Solicitud de beneficios del programa de desempleo de Oregón

Este formulario es una alternativa a Frances en Línea (frances.oregon.gov) y al Centro de Contacto de UI (877-345-3484). Utilícelo sólo si no puede usar Frances en Línea ni comunicarse.

REGISTRO DEL SOLICITANTE

Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:
Si sus empleadores actuales o anteriores lo conocen con otro nombre, anótelo:		
Fecha de nacimiento:	¿Es ciudadano estadounidense? □ Sí □ No	
¿Está autorizado para trabajar? □ Sí □ No Si la respuesta es "Sí," incluya copias de los documentos de autorización para trabajar junto con la solicitud.		
Número de licencia de conducir y estado:	Dirección de correo electrónico:	

IDENTIFICACIÓN

NOTA: Debe anotar su número de Seguro Social a fin de verificar su identidad. Para nosotros es importante proteger su información personal. Verificamos todos los números de seguro social por medio de una búsqueda coincidente computarizada en la Administración del Seguro Social. Su solicitud del programa de desempleo no puede completarse si esta coincidencia no es satisfactoria. El Código de Impuestos Internos y las Reglas Administrativas de Oregón exigen que divulgue su número de Seguro Social cuando solicite una compensación por desempleo. El número de Seguro Social se utilizará para declarar sus beneficios al Servicio de Impuestos Internos y al Departamento de Impuestos de Oregón puesto que se trata de ingresos gravables. El número se enviará a la Administración del Seguro Social con el objeto de identificar la verificación. De igual manera, el número se utilizará como un registro para procesar su solicitud, obtener datos estadísticos, registrarlo en nuestro sistema electrónico de coincidencias laborales y se compartirá con los Socios de WorkSource para brindar servicios integrales. El número podrá usarse en actividades de cobranza de deudas de dependencias estatales y podrá enviarse a U.S. Bank para que se le emita una tarjeta ReliaCard® VISA si usted selecciona ReliaCard® para efectos del pago de beneficios.

Número de Seguro Social:

DATOS INICIALES DE LA SOLICITUD

Usted está obligado a decir la verdad en esta solicitud.

La información que proporcione se utilizará a fin de determinar su elegibilidad para recibir los beneficios del Programa de Desempleo. Es muy importante que brinde información cierta y precisa en la solicitud. Podrán aplicarse sanciones adicionales si declara intencionalmente información falsa o no suministra deliberadamente información cierta y precisa para que pueda recibir los beneficios. La omisión de responder a todas las preguntas puede demorar el proceso de la solicitud u ocasionar que la solicitud se le devuelva por correo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección postal:		Ciudad:	
Estado:	Código postal (ZIP):	□ Marque aquí si la dirección física es la misma que la dirección postal.	
Dirección física:		Ciudad:	Estado:
Código postal (ZIP):	Número telefónico:	Número telefónico para mensajes:	

Opción de entrega postal: Las opciones de entrega postal determinarán la manera en que recibirá la correspondencia y cuál es su idioma de preferencia. Así mismo, puede cambiar en cualquier momento las preferencias por medio del siguiente enlace frances.oregon.gov.	□ Papel □ Electrónica
¿Requiere la información en un idioma distinto al inglés para entender nuestros servicios?	□ Sí □ No
Si la respuesta es "Sí," anote su idioma principal:	

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

En los últimos 12 meses, ¿ha presentado una solicitud de beneficios en cualquier otro estado distinto de Oregón?	□ Sí □ No
Anote el estado donde se ubica físicamente en la actualidad.	
¿Recibe o recibirá pensión de jubilación (distinta a la del Seguro Social) en los próximos 12 meses?	□ Sí □ No
¿Es miembro de algún sindicato que le permite buscar trabajo sólo por medio de su sala de contratación sindical o que le obliga a buscar trabajo sólo con los empleadores del sindicato?	□ Sí □ No
Si es miembro de un sindicato, ¿cuál es el nombre y el número de su sindicato?	
En los últimos 18 meses: ¿trabajó en Oregón? □ Sí □ No ¿trabajó fuera del estado de Oregón?	□ Sí □ No
¿Realizó algún servicio militar activo de 180 días o más, distinto al entrenamiento con una Guardia Nacional o unidad de reserva?	□ Sí □ No
NOTA: Puede adjuntar una copia de su DD-214 miembro 2, 3 o 4. Esto es opcional. Sin embargo, anexar una copia clara y sin alteraciones de su DD-214 nos puede permitir sumar más rápido salarios militares a su solicitud.	
¿Trabajó como marinero de la Marina Mercante Estadounidense?	□ Sí □ No

OCUPACIÓN PRINCIPAL

¿Cuál es su ocupación principal?	
¿Busca o está dispuesto a aceptar este tipo de trabajo ahora?	□ Sí □ No
Si la respuesta es "No," explique los motivos y especifique qué tipo de trabajo busca ahora. No anote "cualquiera:"	

PREGUNTAS SOBRE ELEGIBILIDAD

NOTA: La elegibilidad para recibir los beneficios requiere que esté dispuesto a aceptar y esté disponible para realizar trabajos de tiempo completo o de medio tiempo.	
¿Está dispuesto a trabajar tiempo completo y medio tiempo?	□ Sí □ No
Si la respuesta es "No," explique los motivos:	
NOTA: La elegibilidad para recibir los beneficios requiere que esté dispuesto a trabajar y esté disponible para trabajar durante todos los días y horarios habituales en el tipo de trabajo que busca.	
¿Está dispuesto a trabajar durante todos los días y horarios normales para ese tipo de trabajo?	□ Sí □ No
Si la respuesta es "No," explique los motivos:	
¿Cuál era su salario o sueldo cuando trabajó por última vez en su ocupación principal? $ por	

¿Está dispuesto a aceptar la misma tarifa de pago por el trabajo futuro?	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "No," explique los motivos y anote la tarifa más baja que está dispuesto a aceptar:	
¿Hay algún motivo por el cual no pueda empezar a trabajar tiempo completo ahora? *(Ejemplos: trabajo por cuenta propia, lesión, enfermedad, cuidado de menores de edad, transporte, etc.)*	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí," explique los motivos:	
¿Rechazó algún trabajo desde la última vez que laboró?	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí", explique los motivos:	
¿Asiste a la escuela? ☐ No ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo Si respondió tiempo completo o medio tiempo, ¿la asistencia a la escuela es por motivo de capacitación de aprendiz o para mejorar sus destrezas laborales a fin de conseguir oportunidades laborales a largo plazo?	
En los últimos 18 meses, ¿trabajó para más de un empleador?	☐ Sí ☐ No
¿Trabaja por cuenta propia?	☐ Sí ☐ No
¿Trabajó como atleta profesional durante los últimos 18 meses?	☐ Sí ☐ No
¿Está empleado actualmente?	☐ Sí ☐ No
¿No puede desempeñar algún trabajo debido a enfermedades o lesiones durante un período mayor de un trimestre calendario en los últimos 18 meses?	☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez sirvió a las Fuerzas Armadas Estadounidenses?	☐ Sí ☐ No

La información de empleadores empieza en la siguiente página.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Si es necesario enumerar más empleadores, saque copias de esta página y adjúntelas a esta solicitud. Esta información se verificará con los empleadores. Así mismo, notificaremos a todos los empleados con los que laboró durante los últimos 18 meses.

NOTA: Si es empleado por cuenta propia, detalle a sus empleadores como "empleado por cuenta propia."

EMPLEADOR #1:	Nombre del empleador más reciente:	
Fecha de inicio del empleo:	Último día de trabajo:	
Ganancias brutas totales durante los últimos 18 meses o cálculo aproximado:		
¿Laboró para este empleador en un estado distinto de Oregón en los dos últimos años? □ Sí □ No		
¿Este empleador es una dependencia del gobierno federal? □ Sí □ No (Si la respuesta es "No," vaya al campo "Dirección postal del empleador) ¿Su último sitio de destino fue en Estados Unidos de América? □ Sí □ No ¿En qué estado fue su último sitio de destino oficial? _____ ¿Laboró para un empleador diferente en su estado de residencia desde su último trabajo para el gobierno federal? □ Sí □ No		
Dirección postal del empleador:	Línea 1 para la dirección completa:	
Línea 2 para la dirección completa:		
Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):
□ Marque aquí si la dirección postal es la misma donde laboró:		
Dirección donde laboró:	Línea 1 para la dirección completa:	
Línea 2 para la dirección completa:		
Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):
Número telefónico del empleador:	Puesto:	
Responsabilidades laborales:		
Última tarifa de pago: $ por	¿Aún trabaja para este empleador? □ Sí □ No	
Si no es así, ¿por qué ya no trabaja para este empleador? □ Liquidado o despedido □ Renuncia voluntaria □ Cesado por falta de trabajo □ Suspendido □ Cesado temporalmente debido a falta de trabajo		
Si está desempleado temporalmente, ¿cuándo espera regresar a trabajar tiempo completo?		

EMPLEADOR #2:	Nombre del empleador más reciente:	
Fecha de inicio del empleo:	Último día de trabajo:	
Ganancias brutas totales durante los últimos 18 meses o cálculo aproximado:		
¿Laboró para este empleador en un estado distinto de Oregón en los dos últimos años? ☐ Sí ☐ No		
¿Este empleador es una dependencia del gobierno federal? ☐ Sí ☐ No		
Dirección postal del empleador:	Línea 1 para la dirección completa:	
Línea 2 para la dirección completa:		
Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):
☐ Marque aquí si la dirección postal es la misma donde laboró:		
Dirección donde laboró:	Línea para la dirección completa:	
Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):
Número telefónico del empleador:	Puesto:	
Responsabilidades laborales:		
Última tarifa de pago: $ por	¿Aún trabaja para este empleador? ☐ Sí ☐ No	
Si no es así, ¿por qué ya no trabaja para este empleador? ☐ Liquidado o despedido ☐ Renuncia voluntaria ☐ Cesado por falta de trabajo ☐ Suspendido ☐ Cesado temporalmente debido a falta de trabajo		
Si está desempleado temporalmente, ¿cuándo espera regresar a trabajar tiempo completo?		

EMPLEADOR #3:	Nombre del empleador más reciente:	
Fecha de inicio del empleo:	Último día de trabajo:	
Ganancias brutas totales durante los últimos 18 meses o cálculo aproximado:		
¿Laboró para este empleador en un estado distinto de Oregón en los dos últimos años? ☐ Sí ☐ No		
¿Este empleador es una dependencia del gobierno federal? ☐ Sí ☐ No		
Dirección postal del empleador:	Línea 1 para la dirección completa:	
Línea 2 para la dirección completa:		
Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):
☐ Marque aquí si la dirección postal es la misma donde laboró:		
Dirección donde laboró:	Línea para la dirección completa:	
Ciudad:	Estado:	Código postal (ZIP):
Número telefónico del empleador:	Puesto:	
Responsabilidades laborales:		
Última tarifa de pago: $ por	¿Aún trabaja para este empleador? ☐ Sí ☐ No	
Si no es así, ¿por qué ya no trabaja para este empleador? ☐ Liquidado o despedido ☐ Renuncia voluntaria ☐ Cesado por falta de trabajo ☐ Suspendido ☐ Cesado temporalmente debido a falta de trabajo		
Si está desempleado temporalmente, ¿cuándo espera regresar a trabajar tiempo completo?		

RETENCIÓN DE IMPUESTOS

AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN DE IMPUESTOS

Cualquier beneficio del programa de desempleo que reciba es un ingreso completamente gravable que obliga a la presentación de una declaración fiscal. Es necesario que realice pagos fiscales estimados. Si desea más información sobre los pagos fiscales estimados, comuníquese al Servicio de Impuestos Internos. Si desea información sobre impuestos estatales, comuníquese al Departamento de Impuestos de Oregón. Puede optar por solicitar que se le retenga 10% de sus beneficios por impuestos federales y/o 6% por impuestos estatales.

¿Cómo le gustaría que nosotros administremos las retenciones fiscales de sus pagos futuros? Seleccione una opción:

- ☐ Quiero que se retenga 10% de impuestos federales y 6% de impuestos estatales de ingresos personales de mis pagos de beneficios.
- ☐ Sólo quiero que se retenga 10% de mis pagos de beneficios por impuestos de ingresos federales.
- ☐ Sólo quiero que se retenga 6% de mis pagos de beneficios por impuestos de ingresos personales estatales.
- ☐ No quiero que se retengan impuestos de mis pagos de beneficios.

Esta autorización tendrá vigencia por la duración de esta solicitud hasta que el Departamento de Empleo de Oregón haya recibido notificación por escrito de la terminación por parte de usted.

RECEPCIÓN DE SUS BENEFICIOS

¿Cómo le gustaría recibir los pagos de beneficios en caso de que sean aprobados? Debe leer el acuerdo de U.S. Bank ReliaCard® al final de este documento, puesto que es el método de pago de respaldo si no podemos utilizar el depósito directo para enviarle los beneficios.

Le enviaremos una tarjeta ReliaCard al momento de procesar su solicitud. Si desea solicitar un depósito directo, complete la siguiente solicitud.

- ☐ Depósito directo
- ☐ Tarjeta de débito (ReliaCard®)

Información de cuenta bancaria:

Número de ruta: _____

Número de cuenta: _____

Revise el acuerdo adjunto de ReliaCard® y divulgación para más detalles e información.

AÑO BASE ALTERNO

A fin de calificar para presentar una solicitud del programa de desempleo, debe contar con los salarios y horas suficientes en su año base. El año base regular corresponde a los primeros cuatro de los últimos cinco trimestres calendario que se hayan completado a la fecha en que presente la solicitud.

Si no califica para presentar una solicitud de año base regular en Oregón o en cualquier otro estado donde trabajó durante el año base, la solicitud se volverá a determinar usando los salarios más recientes y nosotros presentaremos una solicitud de año base alterno para Oregón.

La solicitud de año base alterno utiliza los salarios y las horas de los últimos cuatro trimestres calendario que se hayan completado a la fecha en que presente la solicitud. Información sobre solicitudes de año base alterno:

Usted no es elegible para presentar una solicitud de año base alterno si califica usando el año base regular. Buscaremos cualquier salario faltante posible. Si más adelante encontramos más salarios y horas en el año base regular, cambiaremos la solicitud de año base alterno al año base regular. Esto puede cambiar la cantidad de sus beneficios.

En el caso de una solicitud de año base alterno, omitiremos el trimestre más antiguo de salarios y horas de la solicitud y sumaremos el trimestre más reciente completado de salarios y horas.

Si presenta una solicitud de año base alterno ahora, no puede reutilizar este trimestre más reciente de salarios en cualquier solicitud futura. Una solicitud posterior puede basarse sólo en tres trimestres calendario de salarios y horas.

DIVULGACIÓN VOLUNTARIA

Sus respuestas en esta sección no se utilizarán para tomar decisiones sobre su solicitud. A fin de ayudarnos a entender mejor las diferentes comunidades a las cuales servimos, lo exhortamos a responder a las siguientes preguntas demográficas. Puede seleccionar la opción “Prefiero no responder” en cualquiera de las preguntas.

¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- ☐ Sin escolaridad
- ☐ Menor a preparatoria
- ☐ Algunos estudios de preparatoria, sin certificado
- ☐ Preparatoria, incluye GED o equivalente
- ☐ Escuela técnica, de oficios o vocacional
- ☐ Cierta educación universitaria o título de asociado
- ☐ Licenciatura
- ☐ Estudios de posgrado
- ☐ Prefiero no responder

¿Tiene alguna discapacidad?

Se consideraría que es discapacitado si tiene alguna discapacidad física, intelectual y/o de desarrollo o enfermedad que limite sustancialmente una actividad mayor o si tiene un historial o registro de discapacidad o enfermedad. Esto incluye también si se estima que tiene alguna discapacidad.

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Cuál es su estado de veteranía o militar?

- ☐ Soy Veterano de las Fuerzas Armadas Estadounidenses, Reservas Militares o Guardia Nacional
- ☐ Estoy activo en las Fuerzas Armadas Estadounidenses, Reservas Militares o Guardia Nacional
- ☐ No soy veterano o no tengo un estado militar
- ☐ Prefiero no responder

¿Cuál de las siguientes opciones lo describen mejor? *Seleccione todas las opciones aplicables.*

- ☐ Indio-americano, estadounidense nativo o nativo alasqueño
- ☐ Asiático
- ☐ Afroamericano
- ☐ Hispano, latino, latina, latinx
- ☐ Nativo hawaiano, isleño del Pacífico
- ☐ Caucásico
- ☐ Del Medio Oriente / África del Norte
- ☐ Seleccione para describirse a usted mismo
- ☐ Prefiero no responder

¿Es hispano, latino, latina, latinx o español? *Seleccione una respuesta.*

- ☐ Sí, soy hispano, latino, latina, latinx o español
- ☐ No, no soy hispano, latino, latina, latinx o español
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ No estoy seguro

¿Cuál es su sexo?

☐ Mujer/femenino ☐ Hombre/masculino ☐ Prefiero no responder

¿Es transgénero?

☐ Sí ☐ No ☐ Aún me cuestiono / en etapa de exploración ☐ Prefiero no responder
☐ No sé a qué se refiere esta pregunta

¿Cuál es su género? *Seleccione todas las opciones aplicables.*

- ☐ Agénero/sin género
- ☐ No binario
- ☐ Mujer/niña
- ☐ Hombre/niño
- ☐ Otro género no listado
- ☐ Aún me cuestiono / en etapa de exploración
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ No sé a qué se refiere esta pregunta

¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? *Seleccione todas las opciones aplicables.*

- ☐ Asexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Gay
- ☐ Lesbiana
- ☐ Pansexual
- ☐ Queer
- ☐ Aún me cuestiono / en etapa de exploración
- ☐ Amante del mismo género
- ☐ Amante del mismo sexo
- ☐ Heterosexual (con atracción hacia o sólo hacia otros géneros o sexos)
- ☐ Otra orientación sexual no listada
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ No sé a qué se refiere esta pregunta

CERTIFICACIÓN

Lea la siguiente certificación antes de presentar la solicitud de beneficios.

1. Certifico bajo pena de perjurio que soy ciudadano estadounidense o estuve autorizado legalmente para trabajar en Estados Unidos durante las semanas que solicito los beneficios.
2. Entiendo las preguntas que se me han hecho. Mis respuestas son ciertas a mi real saber y entender.
3. Entiendo que la ley impone sanciones por emitir declaraciones falsas con la intención de obtener beneficios conforme al Programa de Desempleo.
4. Al momento de solicitar los beneficios del Programa de Desempleo en línea o en un teléfono de tonos, acepto la responsabilidad de la seguridad de mi número de identificación personal (NIP). Notificaré al Departamento de Empleo de Oregón que cambie mi NIP si lo olvidé o si alguien más lo llega a saber.
5. Con la presentación de esta solicitud, por este medio me registro para trabajar y solicito una determinación inicial de los beneficios que potencialmente se me pagarían. Autorizo al Departamento de Empleo de Oregón para obtener y usar la información de cualquier fuente que proporcione a fin de administrar las actividades de desempleo y de servicio de empleo.
6. **Aviso de elegibilidad: Sus requisitos de búsqueda de trabajo**

   El incumplimiento en la búsqueda de trabajo conforme a lo exigido derivará en la negación de beneficios.

   Por cada semana que solicite los beneficios, usted debe cumplir con lo siguiente:

   - Estar capaz física y mentalmente para trabajar.
   - Estar disponible para trabajar tiempo completo, medio tiempo y de manera temporal — generalmente durante los días y los horarios normales para su tipo de trabajo
   - Buscar activamente trabajo en puestos para los cuales puede ser contratado

A fin de que se considere que usted busca activamente trabajo, debe ponerse en contacto directo con dos empleadores Y realizar tres actividades adicionales de búsqueda de trabajo por cada semana que presente la solicitud. Debe ponerse en contacto directo con los empleadores para solicitar o presentar una solicitud de empleo según lo que prefiera el empleador.

Debe registrar lo siguiente:

- Fecha en que se puso en contacto.
- Nombre, número telefónico y dirección de la compañía o número de identificación de la oferta de empleo en línea.
- Persona contactada (de ser aplicable).
- Cómo se puso en contacto con la compañía (vía telefónica, presentación de currículum, solicitud en línea, correo electrónico, etc.).
- Tipo de trabajo o puesto solicitado.
- Resultado del contacto (presentación de solicitud, contratado, no contratado, entrevistado, sin respuesta, etc.).

Sus actividades adicionales de búsqueda de trabajo pueden incluir más contactos de empleadores, actualización de su currículum o búsqueda en bolsas de trabajo. Lleve un registro de las fechas y cuáles fueron sus actividades.

Las siguientes situaciones no son comunes:

En caso de que sea miembro en regla de un sindicato que no le permita buscar trabajo no sindical, se considerará que busca activamente trabajo si permanece en la lista de desempleados de su sindicato, permanece en contacto con el sindicato y es capaz de aceptar y presentarse para trabajar cuando el sindicato lo coloque.

Puede estar desempleado temporalmente si ha sido cesado o se le redujeron las horas y espera retornar a trabajar con el mismo empleador. Debe regresar a trabajar tiempo completo o en un trabajo que pague más que la cantidad mensual de sus beneficios semanales.

No deben transcurrir más de cuatro semanas completas desde la última vez que trabajó tiempo completo o ganó más de la cantidad semanal de sus beneficios.

□ ACEPTO LAS DECLARACIONES ANTERIORES

Firma:	Fecha:

INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE DEBE CONOCER

Una vez procesada la solicitud, Frances en Línea es la vía más rápida para realizar diversas funciones de solicitud, incluyendo presentación de solicitudes semanales, reinicio de una solicitud después de una pausa en la presentación de solicitudes, visualización del estado de solicitudes, cambio de domicilio y registro para recibir depósitos electrónicos. Visite frances.oregon.gov.

Los registros de solicitudes de desempleo son confidenciales. No brindaremos información sobre su solicitud a nadie que se comunique a menos de que usted ya nos haya otorgado la autorización firmada donde permita a esa persona realizar consultas en su representación.

SIGUIENTES PASOS

Esto es lo que necesita hacer.

Presente la solicitud de beneficios por cada semana que permanezca desempleado. La semana empieza el domingo y termina el sábado. A la primera semana en que realiza la presentación se le denomina “semana de espera.” No recibirá beneficios por esta semana, pero debe presentar la solicitud a fin de recibir pagos futuros. La sola presentación de una solicitud inicial no establece un crédito de una semana en espera. La semana en espera debe solicitarse como cualquier otra semana.

Puede presentar un reclamo semanal en Frances en Línea. Es la manera más rápida de presentar la solicitud. El sistema puede manejar muchas funciones de solicitudes y preguntas sobre su solicitud. De igual manera, puede realizar la solicitud vía telefónica. En el manual del solicitante se explican los detalles al respecto.

Es necesario que se registre en iMatchSkills y cuente con una revisión individual por parte del personal del Centro de WorkSource. iMatchSkills es la herramienta del Departamento de Empleo de Oregón que lo conecta con los empleadores de contratación. En unos días recibirá una carta describiéndole cómo registrarse y completar su revisión. La omisión de completar el registro y la revisión individual resultará en la negación de beneficios.

Esto es lo que realizaremos.

Nuestro personal de solicitudes revisará la información que presentó antes de establecer su solicitud de desempleo. Este proceso puede requerir varios días. Nos pondremos en contacto con usted si necesitamos información adicional. Enviaremos por correo un estado indicando la cantidad semanal de beneficios. Se listarán los salarios usados para determinar los beneficios. Le solicitaremos cualquier salario de dependencias federales y de otros estados que pudiera tener. Los sumaremos a la solicitud cuando nuestra agencia reciba la información.

Su primer pago de beneficios se emitirá con un cheque, en tanto que los pagos posteriores se emitirán de manera electrónica por medio de ReliaCard® VISA o depósito directo. Los detalles adicionales sobre los pagos estarán disponibles después de procesada su solicitud.

¿Necesita ayuda?

Esta información es vital. El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. El OED proporciona ayuda gratuita para que usted pueda utilizar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lengua de señas e idiomas hablados, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, vaya a unemployment.oregon.gov/es y haga clic en Contacto o llámenos al 877-345-3484. Usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Presente la solicitud completada por correo o fax a:

Correo: Oregon Employment Department | P. O. Box 14135 | Salem, OR 97309-5068

Fax: 866-345-1878

Divulgación Previa a la Adquisición de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®
Nombre del Programa: Oregon Unemployment Insurance

Algunos materiales y servicios podrían estar disponibles solamente en inglés. Los enlaces incluidos en esta comunicación podrían dirigirlo a sitios web en inglés.

Usted tiene opciones con respecto a cómo recibir sus pagos, incluidos el depósito directo en su cuenta bancaria o esta tarjeta prepagada. Consulte a su agencia sobre las opciones disponibles y seleccione su opción.

Cargo mensual	Por compra	Retiro de fondos en ATM	Recarga de efectivo
$0	**$0**	**$0** dentro de la red **$2.00*** fuera de la red	**N/A**

Consulta de Saldo en ATM (dentro o fuera de la red)	$0
Servicio de Atención al Cliente (automatizado o representante en vivo)	$0 por llamada
Inactividad (después de 365 días sin transacciones)	$2.00 por mes

Cobramos otros 3 tipos de cargos.

*Este cargo puede ser menor dependiendo de cómo y dónde se utilice esta tarjeta.

Consulte la Lista de Cargos para conocer maneras gratuitas de acceder a sus fondos e información sobre su saldo.

Sin prestación de sobregiro/crédito.
Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite *cfpb.gov/prepaid*.
Encuentre detalles y condiciones de todos los cargos y servicios consultando el paquete de la tarjeta, llamando al **1-855-279-1270**, o visitando **usbankreliacard.com**.

Lista de Cargos de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®
Nombre del Programa: Oregon Unemployment Insurance

Todos los cargos	Monto	Detalles
Retiros de efectivo		
Retiro de Fondos en ATM (dentro de la red)	$0	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. “Dentro de la red” se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank o MoneyPass®. Puede encontrar ubicaciones en *usbank.com/locations* o *moneypass.com/atm-locator.html*.
Retiro de Fondos en ATM (fuera de la red)	$2.00	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. Este cargo no se cobra por los 2 primeros retiros de fondos en ATM del mes, incluidos los Retiros de Fondos en ATM (fuera de la red) y los Retiros de Fondos en ATM Internacionales. “Fuera de la red” se refiere a todos los ATM que se encuentran fuera de las redes de ATM de U.S. Bank y de MoneyPass. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Retiro de Efectivo con Personal de Ventanilla	$0	Este es nuestro cargo por realizar un retiro de efectivo desde su tarjeta con la ayuda del personal de ventanilla en un banco o cooperativa de crédito que acepte Visa®.
Uso de su tarjeta fuera de los EE. UU.		
Transacción Internacional	3%	Este es el cargo que cobramos y que se aplica al uso de su tarjeta para compras en comercios extranjeros y por retiros de efectivo en ATM extranjeros y es un porcentaje del monto en dólares de la transacción después de cualquier conversión de moneda. Algunas transacciones, aunque usted y/o el comercio o ATM estén ubicados en los Estados Unidos, se consideran transacciones en el extranjero conforme a las reglas correspondientes de la red, y nosotros no tenemos control sobre cómo se clasifican estos comercios, ATM y transacciones para este fin.
Retiro de Fondos en ATM Internacional	$2.00	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. Este cargo no se cobra por los 2 primeros retiros de fondos en ATM del mes, incluidos los Retiros de Fondos en ATM (fuera de la red) y los Retiros de Fondos en ATM Internacionales. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Otros		
Reemplazo de Tarjeta	$0	Este es nuestro cargo por reemplazo de tarjeta con servicio de entrega estándar (hasta 10 días hábiles).
Reemplazo de Tarjeta con Entrega Urgente	$15.00	Este es nuestro cargo por entrega urgente (hasta 3 días hábiles), adicional a cualquier cargo por Reemplazo de Tarjeta.
Inactividad	$2.00	Este es nuestro cargo por mes después de que no haya realizado una transacción utilizando su tarjeta o recibido un depósito durante 365 días consecutivos. Este cargo no se cobra donde lo prohíba la ley.

La Tarjeta ReliaCard es emitida por U.S. Bank National Association de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. ©2026 U.S. Bank. Miembro FDIC.

Si bien esta comunicación de U.S. Bank se ofrece en español, las futuras comunicaciones de U.S. Bank y los documentos relacionados con sus acuerdos contractuales, divulgaciones, notificaciones y estados de cuenta, así como los servicios en Internet y de la banca móvil, y contenido vinculado, podrían estar disponibles solamente en inglés. Usted debe poder leer y comprender estos documentos o tener asistencia en su traducción para poder entender y utilizar este producto o servicio. Los documentos en inglés están disponibles a petición suya.

Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC. Sus fondos se conservarán en U.S. Bank National Association, una institución asegurada por la FDIC, y están asegurados por la FDIC hasta $250,000 en caso de que U.S. Bank quiebre. Consulte *fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html* para obtener detalles.

Sin prestación de sobregiro/crédito.
Comuníquese con Servicios para Titulares de Tarjetas, llamando al **1-855-279-1270**, por correo a: Cardholder Services P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255, o bien, visite ***usbankreliacard.com***.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite *cfpb.gov/prepaid*. Si tiene alguna queja sobre una cuenta prepagada, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau) al 1-855-411-2372, o visite *cfpb.gov/complaint*.

CR-68221224 – Spanish

La Tarjeta ReliaCard es emitida por U.S. Bank National Association de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. ©2026 U.S. Bank. Miembro FDIC.

English – If you require this document to be read digitally for accessibility in additional languages, please contact Cardholder Services to utilize the language line at the number on the back of your card.

Amharic - ይህ ሰነድ በተጨማሪ ቋንቋዎች ለማግኘት በዲጂታላዊ አግባብ እንዲነበብ ከፈለጉ፣ እባክዎ በካርድዎ ጀርባ ባለው ቁጥር ላይ ያለውን የቋንቋ መስመር ለመጠቀም የካርድ ባለቤት አገልግሎቶችን ያግኙ።

Arabic- إذا كنت تريد قراءة هذا المستند رقميًا لإمكانية الوصول إليه بلغات إضافية، فيرجى الاتصال بخدمات حاملي البطاقات لاستخدام سطر اللغة على الرقم الموجود على ظهر بطاقتك

Chinese - **如需以其他**语言进行数字化方式阅读本文档来提高无障碍性，请首先与持卡人服务联系，以使用卡背面语言支援服务号码。

Chinese Traditional - **如果您因無障礙訪問需求而需要本文檔用其他語種以數位方式朗讀，請撥打卡片背面號碼聯絡持卡人服務部，以便使用語言專綫。.**

Farsi - اگر جهت دسترسی به دیگر زبان‌ها، نیاز دارید که این سند به صورت دیجیتالی خوانده شود، لطفاً با Cardholder Services تماس بگیرید تا از خط زبان در شماره پشت کارت خود استفاده نمایید.

Korean - 다른 언어로 접근성을 높이기 위해 이 문서를 디지털 방식으로 읽어야 하는 경우, 뒷면에 있는 번호로 카드소지자 서비스에 문의하여 번역 서비스를 이용하시기 바랍니다.

Laotian - ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເອກະສານນີ້ຖືກອ່ານແບບດິຈິຕອລ ເພື່ອເຂົ້າເຖິງພາສາເພີ່ມຕື່ມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ບໍລິການຜູ້ຖືບັດເພື່ອນຳໃຊ້ສາຍພາສາຕາມຕົວເລກທີ່ຢູ່ທາງດ້ານຫຼັງຂອງບັດຂອງທ່ານ.

Russian - Чтобы прослушать этот документ на другом языке в цифровом формате, обратитесь на языковую линию, позвонив в Cardholder Services по номеру, указанному на обратной стороне вашей карты.

Somali - Haddii aad u baahan tahay dukumeentigan in si dhijitaal ah loogu akhriyo si loogu helo luuqado dheeraad ah, fadlan kala xidhiidh Adeegyada Kaar-haystaha (Cardholder services) lambarka ku yaala dhabarka kaadhkaaga si aad uga faa'iidaysato laynka luuqada.

Vietnamese - Nếu bạn muốn tài liệu này được đọc dưới dạng kỹ thuật số để có thể truy cập bằng các ngôn ngữ khác, vui lòng liên hệ với Dịch vụ dành cho chủ thẻ để sử dụng đường dây ngôn ngữ theo số điện thoại ở mặt sau thẻ của bạn.