



1101I01ADS 0525

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO (Miembro Ex-Militar y Empleado Federal)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE BENEFICIOS

Complete esta solicitud incluyendo los adjuntos correspondientes. Escriba la información en letra de molde o a máquina y solamente utilice tinta azul o negra.

Conteste todas las preguntas en cada hoja. Repase la solicitud detenidamente para asegurar que esté llena de manera completa. Si su solicitud no se llena de manera completa, se podría demorar la presentación de la solicitud de beneficios o se le podría ocasionar la negación de beneficios. Si el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés) necesita verificar la información que nos proporcione cuando presente su solicitud de beneficios, usted recibirá algunos formularios adicionales y se le pedirá que nos proporcione la información y/o documentación.

LAS PREGUNTAS EN LA SOLICITUD DE BENEFICIOS

Las respuestas que usted proporcione en esta solicitud deberán ser verdaderas y correctas. Usted podrá estar sujeto a sanciones si hace declaraciones falsas o retiene información.

<p>1. ¿Trabajó usted en un estado que no sea California en los últimos 18 meses? Y / O</p> <p>¿Trabajó usted en Canadá en los últimos 18 meses?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, marque la(s) casilla(s) a continuación: <input type="checkbox"/> Estado(s) fuera de California, especifique estado(s): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Canadá</p>
<p>2. ¿Cuál es el número de su Seguro Social que le proporcionó la Administración del Seguro Social?</p> <p>a) Si el EDD le asignó un Número del Cliente del EDD (ECN), favor de proporcionar el ECN aquí. (El ECN es un número de 9 dígitos que comienza con los números 999 ó 990.)</p>	<p>2.</p> <p>_____</p> <p>a) _____</p>
<p>2A. Indique cualquier otro(s) número(s) de Seguro Social que usted haya usado.</p>	<p>2A.</p> <p>_____</p>
<p>3. ¿Cuál es su nombre <u>completo</u>?</p>	<p>3. Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____</p>
<p>4. ¿Es el mismo nombre que aparece en su tarjeta del Seguro Social?</p> <p>a) Si su respuesta es no, favor de proporcionar el nombre que aparece en su tarjeta del Seguro Social.</p>	<p>4. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____</p>
<p>5. Indique cualquier otro(s) nombre(s) que usted haya usado.</p>	<p>5. _____</p>
<p>6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?</p>	<p>6. _____ (mm/dd/aaaa)</p>
<p>7. Sexo:</p>	<p>7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p>
<p>8. ¿Cuál es su lenguaje escrito preferido?</p> <p>a) ¿Cuál es su lenguaje hablado preferido?</p>	<p>8. <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____</p>
<p>9. ¿Ha presentado usted una solicitud del Seguro de Desempleo o del Seguro de Incapacidad de California en los últimos dos años?</p> <p>a) Si su respuesta es sí, indique la(s) fecha(s) más reciente(s) de cuando presentó la(s) solicitud(es) para cada presentación de solicitud.</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Fecha(s) de la solicitud de Desempleo (mm/dd/aaaa) _____</p> <p>a) Fecha(s) de la solicitud de Incapacidad (mm/dd/aaaa) _____</p>



1101I02

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

<p>10. ¿Tiene usted una Licencia de Conducir que se le emitió por un Estado/entidad?</p> <p>a) Si su respuesta es sí, proporcione el nombre del Estado/entidad que le emitió la Licencia de Conducir y el número de licencia.</p> <p>Si su respuesta es no, conteste las preguntas b-d.</p> <p>b) ¿Tiene Tarjeta de Identificación emitida a usted por un Estado/entidad?</p> <p>c) Si su respuesta es sí, proporcione el nombre del Estado/entidad que se la emitió junto con el número de la Tarjeta de Identificación.</p> <p>d) ¿Cómo es que busca trabajo, y si tiene trabajo, cómo se transporta a su lugar de trabajo?</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Nombre del Estado/entidad: _____ Número de Licencia de Conducir: _____</p> <p>Si su respuesta es no, conteste las preguntas b-d.</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) Nombre del Estado/entidad: _____ Número de Tarjeta de Identificación: _____</p> <p>d) Favor de explicar: _____ _____ _____</p>																		
<p>11. ¿Cuál es su número de teléfono?</p> <p>a) Si tiene impedimento de sordera, audición, o discapacidad del habla y utiliza TTY o el California Relay Service para comunicarse, marque la casilla correspondiente.</p>	<p>11. _____ - _____</p> <p>a) <input type="checkbox"/> TTY (No Voz) <input type="checkbox"/> California Relay Service</p>																		
<p>12. ¿Cuál es su dirección postal? (Incluya la Ciudad, Estado y Código Postal)</p>	<p>12. Calle: _____ Apto.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p>																		
<p>13. La dirección de su residencia ¿es la misma que su dirección postal?</p> <p>a) Si su respuesta es no, proporcione su dirección de su residencia (Incluya la Ciudad, Estado y Código Postal y número de apartamento). La dirección de su residencia no puede ser un apartado postal. Favor de proporcionar los nombre(s) de la(s) calle(s).</p>	<p>13. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Calle: _____ Apto.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p>																		
<p>14. Si usted no vive en California, ¿cuál es el nombre del Condado dónde vive?</p>	<p>14. _____</p>																		
<p>15. ¿Con qué raza o grupo étnico se identifica? Marque una de las casillas siguientes:</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Blanco</td><td><input type="checkbox"/> Negro no Hispano</td><td><input type="checkbox"/> Hispano</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Asiático</td><td><input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska</td><td><input type="checkbox"/> Chino</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Camboyano</td><td><input type="checkbox"/> Filipino</td><td><input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Guameño</td><td><input type="checkbox"/> Indio Asiático</td><td><input type="checkbox"/> Japonés</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Coreano</td><td><input type="checkbox"/> Laosiano</td><td><input type="checkbox"/> Samoano</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td><td><input type="checkbox"/> Hawaiano</td><td><input type="checkbox"/> Opto por no responder</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro no Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Opto por no responder
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro no Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano																	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino																	
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico																	
<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés																	
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Samoano																	
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Opto por no responder																	
<p>16. ¿Tiene usted una incapacidad? (Una incapacidad es un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades de la vida cotidiana, tales como cuidarse a sí mismo(a), realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar.)</p>	<p>16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opto por no responder</p>																		
<p>17. ¿Cuál es el nivel de estudio más alto que completó? Marque solamente una casilla.</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> No completé la escuela preparatoria</td><td><input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria o GED</td><td><input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela vocacional</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Associate of Arts (carrera corta o técnica)</td><td><input type="checkbox"/> Bachillerato de la Universidad</td><td><input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> No completé la escuela preparatoria	<input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria o GED	<input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela vocacional	<input type="checkbox"/> Associate of Arts (carrera corta o técnica)	<input type="checkbox"/> Bachillerato de la Universidad	<input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado												
<input type="checkbox"/> No completé la escuela preparatoria	<input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria o GED	<input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela vocacional																	
<input type="checkbox"/> Associate of Arts (carrera corta o técnica)	<input type="checkbox"/> Bachillerato de la Universidad	<input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado																	
<p>18. ¿Es usted Veterano(a) Militar?</p>	<p>18. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																		



1101I03

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

19. Proporcione información referente a empleo(s) y salarios de los últimos 18 meses. Si trabajó para una agencia de empleos temporal, un contratista laboral, un agente para actores y actrices, o para un empleador que reporta sus ingresos bajo un nombre corporativo, sus ingresos tal vez hayan sido reportados bajo el nombre de ese empleador. Tal vez ocupe revisar sus talones de cheque o formularios W-2 para obtener el nombre del empleador.

- a) Nombre y dirección postal de **todos los empleadores** para quienes usted trabajó en los últimos 18 meses.
- b) Período de empleo. (Fechas que Trabajó)
- c) Salarios Totales que ganó con **cada empleador** en los últimos 18 meses.
- d) ¿Cómo le pagaban, (especifique si por hora, semanal, mensual, anual, por comisión o por pieza/unidad)?
- e) Especifique si usted trabajaba tiempo completo o tiempo parcial.
- f) ¿Cuántas horas trabajaba por semana?
- g) Marque la casilla correspondiente "Sí/No" si el empleador es (o no es) escuela o institución educativa o un empleador público o no lucrativo donde realizó trabajo relacionado a la escuela.

AVISO: Es importante que reporte correctamente los nombres de los empleadores y las direcciones postales, los periodos de empleo, y los sueldos que ganó. El no proporcionar la información completa podría resultar en la demora o negación de beneficios.

a) Nombre del Empleador y Dirección Postal	b) Fechas que Trabajó	c) Salario Totales	d) ¿Cómo le pagaban? (Por ejemplo, semanal, mensual, etc.)?
Nombre: _____	Del: _____	\$ _____	_____
Dirección Postal: _____	Al: _____		
Calle: _____			
Ciudad: _____			
Estado: _____	Código Postal: _____		
e) ¿Trabajó tiempo completo o tiempo parcial? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial			
f) ¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____			
g) ¿Es éste un empleador escolar o un empleador público o no lucrativo donde realizó trabajo relacionado a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es sí, proporcione el número de teléfono _____ - _____			

a) Nombre del Empleador y Dirección Postal	b) Fechas que Trabajó	c) Salario Totales	d) ¿Cómo le pagaban? (Por ejemplo, semanal, mensual, etc.)?
Nombre: _____	Del: _____	\$ _____	_____
Dirección Postal: _____	Al: _____		
Calle: _____			
Ciudad: _____			
Estado: _____	Código Postal: _____		
e) ¿Trabajó tiempo completo o tiempo parcial? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial			
f) ¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____			
g) ¿Es éste un empleador escolar o un empleador público o no lucrativo donde realizó trabajo relacionado a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es sí, proporcione el número de teléfono _____ - _____			

a) Nombre del Empleador y Dirección Postal	b) Fechas que Trabajó	c) Salario Totales	d) ¿Cómo le pagaban? (Por ejemplo, semanal, mensual, etc.)?
Nombre: _____	Del: _____	\$ _____	_____
Dirección Postal: _____	Al: _____		
Calle: _____			
Ciudad: _____			
Estado: _____	Código Postal: _____		
e) ¿Trabajó tiempo completo o tiempo parcial? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial			
f) ¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____			
g) ¿Es éste un empleador escolar o un empleador público o no lucrativo donde realizó trabajo relacionado a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es sí, proporcione el número de teléfono _____ - _____			

a) Nombre del Empleador y Dirección Postal	b) Fechas que Trabajó	c) Salario Totales	d) ¿Cómo le pagaban? (Por ejemplo, semanal, mensual, etc.)?
Nombre: _____	Del: _____	\$ _____	_____
Dirección Postal: _____	Al: _____		
Calle: _____			
Ciudad: _____			
Estado: _____	Código Postal: _____		
e) ¿Trabajó tiempo completo o tiempo parcial? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial			
f) ¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____			
g) ¿Es éste un empleador escolar o un empleador público o no lucrativo donde realizó trabajo relacionado a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es sí, proporcione el número de teléfono _____ - _____			



1101I04

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

19. Continúa

- a) Nombre del Empleador y Dirección Postal b) Fechas que Trabajó c) Salario Totales d) ¿Cómo le pagaban? (Por ejemplo, semanal, mensual, etc.)?
- Nombre: _____ Del: _____ \$ _____
- Dirección Postal: _____ Al: _____
- Calle: _____
- Ciudad: _____
- Estado: _____ Código Postal: _____
- e) ¿Trabajó tiempo completo o tiempo parcial? ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial f) ¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____
- g) ¿Es éste un empleador escolar o un empleador público o no lucrativo donde realizó trabajo relacionado a la escuela? ☐ Sí ☐ No
- Si su respuesta es sí, proporcione el número de teléfono _____ - _____

- a) Nombre del Empleador y Dirección Postal b) Fechas que Trabajó c) Salario Totales d) ¿Cómo le pagaban? (Por ejemplo, semanal, mensual, etc.)?
- Nombre: _____ Del: _____ \$ _____
- Dirección Postal: _____ Al: _____
- Calle: _____
- Ciudad: _____
- Estado: _____ Código Postal: _____
- e) ¿Trabajó tiempo completo o tiempo parcial? ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial f) ¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____
- g) ¿Es éste un empleador escolar o un empleador público o no lucrativo donde realizó trabajo relacionado a la escuela? ☐ Sí ☐ No
- Si su respuesta es sí, proporcione el número de teléfono _____ - _____

20. Durante los últimos 18 meses, ¿trabajó usted para cualquier otro empleador no indicado en la pregunta 19? 20 ☐ Sí ☐ No
- Si su respuesta es sí, proporcione la información del empleador para las preguntas 19 a-g en una hoja por separado. Adjunte la hoja adicional con esta solicitud.

21. Si el Departamento del Desarrollo del Empleo determina que usted no tiene suficientes salarios en el Periodo Reglamentario Estándar para establecer una solicitud de beneficios válida, ¿desea usted intentar establecer una solicitud de beneficios usando el Periodo Reglamentario Alterno? 21 ☐ Sí ☐ No
- Para más información acerca del Periodo Reglamentario Estándar y del Periodo Reglamentario Alterno, visite el sitio de Internet del Departamento del Desarrollo del Empleo en www.edd.ca.gov.

22. En los últimos 18 meses, ¿para qué empleador trabajó usted más tiempo? 22. Nombre del Empleador: _____
- a) ¿Qué tipo de actividad comercial desempeñaba el empleador? (Por favor **especifique**. Por ejemplo, restaurante, tintorería, construcción, tienda de libros.) a) Tipo de Negocio: _____
- b) ¿Cuánto tiempo trabajó para el empleador? b) Años _____ Meses _____
- c) ¿Qué clase de trabajo desempeñaba con este empleador? c) _____

23. ¿Cuál es su ocupación habitual? 23. _____

24. Su trabajo habitual, ¿es trabajo de temporada? 24. ☐ Sí ☐ No
- Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-c: Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-c:
- a) Normalmente, ¿cuándo comienza la temporada? a) _____ (mm/dd/aaaa)
- b) Normalmente, ¿cuándo finaliza la temporada? b) _____ (mm/dd/aaaa)
- c) ¿Qué otras habilidades/destrezas relacionadas al trabajo tiene usted? c) _____



1101I05

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Favor de proporcionar información acerca de **su último empleador**. Éste sería el último empleador para quien usted trabajó sin tomar importancia el tiempo que usted permaneció en el trabajo, la clase de trabajo que usted desempeñaba para el empleador aunque le hayan pagado o no.

Si trabajó para una agencia de empleos temporal, un contratista laboral, un agente para actores y actrices, o para un empleador que reporta sus ingresos bajo un nombre corporativo, sus ingresos tal vez hayan sido reportados bajo el nombre de ese empleador. Si usted trabajó para In-Home Supportive Services (IHSS), Servicios de Ayuda en Casa, el beneficiario de bienestar para quien usted le proporcionó el Servicio de Ayuda en Casa, es su empleador, y no el condado. Tal vez ocupe revisar sus talones de cheque o formularios W-2 para obtener el nombre del empleador.

Recordatorio: Para poder presentar una solicitud de beneficios, las personas deben estar sin empleo o trabajando menos de tiempo completo. Debe de proporcionar información de su último empleador para quien usted trabajó como empleado. No incluya información si trabajó por cuenta propia a menos de que usted tenga cobertura electiva.

<p>25. ¿Cuál fue la última fecha en la que trabajó para su último empleador?</p> <p>a) ¿Cuál fue su salario en bruto por la última semana que usted trabajó? Para propósitos del Seguro de Desempleo, la semana comienza el domingo y termina el sábado siguiente.</p> <p>b) ¿Cuál es el nombre completo de su último empleador?</p> <p>c) ¿Cuál es la dirección postal de su último empleador?</p> <p>d) La dirección física de su último empleador, ¿es la misma que la dirección postal? (La dirección física no puede ser un apartado postal. Favor de proporcionar la dirección de la calle.)</p> <p>Si no la es, ¿cuál es la dirección física de su último empleador?</p> <p>e) ¿Cuál es el número de teléfono de la dirección física de su último empleador?</p> <p>f) ¿Cuál es el nombre de su supervisor(a) inmediato?</p> <p>g) Favor de explicar brevemente, en sus propias palabras, el motivo por el cual usted no sigue trabajando para su último empleador dentro del espacio proporcionado. Favor de no incluir ningún anexo.</p>	<p>25. _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>a) \$ _____</p> <p>b) Nombre: _____</p> <p>c) Dirección Postal: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dirección física: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>e) _____ - _____</p> <p>f) _____</p> <p>g) Motivo: _____ _____ _____</p>
<p>26. ¿Se encuentra usted (de forma directa o indirecta) sin trabajo con cualquier empleador (con el último empleador o con cualquier empleador en los últimos 18 meses) debido a una disputa laboral, tales como una huelga o cierre de instalaciones laborales?</p>	<p>26. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Si su respuesta es sí, y el sindicato estaba/esta involucrado, conteste las preguntas a-b:</p>	<p>Si su respuesta es sí, y el sindicato no estaba o no esta involucrado, conteste las preguntas c-e:</p>
<p>a) ¿Cuál es el nombre y número de teléfono del sindicato? Nombre: _____ Número de teléfono: _____ - _____</p> <p>b) ¿Recibirá beneficios por participar en la huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>c) ¿Cuántos empleados dejaron el trabajo? _____</p> <p>d) Hubo un portavoz para los empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) Si su respuesta es sí, ¿cuál es el nombre de la persona y su número de teléfono? Nombre: _____ Número de teléfono: _____ - _____</p>



1101I06

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

<p>27. ¿Está actualmente trabajando para una escuela o espera trabajar para alguna escuela o institución educativa o para un empleador público o no lucrativo donde realizó o realizará trabajo relacionado a la escuela?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-e:</p> <p>a) Proporcione la siguiente información de la escuela o institución educativa o del empleador público o no lucrativo.</p> <p>b) ¿Es usted maestro(a) sustituto(a) para el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles (LAUSD)?</p> <p>c) ¿Se encuentra en periodo de descanso/receso o en periodo vacacional (off-track)?</p> <p>d) ¿Tiene usted una garantía razonable de regresar a trabajar después del periodo de descanso/receso o periodo vacacional (off-track) con alguna escuela o institución educativa?</p> <p>e) ¿Cuál es la fecha de comienzo de su próximo periodo de descanso/receso o periodo vacacional (off-track)?</p>	<p>27. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-e:</p> <p>a) Nombre: _____ Dirección Postal: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ - _____</p> <p>Nombre: _____ Dirección Postal: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ - _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, indique la fecha. _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>e) _____ (mm/dd/aaaa)</p>
<p>28. ¿Espera regresar a trabajar para algún empleador que haya tenido anteriormente?</p>	<p>28. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>29. ¿Tiene usted una fecha definitiva para comenzar a trabajar?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a:</p> <p>a) ¿En qué fecha comenzará a trabajar?</p>	<p>29. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a:</p> <p>a) _____ (mm/dd/aaaa)</p>
<p>30. ¿Es usted miembro de un sindicato o de una asociación del oficio no sindicalizada?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-f:</p> <p>a) ¿Cuál es el nombre de su sindicato u organización no sindicalizada?</p> <p>b) ¿Cuál es el número local del sindicato?</p> <p>c) ¿Cuál es número de teléfono del sindicato o asociación del oficio no sindicalizada?</p> <p>d) ¿Le busca trabajo su sindicato o asociación del oficio no sindicalizada?</p> <p>e) ¿Controla su sindicato o asociación del oficio no sindicalizada, todas las contrataciones?</p> <p>f) ¿Está registrado con su sindicato o asociación del oficio no sindicalizada, como desempleado?</p>	<p>30. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-f:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____ (Ingrese cero "0" para los que pertenecen a una asociación del oficio no sindicalizada.)</p> <p>c) _____ - _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>



1101I07

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

<p>31. ¿Está usted asistiendo actualmente, o planea comenzar a asistir, a una escuela o entrenamiento?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas de a-g:</p> <p>a) ¿Cuál es la fecha en que comenzará la escuela o entrenamiento?</p> <p>b) ¿Cuál es la fecha en que termina el curso actual?</p> <p>c) ¿Cuál es el nombre de la escuela?</p> <p>d) ¿Cuál es el número de teléfono de la escuela?</p> <p>e) ¿Cuál es son los días y horas que está asistiendo o que planea asistir a la escuela?</p> <p>f) ¿Está autorizado o financiado su escuela o programa de entrenamiento por uno de los programas que se indican en la sección f?</p> <p>Aviso: Si usted está en un entrenamiento como Aprendiz Aprobado por el Estado, usted tiene que enviar por correo postal el certificado de finalización de entrenamiento con su <i>Solicitud de Beneficios Continuos</i>, DE 4581, de la(s) semana(s) de entrenamiento.</p> <p>g) ¿Si usted tuviera empleo, o si se le ofreciera empleo en su ocupación habitual, cree que los días y las horas que asista a la escuela le impida a que usted trabaje tiempo completo?</p>	<p>31. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas de a-g:</p> <p>a) _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>b) _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>c) _____</p> <p>d) Número de Teléfono _____ - _____</p> <p>e) Días y horas: _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, marque sólo una casilla.</p> <p><input type="checkbox"/> Ley de Inversión en la Fuerza Laboral (WIA)</p> <p><input type="checkbox"/> Junta de Entrenamiento de Empleo (ETP)</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia para el Ajuste del Comercio (TAA)</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Oportunidades de Trabajo y de Responsabilidad hacia los Niños de California (CalWORKS)</p> <p><input type="checkbox"/> Aprendiz Aprobado por el Estado</p> <p><input type="checkbox"/> Entrenamiento para las personas con cierta cantidad de experiencia en su ocupación (journey level) ya sea de sindicato o una asociación del oficio no sindicalizada.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores.</p> <p>g) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>32. ¿Está usted disponible para trabajar inmediatamente tiempo completo en su ocupación habitual?</p> <p>a) Si no lo está, favor de explicar por qué no está disponible para trabajar tiempo completo.</p>	<p>32. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Explicación: _____</p>
<p>33. ¿Está usted disponible para trabajar inmediatamente tiempo parcial en su ocupación habitual?</p> <p>a) Si no lo está, favor de explicar por qué no está disponible para trabajar tiempo completo.</p>	<p>33. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Explicación: _____</p>
<p>34. ¿Trabaja actualmente por su cuenta o espera empezar a trabajar por su cuenta? (El trabajar por su cuenta significa que usted tiene su propio negocio o trabaja como contratista independiente.)</p>	<p>34. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>35. ¿Es usted ahora, o ha sido en los últimos 18 meses, un funcionario de una corporación o sindicato o es el único o el principal accionista de una corporación?</p> <p>a) Si su respuesta es sí, incluya el nombre de la organización y su título o puesto.</p>	<p>35. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Nombre de la Organización: _____</p> <p>Título/Puesto: _____</p>
<p>36. ¿Sirvió usted como un funcionario público electo o fue nombrado por el gobernador a un puesto exento en los últimos 18 meses?</p>	<p>36. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>



1101I08

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

<p>37. ¿Recibe usted actualmente una pensión?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a:</p> <p>a) ¿Recibe usted actualmente más de una pensión?</p> <p>Si su respuesta es sí, proceda a la pregunta 38</p> <p>Si su respuesta es no, conteste las preguntas b-f:</p> <p>b) ¿Cuál es el nombre del proveedor de pensión?</p> <p>c) ¿Se basa la pensión en el empleo o salarios de alguna otra persona?</p> <p>d) ¿Es ésta una pensión del sindicato o una pensión financiada por más de un empleador?</p> <p>e) ¿Cuál es el nombre del empleador(es) que contribuye a la pensión?</p> <p>f) ¿Trabajó para este empleador en los últimos 18 meses?</p>	<p>37. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste la pregunta a:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, proceda a la pregunta 38</p> <p>Si su respuesta es no, conteste las preguntas b-f:</p> <p>b) _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		
<p>38. ¿Recibirá usted alguna pensión(es) adicional(es) en los próximos 12 meses?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-b</p> <p>a) ¿Cuál es el nombre del proveedor(es) de pensión?</p> <p>b) ¿Cuándo recibirá la(s) pensión(es)?</p>	<p>38. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-b</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>_____ (mm/dd/aaaa)</p>		
<p>39. ¿Está usted recibiendo o espera recibir Compensación para Trabajadores (WC)?</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-d:</p> <p>a) ¿Cuál es la compañía de seguros?</p> <p>b) ¿Cuál es el número de teléfono de la compañía de seguros?</p> <p>c) ¿Cuál es el número del caso si se conoce?</p> <p>d) ¿Cuál(es) es/son la(s) fecha(s) de su solicitud si se conoce?</p>	<p>39. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-d:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____ - _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) de: _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>a: _____ (mm/dd/aaaa)</p>		
<p>40. ¿Ha recibido o espera recibir algún pago de su último empleador que no sea su salario normal? (Ejemplos: pago por días feriados, pago de vacaciones, bonos, indemnización por despido sin previo aviso [severance pay], indemnización por despido [in-lieu-of-notice pay], etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su respuesta es sí, proporcione la información en las secciones A-D. Si usted recibió indemnización por despido sin previo aviso (severance pay) en un solo pago (lump sum), complete las secciones A-C (en la sección C, reporte la fecha que se efectuó el pago de la suma total).</p>			
<p>A.</p> <p>CLASE DE PAGO</p> <p>(Ejemplo: pago por vacación)</p>	<p>B.</p> <p>CANTIDAD DE PAGO</p> <p>(Ejemplo: \$600)</p>	<p>C.</p> <p>PAGO A PARTIR DE</p> <p>(Fecha: mm/dd/aaaa)</p>	<p>D.</p> <p>HASTA</p> <p>(Fecha: mm/dd/aaaa)</p>



Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____



1101I10

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

41D. <input type="checkbox"/> Registro de Entrada/Salida (I-94) 1) El Número de Entrada/Salida 2) Fecha de Vencimiento	41D. <input type="checkbox"/> Registro de Entrada/Salida (I-94) 1) _____ El Número de Entrada/Salida debe ser 11 dígitos de largo. Ingrese dígitos numéricos solamente. 2) _____ (mm/dd/aaaa)
41E. <input type="checkbox"/> Permiso de Reingreso (I-327) 1) Número de Registración como Extranjero (A#) 2) Fecha de Vencimiento	41E. <input type="checkbox"/> Permiso de Reingreso (I-327) 1) A# _____ El Número de Registración como Extranjero debe ser de 7 a 9 dígitos de largo. Ingrese dígitos numéricos solamente. 2) _____ (mm/dd/aaaa)
41F. <input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero no Vencido 1) Número de Salida/Entrada 2) Número de Pasaporte 3) Número de Visa 4) Fecha de Vencimiento	41F. <input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero no Vencido 1) _____ El Número de Entrada/Salida debe ser de 7 a 9 dígitos de largo. Ingrese dígitos numéricos solamente. 2) _____ El número de pasaporte debe ser de 6 a 12 caracteres alfanuméricos. Normalmente se encuentra en la parte superior derecha del documento. 3) _____ El Número de Visa debe ser 8 dígitos numéricos. 4) _____ (mm/dd/aaaa)
41G. <input type="checkbox"/> Registro de Entrada/Salida (I-94) de un Pasaporte Extranjero no Vencido 1) Número de Salida/Entrada 2) Número de Pasaporte 3) Número de Visa 4) Fecha de Vencimiento	41G. <input type="checkbox"/> Registro de Entrada/Salida (I-94) de un Pasaporte Extranjero no Vencido 1) _____ El Número de Entrada/Salida debe ser 11 dígitos de largo. Ingrese dígitos numéricos solamente. 2) _____ El número de pasaporte debe ser de 6 a 12 caracteres alfanuméricos. Normalmente se encuentran en la parte superior derecha del documento. 3) _____ El Número de Visa debe ser 8 dígitos numéricos. 4) _____ (mm/dd/aaaa)
41H. <input type="checkbox"/> Otro Documento (no indicado en las Secciones de A a G) 1) Número de Registración como Extranjero (A#) 2) Número de Entrada/Salida 3) Fecha de Vencimiento 4) Descripción del Documento	41H. <input type="checkbox"/> Otro Documento (no indicado en las Secciones de A a G) 1) A# _____ El Número de Registración como Extranjero debe ser de 7 a 9 dígitos de largo. Ingrese dígitos numéricos solamente. 2) _____ El Número de Entrada/Salida debe ser 11 dígitos de largo. Ingrese dígitos numéricos solamente. 3) _____ (mm/dd/aaaa) 4) Descripción del Documento: _____ _____ _____



1101I11

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

FORMULARIO SUPLEMENTARIO PARA EX MILITARES – ADJUNTO A

Por favor, consulte su formulario DD-214 (Miembro 4 o Servicio) para completar este formulario. Si tiene un formulario llamado NOAA 56-16, lo puede utilizar en lugar del formulario DD-214. Si prestó su servicio militar en la Fuerza Aérea y en la Fuerza Espacial, por favor, complete por separado un Adjunto A por cada división.

1. ¿A qué división de servicio militar pertenece?	1. <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> NOAA <input type="checkbox"/> Fuerza Espacial	
2. ¿Estuvo en las reservas militares?	2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Completó un primer término de servicio militar?	3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Cuál es el Número de Seguro Social que aparece en su formulario DD-214?	4. _____	
5. ¿Cuál es su grado de pago? (DD-214)	5. _____	
6. ¿Cuál es su fecha de inicio? (DD-214)	6. _____ (AAAA/MM/DD)	
7. ¿Cuál es su fecha de separación? (DD-214)	7. _____ (AAAA/MM/DD)	
8. ¿Cuál es su servicio activo neto? (DD-214)	8. _____ (AAAA/MM/DD)	
9. ¿Cómo se caracteriza su servicio? (DD-214)	9. <input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> General, bajo condiciones honorables <input type="checkbox"/> Dishonroso <input type="checkbox"/> No caracterizado o desconocido (espacio en blanco) <input type="checkbox"/> Mala conducta <input type="checkbox"/> Diferente de honorable	
10. ¿Cuál es la razón de la separación? (DD-214)	10. _____ _____	
11. ¿Cuál es su número de miembro en su DD-214 o su nombre de copia (copy name)? (Parte inferior derecha del formulario)	11. _____	
12. Reportar todas las fechas de tiempo perdido durante este periodo. (DD-214)	12.	DE: (AAAA/MM/DD)
		A: (AAAA/MM/DD)

<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si usted no tiene ningún tiempo perdido.		



1101I13

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ - ____ - ____

FORMULARIO SUPLEMENTARIO PARA ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR DESASTRE (DUA) – ADJUNTO D

Favor de contestar las siguientes preguntas si esta desempleado o esta parcialmente desempleado debido a un desastre y posiblemente sea elegible para beneficios de Asistencia de Desempleo por Desastre (DUA, por sus siglas en inglés):

1. ¿Esta usted desempleado(a) como resultado directo de un desastre reciente en California, tal como un terremoto, inundación, deslizamiento, incendio, etc?

Si su respuesta es sí:

- a) Identifique el tipo desastre.
- b) En el tiempo del desastre, ¿en qué condado residía usted?
- c) En el tiempo del desastre, ¿en qué condado trabajaba usted?
- d) En el tiempo del desastre, ¿era su desempleo a causa de su necesidad de viajar en el área del condado del desastre?

Si su respuesta es sí:

Identifique el condado o los condados de desastre que le impedían viajar a su trabajo.

- e) Marque la casilla con la cual mejor se identifica:

- f) Si usted seleccionó el artículo e1 ó e3, ¿cuántas horas por semana trabajaba antes del desastre?
- g) Si usted seleccionó el artículo e3 ó e4, describa brevemente como el desastre afectó su habilidad para continuar o comenzar su trabajo por cuenta propia.
- h) ¿Cuál es la dirección física de su negocio?

1. ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, conteste las preguntas a-d:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

- d) ☐ Sí ☐ No

- e) 1) ☐ Un empleado que no puede trabajar como resultado directo del desastre.
- 2) ☐ Una persona que estaba programada para comenzar a trabajar para un empleador, pero no pudo debido al desastre.
- 3) ☐ Una persona que trabaja por cuenta propia que no puede trabajar como resultado directo del desastre.
- 4) ☐ Una persona que intentaba comenzar a trabajar por cuenta propia, pero no pudo debido al desastre.
- 5) ☐ Una persona que es ahora cabeza de familia como resultado del desastre.

- f) _____
- g) _____

- h) Calle: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

FAVOR DE NO ENVIAR POR CORREO O FAX ESTA HOJA

COMO PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD DE BENEFICIOS:

Favor de repasar detenidamente su solicitud para asegurar de que esté llenada de manera completa. Una solicitud incompleta podría demorar o prevenir la tramitación de su solicitud, u ocasionar que se le nieguen los beneficios.

Envíe su solicitud de beneficios incluyendo cualquier adjunto(s) correspondiente(s) por correo o fax a:

Por CORREO a la siguiente dirección:	EDD PO Box 989738 West Sacramento, CA 95798-9738 AVISO: Se requiere franqueo adicional.
Por FAX al siguiente número de teléfono:	1-866-215-9159

Una vez que presente su solicitud de beneficios, permita 10 días para su tramitación. Recibirá información del Seguro de Desempleo (UI) por correo. Si no ha recibido la información del Seguro de Desempleo después de 10 días de la fecha que envió su solicitud, llame a uno de los siguientes números telefónicos gratuitos.

inglés 1-800-300-5616	español 1-800-326-8937	TTY (No Voz) 1-800-815-9387
-----------------------	------------------------	-----------------------------

Fecha de envió: _____ por ☐ Correo ☐ Fax

ESTA HOJA ES PARA SUS ARCHIVOS