SOLICITUD DE ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR DESASTRE

Employment Security Department
WASHINGTON STATE

Desastre No.: _____

Toda pregunta con un asterisco (*) requiere explicación en la página 3, en la sección F. Comentarios.

INFORMACIÓN PERSONAL Fecha en que se completó: _____

Apellido, Primer nombre, Inicial Media:				Número de Seguro Social:
Domicilio postal:				Número de teléfono / Número para mensaje (anote una (M) si es número para mensaje):
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	Sexo (circule uno): Masculino Femenino	Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____
Condado:			Dirección electrónica (si aplica):	

¿Es Ciudadano o Nacional Americano? ☐ Sí ☐ No

Si no es Ciudadano o Nacional Americano ¿certifica que su estado inmigratorio es satisfactorio? ☐ Sí ☐ No

Si su estado inmigratorio es satisfactorio, adjunte una copia de su Tarjeta como Extranjero y anote lo siguiente:
Numero de extranjero: _____
Fecha de vencimiento: _____

A. **TRABAJADOR DESEMPLEADO DEBIDO AL DESASTRE**
Explique con DETALLE cómo este desastre fue la causa DIRECTA de su desempleo (use el reverse si es necesario):

_____

_____

_____

1. Marque la fuente principal de ingresos o de lo que vivía cuando ocurrió el desastre*:
   ☐EMPLEO ☐ PENSIÓN ☐ EMPLEO POR CUENTA PROPIA ☐OTRA (explique en la sección COMENTARIOS en la última hoja)
2. ¿En qué fecha se quedó sin empleo por causa directa del desastre? MES _____ DÍA _____ AÑO _____
3. ¿Ha solicitado beneficios por desempleo de cualquier programa estatal, federal o de ferrocarriles? …..... ☐ Sí * ☐ No
4. ¿Califica para cobrar beneficios por desempleo de cualquier programa estatal, federal o de ferrocarriles? ..... ☐ Sí ☐ No
5. ¿Se lastimó como resultado del desastre? ..... ☐ Sí * ☐ No
6. ¿Es ahora jefe de familia debido a una muerte causada por el desastre? ..... ☐ Sí * ☐ No

B. **HISTORIAL DE TRABAJO:** Anote TODO empleo por cuenta propia que haya tenido en los últimos 24 meses. Si es empleo regular anote la información de todos los empleadores para quienes haya trabajado en los últimos 24 meses. Incluya una copia del W-2 que le hayan dado los empleadores. Use la parte de atrás si necesita más espacio.

Último empleador/empleo por cuenta propia:	Fecha de inicio:	Fecha del último día:
Domicilio:	Ciudad/Estado/Zona postal:	Ocupación:
Último empleador/empleo por cuenta propia:	Fecha de inicio:	Fecha del último día:
Domicilio:	Ciudad/Estado/Zona postal:	Ocupación:
Último empleador/empleo por cuenta propia:	Fecha de inicio:	Fecha del último día:
Domicilio:	Ciudad/Estado/Zona postal:	Ocupación:

***Explique en la sección "COMENTARIOS"**

C. **INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR – CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE.** Complete ésta sección si estaba trabajando para cualquier empleador, NO incluya aquí el empleo por cuenta propia cuando ocurrió el desastre.

1. Cuando ocurrió el desastre, ¿era su trabajo con un empleador la fuente principal de ingresos pero NO así empleo por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, nombre de la compañía: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____ No de teléfono de la compañía: _____

Nombre de la persona contacto con esa compañía: _____ Puesto: _____

¿En qué fecha perdió su empleo como resultado directo del desastre? Mes _____ Fecha_____ Año _____

Ocupación: _____

¿Le impidió el desastre ir a su lugar de empleo? ☐ Sí ☐ No

2. Cuando ocurrió el desastre, ¿cerraron el negocio donde trabajaba? ☐ Sí ☐ No

¿Porqué razón cerraron? _____

Fecha del cierre de la compañía: _____ Fecha en que abrió o abrirá de nuevo la compañía _____

3. ¿Le impidió el desastre comenzar un nuevo trabajo con una compañía privada? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, nombre de la compañía: _____ Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal: _____ No. de teléfono de la compañía: _____

Persona que le ofreció el trabajo: _____ Puesto de la persona: _____

Paga _____ Horas p/semana _____ Días p/semana _____ Fecha de inicio _____

Razón por no poder comenzar: ☐ No puede llegar al trabajo ☐ Cerró el negocio ☐ Otra razón*

_____

D. **EMPLEO POR CUENTA PROPIA – NO TRABAJA PARA OTRO NEGOCIO**. *Complete el formulario "Solicitud Adicional para Individuos empleados por cuenta propia"*. Incluya una copia del reporte C, F, SE o K con sus Reporte 1040.

E. **OTRO TIPO DE COMPENSACIÓN**

¿Ha solicitado o esta recibiendo lo siguiente?			**Cantidad Mensual**	Desde **(Mes/Día/Año)**	Hasta **(Mes/Día/Año)**
Compensación, federal, estatal o ferrocarril por desempleo	☐ Sí *	☐ No	$_____	_____	_____
Pérdida de sueldos por enfermedad o deshabilidad (seguro industrial/compensación al trabajador).	☐ Sí *	☐ No	$_____	_____	_____
Protección privada de ingresos o beneficios adicionales por desempleo	☐ Sí *	☐ No	$_____	_____	_____
Pago por vacaciones, enfermedad o por días de fiesta.	☐ Sí *	☐ No	$_____	_____	_____
Jubilación, beneficios del seguro social, pensión (¿qué tipo?)	☐ Sí *	☐ No	$_____	_____	_____
Otro tipo de ingreso	☐ Sí *	☐ No	$_____	_____	_____

***Explique en "COMENTARIOS".**

F. **COMENTARIOS –** Anote cualquier comentario acerca de las preguntas marcadas con un asterisco (*):

G. **CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE**

CERTIFICO que toda información que dí en esta solicitud y en los formularios relacionados con esta solicitud es correcta de acuerdo a mi leal saber y entender, y que dí esta información para obtener AYUDA DE DESEMPLEO POR DESASTRE (*Disaster Unemployment Assistance* [*DUA*]). Entiendo que se dan fondos federales y que bajo la ley federal 18 U.S.C. 1001 podría estar sujeto a enjuiciamiento si encubro hechos materiales a sabiendas, o hago declaraciones falsas para obtener *DUA* sin tener derecho. Doy mi número de Seguro Social como lo requiere la ley federal 26 U.S.C. 6109(d) para reportar *DUA* como ingreso gravable para impuestos y para determinar si califica para *DUA*. ENTENDIDO QUE, de conformidad con 20 CFR 625.16(b), la información de mi solicitud para *DUA* podría revelarse solo en referencia con la compensación regular bajo la ley estatal y la Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA: _____ FECHA: _____