

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO		ESTADO DE ARKANSAS "DIVISION DE SERVICIOS LABORALES"	
INFORMACIÓN DEL APLICANTE (Información marcada con un asterisco (*) debe ser contestada)			
FECHA DE HOY:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	EFFECTIVE DATE: (Local Office Only) FECHA EFECTIVA (Sólo Oficina Local)	
* ¿Ha presentado un reclamo de desempleo en otro estado aparte de Arkansas en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No * ¿En qué Estado? _____			
* NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	* APELLIDO:	
Dirección Postal: * DIRECCIÓN – Línea 1:		DIRECCIÓN – Línea 2:	
* CIUDAD:	* ESTADO:	* CÓDIGO POSTAL:	
Dirección Física (Si es distinta a la anterior) DIRECCIÓN – Línea 1:		DIRECCIÓN – Línea 2:	
CIUDAD:		Código Postal:	
* Estado de Residencia:	* Condado de Residencia:	Dirección de Correo Electrónico:	
TELÉFONO RESIDENCIAL: ()	TELÉFONO MÓVIL: ()	SÓLO MENSAJES: ()	
* FECHA DE NACIMIENTO	* GÉNERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	* AÑOS DE EDUCACIÓN:	
ÉTNICIDAD: <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano			
RAZA: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o habitante de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (Birracial o Multirracial)			
¿Es usted discapacitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		* ¿Ha trabajado usted en otro estado(s) en los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
* ¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, indique los Estados:	
Si no es ciudadano, ¿tuvo autorización para trabajar en los Estados Unidos durante los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		_____	
En caso afirmativo, Número del Permiso: _____		_____	
¿Ha trabajado usted en una Institución Educativa durante los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ¿Tiene un acuerdo escrito, verbal o implícito para retomar su trabajo el próximo semestre o término escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso negativo, ¿Se encuentra entre términos / semestres / trimestres, en días festivos o en receso de primavera con una garantía razonable para regresar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR (Empleador actual, si está trabajando – o – si no está trabajando, del último empleador)			
* NOMBRE DEL EMPLEADOR:	ACCOUNT NUMBER: (Local Office Only) NÚMERO DE CUENTA: (Sólo Oficina Local)	UNIT NUMBER: (Local Office Only) NÚMERO UNIDAD: (Sólo Oficina Local)	
* NOMBRE DE LA CALLE:			
* CIUDAD:	* ESTADO:	* CONDADO:	* CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO EMPLEADOR:	FECHA DEL PRIMER DÍA DE TRABAJO EN SU ÚLTIMO EMPLEO:	FECHA DEL DÍA EN QUE SU TRABAJO TERMINÓ:	
¿Tiene fecha para retornar al trabajo o para comenzar un nuevo trabajo, dentro de 10 semanas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, fecha en que debe retornar al trabajo: _____			
* La jornada en su último trabajo fue: <input type="checkbox"/> 1 - Tiempo completo (40 horas) <input type="checkbox"/> 2 - Tiempo parcial (menos de 40 horas) <input type="checkbox"/> 3 - Temporal (120 días o menos)			
* Tipo de separación: Cese Laboral: <input type="checkbox"/> Clima <input type="checkbox"/> Falta de trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo concluido <input type="checkbox"/> Cierre del negocio	Renuncia: <input type="checkbox"/> Emergencia Personal <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> General	Despido: <input type="checkbox"/> Por dormir <input type="checkbox"/> Pelea/ Querella <input type="checkbox"/> Ausentismo/Tardanza <input type="checkbox"/> Insubordinación <input type="checkbox"/> Prueba de droga/alcohol <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Militar	Empleado de escuela: <input type="checkbox"/> Receso de Primavera <input type="checkbox"/> Receso de Verano <input type="checkbox"/> Días Festivos
Otro <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Trabajo compartido <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Cierre patronal <input type="checkbox"/> Licencia Médica Familiar <input type="checkbox"/> Reducción de tiempo completo (40 horas)		<input type="checkbox"/> Ausencia Médica <input type="checkbox"/> Huelga <input type="checkbox"/> Días Festivos <input type="checkbox"/> Todavía trabajo una jornada parcial	
* ¿Ha tenido usted trabajo de algún tipo desde su ÚLTIMO EMPLEO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
* ¿Trabajó para una agencia de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
* La ocupación específica que desempeño en su último empleo: _____			
* ¿Qué tipo de trabajo ejerció en su último empleo? _____			

EMPLEADOR ADICIONAL (*Esta Información Debe Ser Completada)

* NOMBRE DEL EMPLEADOR:	NÚMERO DE CUENTA: (Sólo Oficina Local)	NÚMERO UNIDAD: (Sólo Oficina Local)
--------------------------------	---	--

*** NOMBRE DE LA CALLE:**

* CIUDAD:	* ESTADO:	* CONDADO:	* CÓDIGO POSTAL:
------------------	------------------	-------------------	-------------------------

TELÉFONO EMPLEADOR:	FECHA ORIGINAL DE CONTRATACIÓN:	FECHA QUE FINALIZÓ ÚLTIMO TRABAJO:
----------------------------	--	---

¿Tiene fecha para volver al trabajo o comenzar un nuevo trabajo dentro de 10 semanas? Si No
 Si es Sí, fecha en que debe regresar al trabajo:

* Su último trabajo fue: 1 - Tiempo completo (40 horas) 2 - Tiempo parcial (menos de 40 horas) 3 - Temporal (120 días o menos)

* Tipo de separación:	Renuncia:	Despido:	Empleado de escuela:	Otro	
Cese Laboral:	<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Por dormir	<input type="checkbox"/> Receso de Primavera	<input type="checkbox"/> Suspensión	<input type="checkbox"/> Ausencia Médica
<input type="checkbox"/> Clima	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Pelea/ Querella	<input type="checkbox"/> Receso de Verano	<input type="checkbox"/> Trabajo compartido	<input type="checkbox"/> Huelga
<input type="checkbox"/> Falta de trabajo	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Ausentismo/Tardanza	<input type="checkbox"/> Días Festivos	<input type="checkbox"/> Vacaciones	<input type="checkbox"/> Días Festivos
<input type="checkbox"/> Trabajo concluido	<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Insubordinación		<input type="checkbox"/> Cierre patronal	<input type="checkbox"/> Todavía trabajo una jornada parcial
<input type="checkbox"/> Cierre del negocio		<input type="checkbox"/> Prueba de droga/alcohol		<input type="checkbox"/> Licencia Médica Familiar	
		<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Militar		<input type="checkbox"/> Reducción de tiempo completo (40 horas)	

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD (Información marcada con un asterisco (*) debe ser contestada)

<p>* ¿Desea que se le retengan los Impuestos Federales a sus beneficios pagados semanalmente a una tarifa del 10%? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>*Tiene usted derecho o está recibiendo alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> *Pago por vacaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Pagos por Días de Enfermedad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Pagos de Indemnización <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Pagos de Ganancias de Acciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *Pagos de Días Libres Pagados <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <p>* ¿Está usted recibiendo o ha solicitado una pensión, anualidad o jubilación a antiguos empleadores? (sin incluir el seguro social). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* ¿Puede comenzar a trabajar inmediatamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* ¿Puede trabajar a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* ¿Posee un medio de transporte fiable para ir a su trabajo o ha hecho arreglos para ir y venir del trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* ¿Tiene alguna discapacidad que limite su capacidad para realizar funciones laborales normales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* ¿Trabaja por cuenta propia, por comisión, en agricultura, o presta servicios que le impiden buscar trabajo o aceptar uno? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>* ¿Tiene usted hijos u otros que requieren cuidado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* En caso afirmativo, ¿Han hecho los arreglos para el cuidado de sus dependientes, si usted encontrara trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha rechazado algún trabajo desde que está desempleado/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está usted asistiendo a la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso negativo, ¿Está planificando asistir a la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indeciso</p> <p>En caso afirmativo, ¿Tiene fecha para ingresar a la escuela en el futuro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* ¿Ha trabajado en Empleo Federal en los últimos 18 meses? (No incluir el Servicio Militar) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* En caso afirmativo, *1) ¿Tiene copia de su SF-8 o SF-50? (Formulario 931 ES) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>*2) ¿Tiene comprobante de su último ingreso? (Formulario 935 ES) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* ¿Ha estado en el Servicio Militar activo en los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* En caso afirmativo, ¿tiene copia de su DD-214? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* En caso afirmativo, el Formulario 970 es requerido</p> <p>* En caso negativo, el formulario MA-843 es requerido</p> <p>* ¿Obtiene usted trabajo por medio de un Sindicato? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>* En caso afirmativo, Nombre: _____</p> <p>Número Local: _____</p> <p>* ¿Están pagadas las cuotas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

Por la presente me registro para buscar trabajo y presento notificación de desempleo, y solicito una determinación de mis derechos a beneficios según a la ley de la "División de Servicios Laborales." Certifico que la información entregada en este formulario es correcta y entiendo que se imponen penalidades por dar declaraciones falsas o dejar de divulgar hechos materiales para obtener beneficios.

Firma:	Fecha:
--------	--------

LOCAL OFFICE USE ONLY
SÓLO PARA USO DE LA OFICINA LOCAL

REQUALIFYING WAGES <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	RETURN DATE:	CONTROL DATE:	INTERVIEWERS INITIAL
---	--------------	---------------	----------------------