b) Fechas que trabajó Del: _____ Al: _____	c) Salario(s) \$ _____	d) ¿Cómo le pagaban? _____
e) ¿Es éste un empleador escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, dénos el N° telefónico (____) ____-_____			
a) Nombre del Empleador _____	b) Fechas que trabajó Del: _____ Al: _____	c) Salario(s) \$ _____	d) ¿Cómo le pagaban? _____
e) ¿Es éste un empleador escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, dénos el N° telefónico (____) ____-_____			

18. Durante los últimos 18 meses, ¿trabajó Ud. para otro empleador no indicado en la pregunta 17?

Si su respuesta es sí, proporcione el nombre del empleador, las fechas que trabajó, los salarios totales y la forma en que le pagaban en una hoja por separado. Adjunte la hoja con esta solicitud.

18. Sí No

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

<p>19. Referente a la pregunta 17, ¿con cuál empleador trabajó Ud. más tiempo?</p> <p>a) ¿Qué tipo de actividad comercial desempeñaba el empleador? (Por favor especifique, por ejemplo, restaurante, tintorería, construcción, tienda de libros.)</p> <p>b) ¿Cuánto tiempo trabajó para el empleador?</p> <p>c) ¿Qué clase de trabajo desempeñaba con este empleador?</p>	<p>19. Nombre del Empleador _____</p> <p>a) Tipo de Negocio: _____</p> <p>b) Años ____ Meses ____</p> <p>c) _____</p>
<p>20. ¿Cuál es su ocupación habitual?</p>	<p>20. _____</p>
<p>21. Su trabajo habitual, ¿es trabajo de temporada? Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-c:</p> <p>a) Normalmente, ¿Cuándo comienza la temporada?</p> <p>b) Normalmente, ¿Cuándo finaliza la temporada?</p> <p>c) ¿Qué otras habilidades/destrezas relacionadas al trabajo tiene Ud.?</p>	<p>21. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-c:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>
<p>Favor de proporcionar información acerca de su último empleador. Éste sería el último empleador para quien Ud. trabajó sin tomar importancia el tiempo que Ud. permaneció en el trabajo, la clase de trabajo que Ud. desempeñaba para el empleador aunque le hayan pagado o no.</p> <p>Recordatorio: Para poder presentar una solicitud de beneficios, las personas deben estar sin empleo ó trabajando menos de tiempo completo. Debe de proporcionar información de su último empleador para quien Ud. trabajó como empleado(a). Favor de no incluir si trabajó por cuenta propia a menos de que Ud. haya escogido ser protegido(a) por el programa de protección electiva del Seguro de Desempleo.</p>	
<p>22. ¿Cuál fue la última fecha en la que trabajó para su último empleador?</p> <p>a) ¿Cuál fue su salario en bruto por la última semana que Ud. trabajó? Para propósitos del Seguro de Desempleo, la semana comienza el domingo y termina el sábado siguiente.</p> <p>b) ¿Cuál es el nombre completo de su último empleador?</p> <p>c) ¿Cuál es la dirección postal de este empleador?</p> <p>d) La dirección física de su último empleador ¿es la misma que la dirección postal? (La dirección física no puede ser un apartado postal. Favor de proporcionar la dirección de la(s) calle(s). Si no la es, ¿cuál es la dirección física de su último empleador?</p> <p>e) ¿Cuál es el número de teléfono de la dirección física de su último empleador?</p> <p>f) ¿Cuál es el nombre de su supervisor(a) inmediato?</p> <p>g) Favor de explicar brevemente, en sus propias palabras, el motivo por el cual Ud. no sigue trabajando para su último empleador. Favor de no incluir ningún anexo.</p>	<p>22. _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>a) \$ _____</p> <p>b) Nombre: _____</p> <p>c) Dirección Postal: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección física: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____</p> <p>e) (____) ____ - _____</p> <p>f) _____</p> <p>g) Motivo: _____ _____ _____ _____</p>

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

<p>23. ¿Se encuentra Ud. (de forma directa o indirecta) sin trabajo con cualquier empleador (con el último empleador o con cualquier empleador en los últimos 18 meses) debido a una disputa laboral, tales como una huelga o cierre empresarial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, y el sindicato estaba o esta involucrado, conteste las preguntas a-b:</p> <p>a) ¿Cuál es el nombre y número de teléfono del sindicato? Nombre _____ Número de teléfono (____) ____-_____</p> <p>b) ¿Recibirá beneficios por participar en la huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Si su respuesta es no, y el sindicato no estaba o no esta involucrado, conteste las preguntas c-e:</p> <p>c) ¿Cuántos empleados dejaron el trabajo? _____</p> <p>d) Hubo un portavoz para los empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) Si su respuesta es sí, ¿cuál es el nombre de la persona y su número de teléfono? Nombre _____ Número de teléfono (____) ____-_____</p>
<p>24. ¿Esta actualmente trabajando para una escuela o espera trabajar para alguna escuela o institución educativa?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-e:</p> <p>a) Proporcione la siguiente información de la escuela o institución educativa.</p> <p>b) ¿Es Ud. maestro(a) sustituto(a) para el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles (LAUSD)?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta 1)</p> <p>1) ¿Ha restringido su disponibilidad para trabajar con LAUSD?</p> <p>Si contesta sí, favor de proporcionar las siguientes fechas que restringió su disponibilidad y la razón/motivo por la cual restringió su disponibilidad.</p> <p>c) ¿Se encuentra en periodo de descanso/receso o en periodo vacacional (off-track)?</p> <p>d) ¿Tiene Ud. una garantía razonable de regresar a trabajar después del periodo de descanso/receso o periodo vacacional (off-track) con alguna escuela o institución educativa?</p> <p>e) ¿Cuál es la fecha de comienzo de su próximo periodo de descanso/receso o periodo vacacional (off-track)?</p>	<p>24. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-e:</p> <p>a) Nombre _____ Dirección _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____ Numero de Teléfono (____) ____-_____</p> <p>a) Nombre _____ Dirección _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____ Numero de Teléfono (____) ____-_____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta 1)</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, contesta la pregunta a: Fechas: de _____ (mm/dd/aaaa) a _____ (mm/dd/aaaa) Motivo _____ _____ _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, indique la fecha. _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>e) _____ (mm/dd/aaaa)</p>

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

25. ¿Espera regresar a trabajar para algún empleador que haya tenido anteriormente?	25. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26. ¿Tiene Ud. una fecha definitiva para comenzar a trabajar? Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a: a) ¿En qué fecha comenzará a trabajar?	26. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a: a) _____ (mm/dd/aaaa)
27. ¿Es Ud. miembro de un sindicato? Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-e: a) ¿Cuál es el Nombre y número local del Sindicato? b) ¿Está Ud. al corriente en su cuota del sindicato? c) ¿Le busca trabajo su sindicato? d) ¿Controla su sindicato todas las contrataciones? e) ¿Está inscrito en su sindicato como desempleado?	27. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-e a) _____ b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
28. ¿Está Ud. asistiendo actualmente, o planea comenzar a asistir, a una escuela o entrenamiento? Si su respuesta es sí, conteste las preguntas de a-e: a) ¿Cuál es la fecha en que comenzará la escuela o entrenamiento? b) ¿Cuál es la fecha en que termina el curso actual? c) ¿Cuál es el nombre de la escuela? d) ¿Cuál es el número de teléfono de la escuela? e) ¿Cuál es son los días y horas que está asistiendo o que planea asistir a la escuela? Aviso: Si completó un entrenamiento como aprendiz, utilice el espacio proporcionado anterior para reportar la información. Asegure de enviar su certificado de entrenamiento con su solicitud de beneficios continuos DE 4581, de la(s) semana(s) de entrenamiento.	28. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-e: a) _____ (mm/dd/aaaa) b) _____ (mm/dd/aaaa) c) _____ d) (____) _____ - _____ e) Días y horas: _____ _____
29. ¿Está Ud. disponible para trabajar inmediatamente tiempo completo en su ocupación habitual? a) Si no lo esta, favor de explicar el porqué no está disponible para trabajar tiempo completo.	29. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a) Explicación: _____ _____
30. ¿Está Ud. disponible para trabajar inmediatamente tiempo parcial en su ocupación habitual? a) Si no lo esta, favor de explicar el porqué no está disponible para trabajar tiempo parcial.	30. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a) Explicación: _____ _____
31. ¿Trabaja actualmente por su cuenta o espera empezar a trabajar por su cuenta? (El trabajar por su cuenta significa que Ud. tiene su propio negocio o trabaja como contratista independiente.)	31. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

<p>32. ¿Es Ud. ahora, o ha sido en los últimos 18 meses, un funcionario de una corporación o sindicato o es el único o el principal accionista de una corporación?</p> <p>Si su respuesta es sí, contesta la pregunta a:</p> <p>a) Incluya el nombre de la organización y su título o puesto.</p>	<p>32. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, contesta la pregunta a:</p> <p>a) _____</p>
<p>33. ¿Recibe Ud. actualmente una pensión?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a:</p> <p>a) ¿Recibe Ud. actualmente más de una pensión? Si su respuesta es sí, proceda a la pregunta 35 Si su respuesta es no, conteste las preguntas b-f:</p> <p>b) ¿Cuál es el nombre del proveedor de pensión?</p> <p>c) ¿Se basa la pensión en el empleo o salarios de alguna otra persona?</p> <p>d) ¿Es ésta una pensión del sindicato o una pensión financiada por más de un empleador?</p> <p>e) ¿Cuál es el nombre del empleador(es) que contribuye a la pensión?</p> <p>f) ¿Trabajó para este empleador en los últimos 18 meses?</p>	<p>33. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, proceda a la pregunta 35 Si su respuesta es no, conteste las preguntas b-f:</p> <p>b) _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>34. ¿Recibirá Ud. alguna pensión(es) adicional(es) en los próximos 12 meses?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-b</p> <p>a) ¿Cuál es el nombre del proveedor o proveedores de pensión?</p> <p>b) ¿Cuándo recibirá la(s) pensión(es)?</p>	<p>34. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-b:</p> <p>a) _____</p> <p>b) de: _____ (mm/dd/aaaa) a: _____ (mm/dd/aaaa)</p>
<p>35. ¿Está Ud. recibiendo o espera recibir Compensación para Trabajadores (WC)?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-d:</p> <p>a) ¿Cuál es la compañía de Seguros?</p> <p>b) ¿Cuál es el número de teléfono de la compañía de Seguros?</p> <p>c) ¿Cuál es el número del caso si se conoce?</p> <p>d) ¿Cuál(es) es/son la(s) fecha(s) de su solicitud si se conoce?</p>	<p>35. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-d:</p> <p>a) _____</p> <p>b) (____) _____ - _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) de: _____ (mm/dd/aaaa) a: _____ (mm/dd/aaaa)</p>

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

<p>36. ¿Ha recibido o espera recibir algún pago de su último empleador que no sea su salario normal (ejemplos, pago de días festivos, pago de vacaciones, bonificaciones, pago de continuación de salario (severance pay), pago en lugar de notificación, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, favor de proporcionar la información solicitada en las secciones a-d.</p>			
<p>A. CLASE DE PAGO (Ejemplo, pago por vacación)</p>	<p>B. CANTIDAD DE PAGO (Ejemplo: \$600)</p>	<p>C. PAGO A PARTIR DE (Fecha MM/DD/AAAA)</p>	<p>D. HASTA (Fecha MM/DD/AAAA)</p>
<p>37. ¿Es Ud. ciudadano(a) o nacional de los Estados Unidos? Si su respuesta es no, conteste la pregunta a:</p> <p>a) ¿Está Ud. registrado(a) con la Oficina de Ciudadanía y Servicio de Inmigración (BCIS, por sus siglas en inglés y conocida anteriormente como el INS) y autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos?</p> <p>Si Ud. está registrado(a) con la BCIS conteste las preguntas b-e:</p> <p>b) ¿Cuál es su Número de Registración como extranjero(a)?</p> <p>c) ¿Cuál es la fecha de expiración de su permiso para trabajar?</p> <p>d) ¿Estaba Ud. legalmente autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos durante los últimos 19 meses?</p> <p>e) ¿Cuál es nombre (en inglés) y el número del documento del BCIS que Ud. tiene?</p>		<p>37. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es no, conteste la pregunta a:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste b-e:</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____(mm/dd/aaaa)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) Marque una de las casillas:</p> <p><input type="checkbox"/> Alien Registration Receipt Card (I-151)</p> <p><input type="checkbox"/> Resident Alien Card (I-551)</p> <p><input type="checkbox"/> Permanent Resident Card (I-551)</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Authorization Card (I-766)</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Authorization Card (I-688A)</p> <p><input type="checkbox"/> Temporary Resident Card (I-688)</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Authorized (I-688B)</p> <p><input type="checkbox"/> Arrival/Departure Record (I-94)</p> <p><input type="checkbox"/> Stamp on Visa</p> <p>("Stamp on Visa [(Que dice en inglés): "Processed for I-551 Temporary Evidence of Lawful Admission of Permanent Residence valid until MMDDYYYY, Employment Authorized."])</p>	

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

<p>38. ¿Con qué raza o grupo étnico se identifica?</p>	<p>38. Marque una de las casillas siguientes:</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Blanco</td><td><input type="checkbox"/> Negro no Hispano</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hispano</td><td><input type="checkbox"/> Asiático</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska</td><td><input type="checkbox"/> Chino</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Camboyano</td><td><input type="checkbox"/> Filipino</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico</td><td><input type="checkbox"/> Guameño</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Indio Asiático</td><td><input type="checkbox"/> Japonés</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Coreano</td><td><input type="checkbox"/> Laosiano</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Samoano</td><td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hawaiano</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Opto por no responder</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro no Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hawaiano		<input type="checkbox"/> Opto por no responder	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro no Hispano																				
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático																				
<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino																				
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Filipino																				
<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guameño																				
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés																				
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laosiano																				
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita																				
<input type="checkbox"/> Hawaiano																					
<input type="checkbox"/> Opto por no responder																					
<p>39. ¿Tiene Ud. una incapacidad? (Una incapacidad es un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades de la vida cotidiana, tales como cuidarse a sí mismo(a), realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar.)</p>	<p>39. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opto por no responder</p>																				

FAVOR DE NO ENVIAR POR CORREO O FAX ESTA HOJA

COMO PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD DE BENEFICIOS:

Favor de repasar detenidamente su solicitud para asegurar de que esté llenada de manera completa. Una solicitud incompleta podría demorar o prevenir la tramitación de su solicitud, u ocasionar que se le nieguen los beneficios.

Envíe su solicitud de beneficios incluyendo cualquier adjunto(s) correspondiente(s) por correo o fax a:

Por CORREO a la siguiente dirección:	EDD #019 P.O. Box 1041 Atwood, CA 92811-1041 AVISO: Se requiere franqueo adicional
Por FAX al siguiente número de teléfono:	1-866-215-9159

Una vez que presente su solicitud de beneficios, permita 10 días para su tramitación. Recibirá información del Seguro de Desempleo (UI) por correo. Si no ha recibido la información del Seguro de Desempleo después de 10 días de la fecha que envió su solicitud, llame a uno de los siguientes números telefónicos gratuitos.

Inglés 1-800-300-5616	español 1-800-326-8937	TTY (No Voz) 1-800-815-9387
-----------------------	------------------------	-----------------------------

Fecha de envió: ____/____/____ por Correo Fax

ESTA HOJA ES PARA SUS ARCHIVOS