

**MUESTRA**, este formulario es solo para referencia.



Fecha de Envío:

Sólo para uso del personal:

**NÚMEROS DE TELÉFONOS DEL EDD:**

INGLÉS	1-800-300-5616
ESPAÑOL	1-800-326-8937
TTY (no-voz)	1-800-815-9387

## **PETICIÓN DE INFORMACIÓN PARA ELEGIBILIDAD INASISTENCIA A UN SERVICIO ADICIONAL OBLIGATORIO**

Para ser elegible para beneficios del Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) usted debe presentarse a todas las entrevistas y/o citas que el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés) le programe a usted para poder ayudarle a regresar a trabajar. Usted no asistió al servicio de reemplazo adicional obligatorio el \_\_\_\_\_ al cual usted había acordado en asistir cuando usted firmó el plan de reemplazo. La razón por la cual usted no asistió podría afectar su elegibilidad para recibir beneficios.

Indique por qué usted no asistió al servicio adicional que se le programó marcando la casilla correspondiente referente a la(s) razón(es) por la cual usted no asistió a los servicios adicionales, en el reverso de este formulario. Si usted estaba trabajando o si tuvo una entrevista de empleo el día que se le programó el servicio adicional o si tiene una fecha futura para regresar a trabajar, proporcione toda la información solicitada en la pregunta #1, en el reverso de este formulario. Si usted no trabajó o si asistió a una entrevista de empleo, conteste la pregunta #2 y proporcione una explicación completa de la razón por la cual usted no asistió a la cita de servicio adicional. Adjunte hojas adicionales, si es necesario, para proporcionar una explicación completa y siempre incluya su número de Seguro Social en cada hoja. Nosotros no nos comunicaremos con usted para solicitar más información antes de emitir una decisión, por ello, es muy importante que usted nos proporcione una explicación completa detallando por qué no asistió. **La información que usted proporcione servirá para determinar si a usted se le pueden pagar beneficios del Seguro de Desempleo.**

**FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO QUE CORRESPONDAN A USTED Y ENVÍELO POR CORREO POSTAL A LA DIRECCIÓN QUE SE INDICA ARRIBA EN UN PLAZO DE 10 DÍAS DE CALENDARIO DE LA FECHA DE ENVÍO DE ESTA NOTIFICACIÓN. EL NO COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD EN UN PLAZO DE 10 DÍAS PODRÍA RESULTAR EN LA NEGACIÓN DE BENEFICIOS EN LA SEMANA QUE USTED NO ASISTIÓ A LA CITA.**

1.  **¿Trabajó usted el día del servicio adicional o asistió a una entrevista de empleo el día del servicio adicional?**    Sí     No

Si contestó sí, conteste las preguntas A ó B. Asegure de proporcionar la información correcta que se le solicita a continuación. El Departamento posiblemente podría ponerse en contacto con el empleador para verificar la información proporcionada. Si no podemos verificar la información, se negaran los beneficios.

A. Proporcione la siguiente información:

- Nombre del empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_

B. Si usted asistió a una entrevista de empleo, **también** proporcione la siguiente información:

- Puesto de empleo para el cual solicitó: \_\_\_\_\_
- Nombre de la persona que lo entrevistó: \_\_\_\_\_

C. Si usted tiene una fecha definitiva para regresar a trabajar en el futuro, proporcione la fecha en la cual comenzará a trabajar \_\_\_\_\_ y la siguiente información:

- Nombre del empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_

2.  **Si usted no trabajó o tuvo una entrevista de empleo el día del servicio adicional, explique por qué usted no asistió al servicio adicional contestando las siguientes preguntas.**

A. Explique en detalle la situación que le impidió asistir al servicio de reemplazo adicional.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. ¿En qué fecha y a qué hora comenzó la situación que le causó a usted el no poder asistir al servicio de reemplazo?

¿En qué fecha y a qué hora terminó la situación, o en qué fecha o a qué hora anticipa usted que terminará la situación?

\_\_\_\_\_

C. ¿Trató usted de resolver esta situación para poder asistir al servicio de reemplazo?    Sí     No   
Si contestó sí, ¿qué pasos tomó usted?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. ¿Podría usted haber trabajado el día del servicio de reemplazo si hubiera trabajo disponible a usted o si se le hubiera ofrecido trabajo ese día?    Sí     No

Entiendo que la ley proporciona sanciones si hago declaraciones falsas u oculto información para recibir beneficios. Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
**ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**