

FAX

..... Fecha:

Recipiente:

Número de Fax: (208) 639-3256

Páginas en total:

Transmisor:

E-mail:

Número de teléfono:

___ URGENTE ___ RESPONDER ___ 7CA9BH5F .. ___ REVIS5F

COMENTARIOS:

Autorizado
por

Departamento de Labor – DE IDAHO
RECLAMO PARA BENEFICIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

Numero de Seguro Social		Nombre (Apellido, primer nombre, y inicial del segundo nombre)			
Dirección		Ciudad Estado Código Postal			
Teléfono () _____	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ Mes día año	Estado Civil <input type="checkbox"/> soltero 1) <input type="checkbox"/> casado 2) <input type="checkbox"/> no res 0)	No. años de Educación.	
					Tamaño Familiar (incluyendo Ud., esposo/a, e hijos):
Origen Étnico: 1) Hispano <input type="checkbox"/> 2) No Hispano <input type="checkbox"/> 3) No respuesta <input type="checkbox"/>			Número de Licencia de Conducir _____ Origen: Idaho <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro Estado <input type="checkbox"/>		
Raza: <input type="checkbox"/> 1) Blanco <input type="checkbox"/> 2) Negro/ Africano-Americano <input type="checkbox"/> 4) Indígena Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> 5) Asiático <input type="checkbox"/> 7) Hawaiano / Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> 6) No respuesta			
Certifico que soy ciudadano/(a) o nacional de los Estados Unidos. (Si no, llene la siguiente línea.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Certifico que tengo un estado de inmigración satisfactorio (Si no, informe su entrevistador de su Estado.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Número de tarjeta de extranjero (MICA):		Fecha de autorización de trabajo:		Fecha de Vencimiento:	
¿Es Ud. alguien con alguna incapacidad?			<input type="checkbox"/> No		
<ul style="list-style-type: none"> Física o mental que impide significativamente en uno o mas actividades mayores de vivencia? Su incapacidad se debe al servicio militar? 			<input type="checkbox"/> Sí, pero no causado por el servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, causado por el servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, de servicio militar de 30% o mas		
1) ¿Trabajó o va a trabajar esta semana?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2) ¿Ha trabajado en Idaho durante los últimos dos años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3) ¿Ha trabajado en otro estado durante los últimos dos años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4) ¿Ha trabajado en posición civil por el gobierno federal durante los últimos dos años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5) ¿Ha servido en el servicio militar – (servicio activo) - durante los últimos dos años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
6) ¿Ha recibido, o solicitado beneficios de seguro de desempleo en algún otro estado en los últimos 12 meses? ¿Si es sí, cuando y cual estado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7) ¿Ha solicitado beneficios de desempleo del ferrocarril durante los últimos 12 meses?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
8) ¿Ha trabajado por una institución de educación dentro los últimos dos años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9) ¿Durante los últimos dos años, ha trabajado como atleta profesional?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10) ¿Durante los últimos dos años, ha trabajado en algún tipo de negocio propio?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
11) ¿Ha recibido ingresos por servicios como un oficial electo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
12) ¿Durante los últimos dos años, ha servido Ud. como un Dirigente de una Corporación?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
13) ¿Durante los últimos dos años, ha desempeñado servicios como Dirigente de una Corporación?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

LIGADO CON UN SINDICATO O EMPLEADOR

1) ¿Esta Ud. inscrito(a) con una unión/ (sindicato)? Si es sí, es Ud. un miembro de buena reputación de una Unión Industrial del Sector Publico ? {Un sindicato de este tipo se forma en representación de los empleados y no envía miembros a trabajos fuera de la compañía. Ejemplos de este tipo de unión incluye los “Teamsters,” “Trabajadores Unidos de Comida Comerciales,” y “La Unión de Trabajadores Atómicos”.}	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es Ud. un miembro de buena reputación con una Unión Industrial de la Construcción ? {Un sindicato de tal tipo sí manda(n) a trabajos nuevos a sus inscritos. Cuando uno termina con el trabajo, se hace contacto de nuevo con la unión para recibir otra referencia á otro trabajo. Ejemplos de este tipo de sindicato incluye grupos de plomeros, electricistas, instaladores de tuberías, herraderos, trabajadores de metal en chapa, carpinteros, y fabricantes.} Si es un miembro de una unión Industrial de la Construcción , por favor de completar lo siguiente: Nombre de la unión/sindicato: _____ Número de unión/identificación: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2) ¿Es Ud. un miembro en buen estado de cualquier OTRA unión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3) ¿Tiene Ud. algún trabajo definitivo en el futuro a donde va a volver á trabajar tiempo completo dentro de 12 semanas? Si es así, nombre de la empresa? _____ Fecha cuando se anticipa volver tiempo completo? ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CAPACIDAD PARA TRABAJAR

1) ¿Esta mentalmente y físicamente hábil para trabajar tiempo completo (40 horas o mas) cada semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2) ¿Esta asistiendo a una escuela o entrenamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3) ¿Ha rechazado alguna oferta de trabajo o trabajo temporal desde que supo de su última separación de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) ¿Esta dispuesto/a buscar y aceptar trabajo de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACION DE BUSQUEDA DE TRABAJO

1) ¿Que modo de transporte utilizará para llegar a su trabajo, o en poder cumplir su búsqueda de trabajo en persona? <input type="checkbox"/> automóvil personal <input type="checkbox"/> bicicleta <input type="checkbox"/> por familia <input type="checkbox"/> amigo(a) <input type="checkbox"/> transporte público <input type="checkbox"/> caminar <input type="checkbox"/> otro modo <input type="checkbox"/> no tengo modo de transporte
2) ¿Cuántas millas esta Ud. dispuesto viajar á su trabajo en una sola dirección? <input type="checkbox"/> no estoy dispuesto viajar a trabajar <input type="checkbox"/> hasta 5 millas <input type="checkbox"/> hasta 15 millas <input type="checkbox"/> hasta 25 millas <input type="checkbox"/> mas de 25 millas
3) ¿Que arreglos(s) ha hecho Ud. para el cuidado de sus hijos menores de edad? <input type="checkbox"/> no tengo niños ni dependiente(s) quienes necesitan cuidado <input type="checkbox"/> no tengo opción(es) <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> facilidad para el cuidado por adulto(s) <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> niñera empleada por hora <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> vecino/a <input type="checkbox"/> otro

INFORMACION DE ELIGIBILIDAD

1) ¿Ha recibido o va a recibir Ud. pago de vacaciones, días feriados, bonos o liquidación esta semana o en el futuro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2) ¿Ha solicitado Ud. o está recibiendo algún tipo de pago de retiro o jubilación (excluyendo el seguro social) dentro los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3) ¿Esta recibiendo o esta para recibir beneficios de incapacidad temporal de trabajador(es)? (compensación al trabajador)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) ¿Desea Ud. que se le retenga impuestos federales de ingreso a una tasa del 10% de cada pago de beneficios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Entiendo que estoy solicitando un reclamo de beneficios del seguro de desempleo. Certifico bajo penalidad de falso testimonio que la información indicada en este formulario es verdadera de acuerdo a mí conocimiento cabal. Entiendo que hay penalidades en contra de las declaraciones falsas hechas con el propósito de obtener beneficios.

Firma: _____

Fecha: _____

HISTORIAL DE TRABAJO: Comience con su ultimo trabajo y incluya cada trabajo de los últimos dos años— incluyendo su propio negocio, trabajo por contrato, servicio militar, empleo federal, y cualquier trabajo de media jornada.

Nombre del Empleador/Empresa	Fecha original de contratación _____/_____/_____ (mes día año)	Ultimó día de trabajo _____/_____/_____ (mes día año)
Dirección del Empleador	Sueldo \$_____ por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	Ingreso en bruto \$_____
Nombre de su supervisor	Dirección dónde desempeñaba el trabajo:	Título de su posición en el trabajo
Razón por la que dejó el trabajo		

Nombre del Empleador/Empresa	Fecha original de contratación _____/_____/_____ (mes día año)	Ultimó día de trabajo _____/_____/_____ (mes día año)
Dirección del Empleador	Sueldo \$_____ por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	Ingreso en bruto \$_____
Nombre de su supervisor	Dirección dónde desempeñaba el trabajo:	Título de su posición en el trabajo

Razón por la que dejó el trabajo

Nombre del Empleador/Empresa	Fecha original de contratación ____/____/____ (mes día año)	Ultimó día de trabajo ____/____/____ (mes día año)
Dirección del Empleador	Sueldo \$ _____ por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	Ingreso en bruto \$ _____
Nombre de su supervisor	Dirección dónde desempeñaba el trabajo:	Título de su posición en el trabajo
Razón por la que dejó el trabajo		

Nombre del Empleador/Empresa	Fecha original de contratación ____/____/____ (mes día año)	Ultimó día de trabajo ____/____/____ (mes día año)
Dirección del Empleador	Sueldo \$ _____ por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	Ingreso en bruto \$ _____
Nombre de su supervisor	Dirección dónde desempeñaba el trabajo:	Título de su posición en el trabajo
Razón por la que dejó el trabajo		

Nombre del Empleador/Empresa	Fecha original de contratación ____/____/____ (mes día año)	Ultimó día de trabajo ____/____/____ (mes día año)
Dirección del Empleador	Sueldo \$ _____ por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	Ingreso en bruto \$ _____
Nombre de su supervisor	Dirección dónde desempeñaba el trabajo:	Título de su posición en el trabajo
Razón por la que dejó el trabajo		

Nombre del Empleador/Empresa	Fecha original de contratación ____/____/____ (mes día año)	Ultimó día de trabajo ____/____/____ (mes día año)
Dirección del Empleador	Sueldo \$ _____ por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	Ingreso en bruto \$ _____
Nombre de su supervisor	Dirección dónde desempeñaba el trabajo:	Título de su posición en el trabajo
Razón por la que dejó el trabajo		

Numero de Seguro Social _____

PREFERENCIAS DE TRABAJO

Favor de seleccionar hasta 4 diferentes categorias de trabajo cuales mas le interesa:	Sueldo/Salario Aceptable: \$ _____ por _____ (hora/me s/año)	
<input type="checkbox"/> Clasificador de Productos Agrícolas (45-2041.0) <input type="checkbox"/> Operador de Equipo Agrícola (45-2091.00) <input type="checkbox"/> Trabajador de Campo/Campesino (45-2092.A1) <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícolas (labor general) (45-2092.A2) <input type="checkbox"/> Trabajador de Cosecha (45-2092.A3) <input type="checkbox"/> Moverdor de Tuberías (45-2092.A7) <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola de Irrigación (45-2092.A8) <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícolas, Animales de Granja y Ganado - (45-2093.00) <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícolas de Lechería (45-2093.A4) <input type="checkbox"/> Trabajador de Lechería (45-2093.A5) <input type="checkbox"/> Ordeñador (45-2093.A6) <input type="checkbox"/> (el) Carnicero, y Cortador de carne (51-3021.00) <input type="checkbox"/> Cortador y Recortador de Carnes, Aves y Pescado (51-3022.00) <input type="checkbox"/> Matanza y Empacador de Carnes (51-3023.00) <input type="checkbox"/> Fabricador de Queso (51-3092.A1)	<input type="checkbox"/> Trabajador Relacionado con el Procesamiento de Alimentos (51-3093.A1) <input type="checkbox"/> Ensamblador y Fabricador de Producción--(todo otros) (51-2099.99) <input type="checkbox"/> Trabajador de Ensamblar (51-2099.A1) <input type="checkbox"/> Trabajador del Mantenimiento de Terreno y Jardin (37-3011.00) <input type="checkbox"/> Pasajista (37-3011.A5) <input type="checkbox"/> Pasajista y Jardinero (37-3011.A6) <input type="checkbox"/> Trabajador de Mantenimiento de Terreno – (todos otros trabajos relativos) (37-3019.99) <input type="checkbox"/> Conductor de Camión Pesado--(tractor-camión de remolque) (53-3032.00) <input type="checkbox"/> Conductor de Camión Liviano o Servicios de Entrega (53-3033.00) <input type="checkbox"/> Conserje o Limpiador, (menos camarera y ama de llaves) (37-2011.00) <input type="checkbox"/> Camarera y Encargadas de Servicio Domesticos (37-2012.00) <input type="checkbox"/> Mesero/Mesera (35-3031.00) <input type="checkbox"/> Cajero (41-2011.00) <input type="checkbox"/> Empleado de Ventas/ Vendedor (41-2031.A3) <input type="checkbox"/> Encargado de Mostra-dor, Concesión de Alimentos y Cafes (35-3022.00)	<input type="checkbox"/> Cocineros de Ordenes Pequeñas. (35-2015.A1) <input type="checkbox"/> Oficinista (43-9061.00) <input type="checkbox"/> Trabajador / Servidor de Comidas Rápidas (35-3021.A6) <input type="checkbox"/> Trabajador de Servicio de Alimentos de Deli (35-3021.A5) <input type="checkbox"/> Carpintero (47-2031.00) <input type="checkbox"/> Carpintero de la Con-strucción (47-2031.00) <input type="checkbox"/> Carpintero de Ultimo Mano (47-2031.A3) <input type="checkbox"/> Fabricante de Marcos (47-2031.A2) <input type="checkbox"/> Instalador de Alfombras (47-2041.00) <input type="checkbox"/> Mason de Cemento / Albañil (47-2051.00) <input type="checkbox"/> Terminador de Concreto (47-2051.00) <input type="checkbox"/> Trabajador de la Construcción (47-2061.00) <input type="checkbox"/> Operador de Equipos de la Construcción (47-2073.00) <input type="checkbox"/> Instalador de Techo (47-2081.01) <input type="checkbox"/> Instalador de Paneles de Yeso y Acústicos (47-2081.02) <input type="checkbox"/> Pintor (47-2141.00)
		<input type="checkbox"/> Plomero(47-2152.02) <input type="checkbox"/> Enyesador (47-2161.00) <input type="checkbox"/> Mason de'l Estuco (47-2161.00) <input type="checkbox"/> Techador (47-2181.00) <input type="checkbox"/> Trabajador con Hojas de Metal (47-2211.00) <input type="checkbox"/> Herrero (47-2221.00) <input type="checkbox"/> Mecánico e Instalador de Calefacción, Acondicionamiento de Aire y Refrigeracion (49-9021.00) <input type="checkbox"/> Mantenimiento y Reparación (49-9042.00) <input type="checkbox"/> Otros Trabajadores de Producción (51-9199) <input type="checkbox"/> Alimentador de Máquinas y Recibidor de Productos (53.7063) <input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermería y de Hospital (31-1012) <input type="checkbox"/> Oficinista de Almacen y Despachador de Ordenes (43-5081) <input type="checkbox"/> Auxiliares en el Hogar y en Casas de Salud (31-1011) <input type="checkbox"/> Empacador y Empaquetador, a Mano (53-7064)

(Office use only)

NEW CLAIM / AC-RO										
Effective Date		File Date		Entered Date			Ethnic		Race	FIPS 16
ERP Code R--Recall U--Union X--Both trng	B--Skilled C--Unskilled D--Apprvd	Contacts	Tax	Pay		Tenure (PRN EMP)		Chargeability (MBE)		
				Rate	Unit	Start	End	0-N/A	R-Relieve Charge	
Report Type T-Telephone C-Card		Social Security Number			Erngs ?	Other Income?	Disabled	Issue 1	Issue 2	Requal
UI No. (missing wages)	CWC No.	CWC No.	CWC No.	UCFE No.	UCX No.	Pension Amt.	Pension Start	Confirmation #		