

Esta solicitud se proporciona para su uso en la presentación de una solicitud inicial de Compensación por desempleo (*Unemployment Compensation, UC*). Complete TODA la información y responda TODAS las preguntas que se apliquen a usted. Una vez completa, envíe la solicitud por correo (y todos los documentos de respaldo de las secciones 5, 6 y 8, si corresponde) a:

Indiana UC Service Center
630 Kolter Dr.
Indiana, PA 15701-3570

NOTA: El Servicio Postal de los Estados Unidos (*United States Postal Service, USPS*) permite hasta 5 páginas en un sobre sin pagar franqueo adicional. Si envía más de cinco páginas, se requiere el pago de franqueo adicional.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si está presentando una solicitud inicial de beneficios de UC, debe recibir tres correos por separado dentro de los 10 días hábiles después de enviar su solicitud por correo. Si no recibe estos correos dentro de los 10 días, llame al Centro de Servicio de UC, al 888-313-7284. Los documentos que recibirá son los siguientes:

1. Un aviso oficial de determinación financiera

Cuando reciba el aviso de determinación financiera, revíselo detenidamente. Si parte de la información sobre su determinación financiera es incorrecta, siga las instrucciones en el reverso del formulario para presentar una apelación.

2. Una carta de confirmación de reclamo

La carta de confirmación de reclamo contendrá su Número de identificación personal (*Personal Identification Number, PIN*) **confidencial** que utilizará para acceder a los servicios de UC. **GUÁRDELO**. El personal que trabaja en el Centro de Servicio de UC no conoce su número de PIN. Su PIN no cambia de un año a otro, a menos que solicite un nuevo PIN o cambie su PIN utilizando Internet o el sistema Pennsylvania Teleclaims (PAT). La carta de confirmación de reclamo también le indicará cuándo presentar su reclamo quincenal.

3. Manual de compensación por desempleo

Este manual proporciona información sobre el programa de compensación por desempleo y sus derechos y responsabilidades. Lea y guarde este manual como referencia durante un año.

Presentar su reclamo quincenal de beneficios:

Para recibir beneficios, debe presentar reclamos quincenales por las semanas en que está total o parcialmente desempleado. La primera semana elegible en su reclamo se llama semana de espera. No se pagan beneficios por la semana de espera, pero debe presentar un reclamo para esa semana a fin de recibir crédito por ella. Como tal, su primer pago de UC será por una semana de beneficios.

Hay dos formas de presentar su reclamo quincenal:

1. La presentación por Internet, que está disponible en: **www.uc.pa.gov**.
2. La presentación telefónica, a través de nuestro sistema Pennsylvania Teleclaims (PAT) al **888-255-4728**.

Ambas formas de presentación están disponibles los domingos de 6 a. m. a 11 p. m., y de lunes a viernes de 6 a. m. a 9 p. m. Se puede encontrar información adicional en la web y en su manual de UC.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE RECLAMANTE DE BENEFICIOS DE UC

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Otro apellido (si se utilizó en los últimos 2 años) _____

Número de Seguro Social:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dirección postal: (si se trata de un apartado postal, también proporcione una dirección de residencia a continuación)

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal (incluya el + 4, si lo conoce) _____

Dirección de residencia: (si es diferente de la dirección postal)

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal (incluya el + 4, si lo conoce) _____

NOTA: Si no reside en EE. UU. continental, proporcione lo siguiente:

Código postal no estadounidense _____

País _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo (masculino o femenino) _____

Número de teléfono _____

Condado dentro del estado de residencia _____

Municipio o distrito de residencia _____

Número de FAX del hogar _____

Dirección de correo electrónico del hogar _____

Máximo nivel escolar completo _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN MÁS RECIENTE DEL EMPLEADOR

Nombre de su empleador más reciente _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal (incluya el + 4, si lo conoce) _____

Número de teléfono del empleador _____

Número de fax _____

Correo electrónico _____

Persona de contacto (supervisor o gerente donde trabajó) _____

Cargo de la persona de contacto _____

Número de cuenta del UI de Pensilvania del empleador (si lo conoce) _____

Número de planta o sucursal _____

TRA potencial (si el empleador tiene certificación TAA, ingrese sí) _____

¿Cuál fue su primer día de trabajo para este empleador? _____

¿Cuál fue su último día de trabajo para este empleador? _____

¿Ganó un salario bruto de \$3,366.00 durante el período de empleo anterior con este empleador? **SÍ** **NO**

Ingrese las horas que trabajó para este empleador durante su última semana de empleo completo:

Fecha de comienzo de la semana: _____

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Dom. | Lun. | Mar. | Mié. | Jue. | Vie. | Sáb. |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Cuál es su tasa de pago por hora: \$ _____?

Si no gana un salario por hora de este empleador, ¿cuáles son sus ganancias totales (hasta ahora) para esta semana: \$ _____?

Debe declarar sus ganancias totales si presenta un reclamo quincenal que incluirá las ganancias que calculó anteriormente, además de cualquier otra ganancia obtenida por cualquier otro empleo.

¿Cuál fue el motivo de la separación de este empleador? (marque la casilla que corresponda)

CESE/FALTA DE TRABAJO **DESPIDO/SUSPENSIÓN** **HUELGA**

CONSERVO EL TRABAJO/REDUCCIÓN DE HORAS **RENUNCIA/LICENCIA**

OTRO (indique el motivo) _____

¿Le dijo este empleador que recuperaría su trabajo? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **Sí**, ¿cuándo? _____

¿Le dieron un aviso específico de retiro por escrito? **SÍ** **NO**

¿Cuál es su número de insignia o registro de horas? (Si tiene uno) _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR ANTERIOR

Si respondió "NO" en la sección 2 sobre haber ganado \$3,366.00 de su empleador más reciente, complete la sección 3 correspondiente a su empleador anterior.

Si respondió "SÍ" sobre haber ganado \$3,366.00 en la sección 2, continúe en la sección 4.

Nombre de su empleador más reciente _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal (incluya el + 4, si lo conoce) _____

Número de teléfono del empleador _____

Número de fax _____

Correo electrónico _____

Persona de contacto (supervisor o gerente donde trabajó) _____

Cargo de la persona de contacto _____

Número de cuenta del UI de Pensilvania del empleador (si lo conoce) _____

Número de planta o sucursal _____

TRA potencial (si el empleador tiene certificación TAA, ingrese sí) _____

¿Cuál fue su primer día de trabajo para este empleador? _____

¿Cuál fue su último día de trabajo para este empleador? _____

¿Obtuvo un salario bruto de \$3,366.00 durante el período de empleo anterior con este empleador? **SÍ** **NO**

¿Cuál fue el motivo de la separación de este empleador? (marque la casilla que corresponda)

CESE/FALTA DE TRABAJO **DESPIDO/SUSPENSIÓN** **HUELGA**
CONSERVO EL TRABAJO/REDUCCIÓN DE HORAS **RENUNCIA/LICENCIA**
OTRO (indique el motivo) _____

¿Le dijo este empleador que recuperaría su trabajo? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **Sí**, ¿cuándo? _____

¿Le dieron un aviso específico de retiro por escrito? **SÍ** **NO**

¿Cuál es su número de insignia o registro de horas? (Si tiene uno) _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN ADICIONAL PARA TODOS LOS RECLAMOS

Durante los últimos 2 años, ¿ha brindado servicio activo en el ejército de los EE. UU.?... **SÍ** **NO**

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado en un estado que no sea Pensilvania?..... **SÍ** **NO**

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado como civil para el gobierno federal? **SÍ** **NO**

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado para una facultad, universidad o escuela?... **SÍ** **NO**

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado para algún gobierno local o estatal? **SÍ** **NO**

En el próximo año, ¿está por recibir o recibirá una pensión (excepto el Seguro Social o la jubilación ferroviaria) o pagos de una suma global de un empleador para el que trabajó durante los últimos 18 meses?..... **SÍ** **NO**

¿Recibe o recibirá un pago o pagos de indemnización por despido (excepto pensiones, pagos de jubilación, pagos por vacaciones acumuladas y beneficios complementarios por desempleo) de cualquier empleador? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **Sí**, ¿el monto total es superior a \$20,700? **SÍ** **NO**

¿Hay alguna condición bajo la cual no pueda y no esté disponible para trabajar? **SÍ** **NO**

La UC es un beneficio imponible. ¿Desea que se retenga el 10 % de su beneficio bruto semanal para el Impuesto Federal a la Renta? **SÍ** **NO**

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? **SÍ** **NO**

¿Recibió u obtuvo la aprobación para recibir una compensación del trabajador u otros pagos por accidente o discapacidad durante los últimos 18 meses? **SÍ** **NO**

¿Obtiene sus trabajos a través de un centro de contratación sindical? **SÍ** **NO**

¿Está involucrado en el trabajo por cuenta propia, trabaja por comisión u opera una granja? **SÍ** **NO**

¿Trabaja a tiempo completo o parcial para cualquier otro empleador, incluidas la Reserva o la Guardia Nacional? **SÍ** **NO**

¿Es usted el padre o el cónyuge de su último empleador? **SÍ** **NO**

¿Era dueño de acciones y se desempeñaba como ejecutivo de la empresa donde estuvo empleado por última vez? **SÍ** **NO**

¿Cruzó la frontera del estado de Pensilvania para ir al trabajo? **SÍ** **NO**

¿Tiene algún dependiente? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **Sí**, de acuerdo con la Ley de UC de Pensilvania, puede reclamar una asignación de hasta \$8 por semana como máximo para sus dependientes si usted es su principal sustento financiero. Un dependiente puede ser un cónyuge legalmente casado que vive con usted, hijos menores de 18 años, o hijos mayores de 18 años que no pueden aceptar un empleo remunerado debido a una enfermedad física o mental.

¿Se considera el sustento principal de los dependientes que reclama para los fines de la UC? **SÍ** **NO**

¿Por cuántos dependientes desea reclamar? _____

¿Está reclamando a su cónyuge como dependiente..... **SÍ** **NO**

¿Cómo se llama su cónyuge? _____

Indique los nombres de los hijos que reclama como dependientes.

¿Alguna vez prestó más de 180 días de servicio activo para las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, ¿ha recibido la calificación de veterano discapacitado? .. **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuál es el porcentaje de discapacidad? _____%

¿Qué tipo de trabajo está buscando? _____

¿Usted considera que tiene una discapacidad? **SÍ** **NO**

De las siguientes categorías, ¿cómo se describe a usted mismo?

- No hispano
- Hispano o latino
- Etnicidad desconocida

De las siguientes categorías, ¿cómo se describe a usted mismo?

- Blanco
- Negro
- Asiático
- Varias razas
- Indio americano/Nativo de Alaska
- Hawaiano/isleño del Pacífico
- Información no disponible

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS MILITARES DE SERVICIO ACTIVO

Si prestó servicio activo para las Fuerzas Armadas de los EE. UU. durante los últimos dos años, responda las siguientes preguntas:

¿Está presentando esta solicitud desde un lugar en Pensilvania?..... **SÍ** **NO**

¿Presentó un reclamo en otro estado desde su separación más reciente del servicio militar activo? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, ¿en qué estado presentó su reclamo? _____

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuándo presentó su reclamo? _____

¿Solicitó o recibe un subsidio de subsistencia? **SÍ** **NO**

¿Solicitó o recibe asistencia educativa para viudas/huérfanos? **SÍ** **NO**

¿Está recibiendo o ha solicitado la asistencia educativa según lo dispuesto en la Ley GI posterior al 9/11? **SÍ** **NO**

Use su DD-214 para proporcionar la siguiente información:

(Los campos donde puede encontrar esta información se muestran entre paréntesis tras la pregunta).

¿En qué rama militar prestó servicio? (2) _____

¿En qué fecha ingresó al servicio militar? (12a) _____

¿En qué fecha se separó del servicio militar? (12b) _____

¿Cuál era su categoría salarial? (4b) _____

- ¿Cuál fue su tipo de separación? (23) _____
- ¿Cuál era el carácter de su servicio? (24) _____
- ¿Cuál fue el motivo narrativo de su separación? (28) _____
- ¿Cuántos días de licencia acumulada tiene? (16) _____
- ¿Finalizó su primer período completo de servicio?..... **SÍ** **NO**
- ¿Fue usted un reservista llamado al servicio activo durante 90 días consecutivos o más?..... **SÍ** **NO**
- ¿Hubo algún período de tiempo perdido? (29) **SÍ** **NO**

Si respondió "**SÍ**" al tiempo perdido, complete lo siguiente:

Fecha de inicio del tiempo perdido _____ Fecha de finalización _____

*** LOS SOLICITANTES MILITARES ACTIVOS DEBEN ENVIAR LA COPIA DE MIEMBRO-4 DEL DD-214 CUANDO DEVUELVAN SU SOLICITUD.**

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS CIVILES FEDERALES

Si trabajó para el gobierno federal en los últimos dos años, responda las siguientes preguntas:

- ¿Dónde se encontraba su último lugar de servicio? _____
- ¿Cuál fue el último día que trabajó como civil para el gobierno federal? _____
- ¿Trabajó para otro empleador en Pensilvania desde su separación del gobierno federal? **SÍ** **NO**
- Si la respuesta es **Sí**, ¿qué ciudad? _____
- ¿La oficina de nómina de la agencia federal y la dirección se basan en el SF-8? **SÍ** **NO**
- Si la respuesta es **No**, ¿se emitió un SF-8? _____
- ¿Cuál era su puesto/cargo? _____
- ¿Trabajaba a tiempo completo o parcial? _____
- ¿El trabajo era permanente o intermitente? _____

*** LOS SOLICITANTES CIVILES FEDERALES DEBEN INCLUIR COPIAS DE SUS RECIBOS DE HABERES DE LOS ÚLTIMOS 18 MESES CUANDO DEVUELVAN SU SOLICITUD.**

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO FUERA DEL ESTADO

Si trabajó en algún otro estado (además de Pensilvania) en los últimos 18 meses, responda las siguientes preguntas:

- En los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en Pensilvania? **SÍ** **NO**
- ¿En qué estado(s) estuvo empleado? _____

- ¿Desea presentar una solicitud para otro estado en lugar de Pensilvania..... **SÍ** **NO**
- Si la respuesta es **Sí**, ¿qué estado? _____

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE CIUDADANÍA

Si no es ciudadano estadounidense, responda las siguientes preguntas:

¿Cuál es su número de registro de extranjero? _____

¿En qué fecha fue autorizado por primera vez para trabajar en los Estados Unidos? _____

¿Cuándo vence su autorización de trabajo? _____

¿Cuánto tiempo trabajó para su anterior empleador? _____ años _____ meses

*** SI SU DOCUMENTACIÓN EXTRANJERA NO CONTIENE UN NÚMERO DE EXTRANJERO, DEBE INCLUIR UNA COPIA DE SU AUTORIZACIÓN DE TRABAJO AL REGRESAR SU SOLICITUD.**

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN ADICIONAL

Si su número de Seguro Social termina con los números "05", responda las siguientes preguntas:

¿Cuál es su ocupación habitual? _____

¿Obtuvo una fecha definitiva de retiro de CUALQUIERA de sus empleadores anteriores? . SÍ NO

SECCIÓN 10: RECONOCIMIENTO DEL RECLAMANTE

Certifico que toda la información que he proporcionado en este documento es correcta y completa. Reconozco que las declaraciones falsas en este documento son punibles de conformidad con 18 Pa. C.S. §4904, relacionado con la falsificación no jurada a las autoridades.

Nombre _____ Apellido _____ (letra imprenta)

Firma _____

Fecha _____

Una persona que deliberadamente hace una declaración falsa o retiene información a sabiendas para obtener beneficios de UC comete un delito penal según la sección 801 de la Ley de UC, 43 P. S. §871, y puede estar sujeto a una multa, encarcelamiento, restitución y pérdida de beneficios futuros.