



pennsylvania

DEPARTMENT OF LABOR & INDUSTRY
OFFICE OF UNEMPLOYMENT COMPENSATION BENEFITS POLICY

INSTRUCCIONES PARA REABRIR UN RECLAMO YA EXISTENTE

Esta solicitud se le provee para que la use con el propósito de reabrir un reclamo ya existente de compensación por desempleo. Por favor conteste TODAS las preguntas que le conciernen y escriba legiblemente en letra de imprenta.

Envíe su solicitud por correo/fax a:

Scranton UC Service Center
30 Stauffer Industrial Park
Taylor, PA 18517-9625
Fax: 570-562-4385

Sólo envíe páginas que contengan sus respuestas. No envíe instrucciones ni páginas en blanco.

¡IMPORTANTE!

Por lo general, la fecha efectiva de la reapertura de su reclamo será el domingo anterior a la fecha en que envió la solicitud por correo o fax al centro de servicio del UC. Usted deberá presentar sus reclamos quincenales dos semanas después de esa fecha efectiva.

REABRIR UN RECLAMO DE UC YA EXISTENTE

Conteste TODAS las preguntas con letra de imprenta y en forma legible. Si su respuesta es "NINGUNA", por favor escriba "NINGUNA".

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Número de seguro social XXX - XX - _____ # de teléfono principal _____
Nombre _____ E-mail _____
Apellido _____
Domicilio: Dirección postal: (si es casilla postal, además provea su domicilio)
Calle _____ Calle _____
Ciudad _____ Ciudad _____
Estado/código postal _____ Estado/código postal _____
¿Por qué dejó de reclamar los beneficios del UC? _____

EMPLEADOR MÁS RECIENTE

Nombre del empleador _____ Primer día de trabajo _____
Dirección _____ Último día de trabajo _____
Ciudad/estado/código postal _____ ¿Ganó \$3,483 con este empleador? _____
Teléfono _____ Chapa o # de tarjeta de tiempo _____
Su supervisor _____
Razón para la separación de este empleo _____

INFORMACIÓN DE OTRO EMPLEADOR

Llene esta sección si trabaja para otro empleador o no ha ganado \$3,483 del empleador del que se separó.
Nombre del empleador _____ Primer día de trabajo _____
Dirección _____ Último día de trabajo _____
Ciudad, estado código postal _____ ¿Ganó \$3,483 con este empleador? _____
Teléfono _____ Chapa o # de tarjeta de tiempo _____
Su supervisor _____
Razón para la separación de este empleo _____

¿Existe alguna razón por la que no podría estar capacitado y disponible para trabajar? Sí _____ No _____
El UC es un beneficio por el que se paga impuestos; ¿quiere que el 10% de su beneficio semanal bruto sea retenido para el impuesto federal a la renta o ingreso? Sí _____ No _____
¿Desea que se le dé un nuevo PIN de UC (perdido, olvidado, etc.)? Sí _____ No _____

Yo afirmo que toda la información que he dado en este documento es exacta y completa. Reconozco que falsos testimonios en este documentos son sancionables de acuerdo al 18 Pa. C.S. §4904, relacionado con dar datos falsos —no bajo juramento— a las autoridades.

Nombre _____ Apellido (letra de imprenta) _____
Firma _____
Fecha _____

Aquel que a sabiendas dé un testimonio falso o a sabiendas oculte información para obtener los beneficios del UC está cometiendo un delito según la Sección 801 de la Ley del UC, 43 P.S. §871, y puede estar sujeto a multa, prisión, reembolso y pérdida de futuros beneficios.