SU NOMBRE	SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

	BYE	PROCESS DATE	LWP	BALANCE	WBA	EXT	BATCH	PR

Estado de Washington – *Departamento para la Seguridad del Empleo*

FORMULARIO PARA RECLAMOS POR DESEMPLEO

OFFICE USE ONLY
ADDR CHANGE? ____ LATE? ____

Por favor anote arriba su nombre y su número de identificación. No podemos procesar su reclamo sin ello.

Si hay algún cambio en su nombre, domicilio o en su número de teléfono desde la última vez en que se comunicó con esta oficina, haga las correcciones ahí.

Envíe el formulario a: Spokane UI Claims Center Spokane – CCPU, P.O. Box 14857, Spokane, WA 98214-0857; ó por fax a, 509-893-7240; o fax sin cargo al 877-280-6224.

IMPORTANTE: Si su nombre, domicilio o número de teléfono no están bien, haga las correciones aquí.

Nombre_____

Dirección_____

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Z.P._____

Teléfono--Area ___(_____)_____

CONTESTE A TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Estoy registrando un reclamo de beneficios por desempleo por la(s) semana(s) que termina(n) el sábado a medianoche. **LAS FECHAS SON:**	**PRIMERA SEMANA** ____ ____		**SEGUNDA SEMANA** ____ ____	
		SÍ	**NO**	**SÍ**	**NO**
1.	¿Estaba físicamente capacitado y disponible para trabajar cada día? Si contestó (NO), vea la sección "A" de abajo.	☐	☐	☐	☐
2.	¿Buscó trabajo activamente como se le indicó y anotó los contactos en el Registro para la Búsqueda de Empleo? Si contestó (NO), vea la sección "A" de abajo.	☐	☐	☐	☐
3.	¿Rechazó algún ofrecimiento de trabajo o falló al no acudir a una cita para entrevista de trabajo? Si contestó (SI), vea la sección "A" de abajo.	☐	☐	☐	☐
4.	¿Solicitó o está recibiendo beneficios por compensación a víctimas del crímen o por compensación al trabajador?	☐	☐	☐	☐
5.	¿Solicitó o recibió un pago por pensión? Si contestó (SI), vea la sección "B" de abajo.	☐	☐	☐	☐
6.	¿Recibió pago por días de fiesta? Si contestó (SI), indique la cantidad antes de deducciónes y vea la sección "C" de abajo.	☐ $_____	☐	☐ $_____	☐
7.	¿Recibió pago por vacaciones? Si contestó (SI), indique la cantidad antes de deducciones y vea la sección "D" de abajo.	☐ $_____	☐	☐ $_____	☐
8.	¿Recibió pago en vez de aviso o como indemnización por despido de trabajo? Si contestó (SI), ponga la cantidad antes de las deducciones y vea la sección "E" de abajo.	☐ $_____	☐	☐ $_____	☐
9.	¿Trabajó? Si contestó (SI), vea la sección "F" de abajo.	☐	☐	☐	☐

A Si contestó **"NO"** al número 1 ó 2, o **"SÍ"** a la pregunta 3, díganos el porqué. Explique en detalle (¿Estaba enfermo, de vacaciones, volvió al trabajo estaba el trabajo muy lejos?) DÉ FECHAS EXACTAS. Explique DÓNDE (ubicación del lugar del trabajo o de la escuela); QUIÉN (nombre de la persona que lo entrevistó, nombre del doctor o de la escuela). Si tiene otra información que crea es importante, por favor explique o adjunte la otra información.

Explicación: _____

B Si contestó "SÍ" a la pregunta 5, por favor dé la siguiente información acerca de su pensión.
¿Origen de la pensión? _____; ¿Es una ☐ pensión nueva o es un ☐ cambio en una pensión existente?
Cantidad nueva o con el cambio mensual antes de deducciones $_____; A partir de qué fecha tiene la pensión nueva o el cambio _____.

C Si contestó "SÍ" a la pregunta 6, anote el pago en bruto antes de deducciones de los días de fiesta. ¿Cuáles fueron los días de fiesta que le pagaron? _____ ¿Origen del pago? _____; ¿Horas que le pagaron? _____.

D Si contestó "SÍ" a la pregunta 7, anote el pago en bruto antes de deducciones. El pago de vacaciones fue por: ☐ pago finiquito por vacaciones acumuladas anteriormente o ☐ por días específicos (¿Si fueron por días específicos, en por quéfechas y cuántas horas? _____;
¿Origen de pago? _____.

E Si contestó "SÍ" a la pregunta número 8, anote la cantidad de pago en bruto antes de deducciones. ¿Tipo de pago? _____;
¿Para qué fechas? _____; ¿Razón del pago? _____; ¿Origen de pago? _____.

F Si contestó "SÍ" a la pregunta número 9, por favor anote las HORAS y LO QUE GANÓ con cada empleador para quien haya trabajado.

1. Nombre de Patrón: _____Dirección:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Z.P.:_____ Clase de Trabajo:_____

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJÓ CADA DÍA

PRIMERA SEMANA							Horas Totales	Salario Antes Deducciónes
Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab		

SEGUNDA SEMANA							Horas Totales	Salario Antes Deducciónes
Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab		

Si NO está programado para trabajar después de las semanas reclamadas, indíque la razón:
1 ☐ Renuncia; 2 ☐ Despido; 5 ☐ Falta de Trabajo
9 ☐ Falta de Trabajo – Horas Reducidas;
☐ Otra_____

2. Nombre de Patrón: _____Dirección:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Z.P.:_____ Clase de Trabajo:_____

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJÓ CADA DÍA

PRIMERA SEMANA							Horas Totales	Salario Antes Deducciónes
Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab		

SEGUNDA SEMANA							Horas Totales	Salario Antes Deducciónes
Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab		

Si NO está programado para trabajar después de las semanas reclamadas, indíque la razón:
1 ☐ Renuncia; 2 ☐ Despido; 5 ☐ Falta de Trabajo
9 ☐ Falta de Trabajo – Horas Reducidas;
☐ Otra_____

– FAVOR DE LEER LA CERTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN Y FIRME AQUÍ ANTES DE ENTREGAR SU FORMULARIO PARA RECLAMO –

Yo certifico que toda la información que dí en esta forma esta correcta.
Yo sé que la ley impone castigos por dar información falsa en este reclamo.

_____
Firma de Reclamante