



SOLICITUD INICIAL DE ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR PANDEMIA

Esta es su solicitud inicial de Asistencia de Desempleo por Pandemia (Pandemic Unemployment Assistance, PUA). Puede encontrar las instrucciones para completar y presentar la solicitud en la página de nuestra Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por Coronavirus (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security, CARES) en unemployment.oregon.gov. Asegúrese de completar todo el formulario. Presentar el formulario incompleto causará demoras en el procesamiento de su solicitud. Complete la solicitud con el nombre que ya figura en el archivo de la Administración de Seguridad Social. Presente solo una solicitud; presentar varias demorará el procesamiento.

En caso de que usted sea elegible para acceder a la PUA, la ley federal requiere que nos brinde una constancia que respalde su declaración de empleo o trabajo por cuenta propia. Debemos recibir esta información dentro de los 21 días posteriores a la fecha de solicitud. Para obtener más información acerca de qué documentos se aceptan como constancia de empleo o trabajo por cuenta propia, consulte nuestra guía de constancia de empleo/trabajo por cuenta propia. Si en su solicitud de PUA ya brindó constancias aceptables de empleo/trabajo por cuenta propia, NO es necesario que nos envíe más información.

IMPORTANTE: Si usted NO presenta su documentación dentro de los 21 días, su reclamo de PUA se suspenderá y tendrá que reembolsar el importe correspondiente a los beneficios de las semanas que recibió, a partir de la semana que finaliza el 2 de enero de 2021.

Debido a los requerimientos de información y las limitaciones del sistema a nivel federal, solo hay disponibles opciones de sexo masculino o femenino. Sin embargo, no habrá ninguna demora en el procesamiento de su solicitud en caso de que elija un sexo que no coincida con el que figura en el archivo de la Administración de Seguro Social.

A. INFORMACIÓN DEL INTERESADO

Nombre del interesado (apellido y nombres) (Use el nombre que figura en el archivo de la Administración de Seguro Social)			Fecha de nacimiento (mes, día, año)	
Dirección de correo del interesado: (Calle u oficina postal)		Número de seguro social		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino (Marque una opción)
Ciudad	Estado	Código postal	¿Su origen étnico es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico del interesado		Número de teléfono	Raza (Marque todas las opciones que apliquen)	
Método de contacto de preferencia	Teléfono	Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro

Verificamos todos los números de seguridad social mediante comparaciones por computadora con la Administración de Seguro Social. Su solicitud de Asistencia de Desempleo por Pandemia y los pagos correspondientes tardarán más tiempo en procesarse en caso de que la comparación no sea exitosa.

El Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) y las reglas administrativas de Oregon requieren que usted brinde su número de seguro social cuando reclame una compensación de desempleo. Su número de seguro social se utilizará para informar sus beneficios de desempleo al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) y al Departamento de Impuestos de Oregon (Oregon Department of Revenue), ya que el ingreso está sujeto a impuestos. El número se enviará a la Administración de Seguro Social para verificar su identidad. Es posible que el número se utilice en actividades de cobranza de deudas de la agencia estatal, y también se puede enviar al Banco de los Estados Unidos (U.S. Bank) para emitir su tarjeta ReliaCard VISA, mediante la cual podrá acceder al pago de sus beneficios.

B. EMPLEO DEL INTERESADO

A fin de completar el monto de mi derecho semanal a obtener Asistencia de Desempleo por Pandemia, CERTIFICO que me dediqué al siguiente empleo o trabajo por cuenta propia durante los últimos 18 meses. Si elige no identificar ningún empleo o trabajo por cuenta propia, esto podría afectar su elegibilidad para acceder a la Asistencia de Desempleo por Pandemia.

Nombre del empleador (o de la persona que ejerce el trabajo por cuenta propia)	Dirección del empleador	Número de teléfono	Período de trabajo	
			Desde	Hasta

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS

Si desea ser elegible para obtener más que el monto mínimo de \$205 por beneficios semanales de la PUA, deberá presentar una constancia de los ingresos correspondientes al año 2019. Si trabaja por cuenta propia, deberá presentar su declaración de impuestos correspondiente al año 2019 junto con el/los esquema(s) tributarios de su trabajo. Si usted fue empleado de otra(s) empresa(s) que no pagaban impuestos por desempleo, presente el formulario W-2 de aquel/aquellos empleador(es) en la sección de carga de documentos en su solicitud de PUA.

Si en ese momento no posee su documentación de impuestos, podrá proporcionarlas más adelante y presentar una declaración jurada de sus ingresos ahora mismo a través de esta solicitud. Si presenta una declaración jurada de sus ingresos correspondientes a 2019, su monto de beneficios se establecerá en función de esta información. Usted tiene 21 días a partir de la presentación de este formulario para proporcionar una constancia de sus ingresos. Si no presenta la información solicitada dentro de los 21 días, es posible que reciba un pago de beneficios extra y luego tenga que reembolsarlo.

Acepto

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS; AÑO ANTERIOR (EMPLEO)

Nombre del empleador	Tipo de empleo (tiempo completo, tiempo parcial, solo por comisión, por temporada, temporario)	¿Recibió un formulario W-2?	En caso de no haber recibido un formulario W-2, ¿tiene alguna otra constancia de los ingresos que obtuvo en este empleo?	Número de identificación de empleadores federales (puede encontrarlo en la documentación de impuestos)	Total de ingresos brutos correspondientes al año 2019
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS; AÑO ANTERIOR (TRABAJO POR CUENTA PROPIA)

Nombre de la empresa	Tipo de empresa, de acuerdo al trabajo por cuenta propia (Asociación, SRL, empresario individual, contratista independiente, no corresponde)	Tipo de declaración de impuestos que completó (Formulario 1040 o 1040-SR, 1120, 1120-S, 1065, etc.)	Total de ingresos netos correspondientes al año 2019 (posterior a la extracción de gastos)

Certifico que la información que proporcioné anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si no presento la documentación de impuestos requerida dentro de los próximos 21 días, es posible que reciba beneficios de más. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional, es posible que enfrente sanciones e incluso un proceso penal.

Acepto

C. PREGUNTAS DE ELEGIBILIDAD

<p>1. Estaba programado para comenzar a trabajar y no tengo trabajo o no puedo llegar al trabajo como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19.</p> <p>1a. Si su respuesta es "Sí", ingrese la fecha en la que tendría que haber empezado a trabajar. _____</p> <p>1b. Si su respuesta es "Sí", ingrese la fecha en que su nuevo trabajo cerró. _____</p> <p>1c. Si su respuesta es "Sí", ingrese el nombre de la empresa. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>Solicitó, recibió o es elegible para acceder a:</p> <p>2a. ¿Compensaciones laborales conforme a cualquier ley estatal o federal?</p> <p>2a. Si su respuesta es "Sí", ¿cuándo presentó la solicitud? _____</p> <p>2b. Si su respuesta es "Sí", ¿en qué estado presentó la solicitud? _____</p> <p>2c. Si su respuesta es "Sí", ¿su pago de beneficios fue aprobado?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>2b. ¿Asistencia de Desempleo por Pandemia conforme a cualquier ley estatal o federal?</p> <p>2a. Si su respuesta es "Sí", ¿cuándo presentó la solicitud? _____</p> <p>2b. Si su respuesta es "Sí", ¿en qué estado presentó la solicitud? _____</p> <p>2c. Si su respuesta es "Sí", ¿su pago de beneficios fue aprobado?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<p>3. ¿Algún pago por pérdida de salario debido a una enfermedad o discapacidad? 3a. Si su respuesta es “Sí”, ¿fue aprobado para recibir pagos? 3aa. Si su respuesta es “Sí”, ¿en qué fechas recibirá los pagos? _____</p> <p>4. ¿Algún tipo de seguro de protección de ingresos privado? 4a. Si su respuesta es “Sí”, ¿fue aprobado para recibir pagos? 4aa. Si su respuesta es “Sí”, ¿en qué fechas recibirá los pagos? _____</p> <p>5. ¿Algún importe de prestación complementaria por desempleo (Supplemental Unemployment Benefit, SUB)? 5a. Si su respuesta es “Sí”, ¿quién administra los beneficios? _____ 5b. Si su respuesta es “Sí”, ¿fue aprobado para recibir pagos? 5ba. Si su respuesta es “Sí”, ¿en qué fechas recibirá los pagos? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
<p>6. ¿Recibe o recibirá pagos por jubilación (aparte del Seguro Social) dentro de los próximos 12 meses? 6a. Si su respuesta es “Sí”, ingrese el nombre del empleador que mantuvo o contribuyó a este plan de jubilación. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>7. Me han diagnosticado COVID-19 o estoy experimentando síntomas de COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico médico. 7a. Si su respuesta es “Sí”, ingrese la fecha en que lo diagnosticaron o en que comenzó a experimentar síntomas. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>8. A un miembro de mi hogar se le ha diagnosticado COVID-19. 8a. Si su respuesta es “Sí”, ingrese la fecha en que el miembro de su hogar fue diagnosticado. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>9. Estoy cuidando a un miembro de mi familia o un miembro de mi hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19. 9a. Si su respuesta es “Sí”, ingrese la fecha en que el miembro de su hogar fue diagnosticado. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>10a. Un niño u otra persona en mi hogar de quien yo soy el/la cuidador/a principal no puede asistir a la escuela como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19 y se requiere la asistencia a dicha escuela para que yo pueda trabajar. 10aa. Si su respuesta es “Sí”, ingrese el nombre de la escuela que cerró. _____ 10ab. Si su respuesta es “Sí”, ingrese la fecha en que cerró. _____</p> <p>10b. Un niño u otra persona en mi hogar de quien soy el/la cuidador/a principal no puede asistir a una institución que está cerrada como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19 y la asistencia a dicha institución es necesaria para que yo pueda trabajar. 10ba. Si su respuesta es “Sí”, ingrese el nombre de la institución que cerró. _____ 10bb. Si su respuesta es “Sí”, ingrese la fecha en que cerró. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
<p>11. Me he convertido en el sostén de la familia o en el sostén principal de mi hogar porque el jefe de hogar ha fallecido como resultado directo del COVID-19. 11a. Si su respuesta es “Sí”, ingrese la fecha en que usted se convirtió en proveedor/a del hogar. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<p>12. Mi lugar de trabajo está cerrado como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19.</p> <p>12a. Si su respuesta es "SÍ", ingrese el nombre de la empresa _____</p> <p>12b. Si su respuesta es "SÍ", ingrese la fecha en que su lugar de trabajo cerró de manera permanente o temporaria. _____</p> <p>12c. Si la respuesta es "SÍ", ¿su empleador le ha llamado para que vuelva a trabajar? Si respondió "SÍ", ¿regresó al trabajo? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>13. Trabajo por cuenta propia (incluido un contratista independiente y un trabajador autónomo) y experimenté una reducción significativa de mis servicios habituales o típicos debido a la emergencia de salud pública de COVID-19.</p> <p>13a. Si su respuesta es "SÍ", ingrese el nombre de la empresa. _____</p> <p>13b. Si su respuesta es "SÍ", ingrese la fecha en que su empresa experimentó la reducción significativa de servicios. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>14. Renuncié a mi trabajo como resultado directo del COVID-19.</p> <p>14a. Si su respuesta es "SÍ", ingrese la fecha de su renuncia. _____</p> <p>14b. Si su respuesta es "SÍ", ingrese el nombre de la empresa. _____</p> <p>14c. Si su respuesta es "SÍ", ingrese el motivo por el cual abandonó su trabajo de manera voluntaria. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>15. No puedo llegar a mi lugar de trabajo porque un proveedor de servicios de salud me recomendó ponerme en cuarentena debido a preocupaciones relacionadas con el COVID-19.</p> <p>15a. Si su respuesta es "SÍ", ingrese el motivo por el cual no puede llegar a su lugar de trabajo. _____</p> <p>15b. Si su respuesta es "SÍ", ingrese la fecha en que comenzó este inconveniente. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>16. No puedo llegar a mi lugar de trabajo debido a una cuarentena impuesta como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19. 16a. Si su respuesta es "SÍ", ingrese el motivo por el cual no puede llegar a su lugar de trabajo. _____</p> <p>16b. Si su respuesta es "SÍ", ingrese la fecha en que comenzó este inconveniente. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>17. ¿Es apto para continuar recibiendo pagos de su empleador mientras trabaja desde el hogar? 17a. Si su respuesta es "SÍ", ¿es posible que se lo autorice a trabajar la misma cantidad de horas que las que cubría antes de trabajar desde el hogar?</p> <p>17aa. Si su respuesta es "SÍ", ¿su monto de pago sería el mismo que el que obtenía anteriormente? 17aaa. Si su respuesta es "NO", ¿cuál sería el nuevo monto de pago? _____</p> <p>17ab. Si su respuesta es "NO", ¿qué cantidad de horas se le permitirían trabajar? _____</p> <p>17b. ¿Por qué no está trabajando desde su hogar? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
<p>18. ¿Actualmente recibe beneficios de licencia por enfermedad con goce de sueldo u otro tipo de beneficios de licencia con goce de sueldo?</p> <p>18a. Si su respuesta es "SÍ", ¿quién le está otorgando los beneficios de licencia con goce de sueldo? _____</p> <p>18b. ¿En qué fechas recibe los pagos por licencia con goce de sueldo? _____</p> <p>18c. ¿Qué importe recibe por su licencia con goce de sueldo? _____</p> <p>18d. ¿Cuáles son las horas de licencia con goce de sueldo que está recibiendo? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<p>19. Se me negaron los beneficios continuos por desempleo porque me negué a regresar al trabajo o aceptar una oferta de trabajo en un lugar de trabajo que, en cualquier caso, no cumple con los estándares de salud y seguridad locales, estatales o nacionales directamente relacionadas con el COVID 19. Esto incluye, entre otras normas, aquellas relacionadas con el uso de mascarilla facial, medidas de distanciamiento físico o el suministro de equipamiento de protección personal de acuerdo a las pautas de salud pública.</p> <p>19a. Si su respuesta es "Sí", ingrese el nombre del empleador. _____</p> <p>19b. Si su respuesta es "Sí", ingrese la fecha en que usted rechazó el trabajo o se negó a regresar al trabajo. _____</p> <p>19c. Si su respuesta es "Sí", ingrese la fecha en que se le negaron los beneficios continuos por desempleo. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>20. Brindo servicios a una institución educativa o agencia de servicios educativos y estoy desempleado o parcialmente desempleado debido a la volatilidad en el horario de trabajo que es directamente causada por la emergencia de salud pública de COVID-19. Esto incluye, entre otros, cambios en los horarios y cierres parciales.</p> <p>20a. Si su respuesta es "Sí", ingrese el nombre del empleador a quien usted le presta sus servicios. _____</p> <p>20b. Si su respuesta es "Sí", ¿qué tipo de trabajo realiza para la institución educativa o agencia de servicios educativos? _____</p> <p>20c. Si su respuesta es "Sí", ¿usted posee un contrato o acuerdo con el empleador?</p> <p>20d. Si su respuesta es "Sí", ingrese la fecha en que lo despidieron o redujeron su cantidad de horas. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>21. Soy un empleado y mis horas se han reducido o fui despedido como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19. 21a.</p> <p>Si su respuesta es "Sí", ingrese el nombre del empleador. _____</p> <p>21b. Si su respuesta es "Sí", ingrese la fecha en que lo despidieron o redujeron su cantidad de horas. _____</p> <p>21c. Si su respuesta es "Sí", ¿actualmente trabaja durante todas las horas disponibles que le ofrece su empleador?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>22. Ninguna de las opciones anteriores se aplica a mí.</p> <p>22a. Si su respuesta es "Sí", explique por qué se encuentra actualmente desempleado. _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>23. ¿Actualmente trabaja por cuenta propia?</p> <p>Si su respuesta es "Sí", DEBE responder las preguntas de la sección D.</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

D. INFORMACIÓN DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA

1. Durante la pandemia, ¿este trabajo por cuenta propia era su ocupación y medio principal para vivir? 1a. Si su respuesta es "NO", brinde una explicación. _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Qué servicios prestaba? _____		
3. ¿Tiene un nombre empresarial? 3a. Si su respuesta es "SÍ", ingrese su nombre y número teléfono empresarial. Nombre empresarial _____ Teléfono _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Usted presenta declaraciones de empresa? (Por ejemplo: Anexo C (Schedule C), formulario 1120 o formulario 1065) 4a. Si su respuesta es "SÍ", ¿qué formulario presenta? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Usted determina las modalidades de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Tiene derecho a contratar a alguien para que lo ayude a prestar sus servicios? 6a. Si su respuesta es "SÍ", ¿puede despedir a esa persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
7. ¿Usted determina dónde se realizará el trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Usted determina la tarifa de compensación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Invierte en herramientas, equipamiento, etc.? 9a. Si su respuesta es "SÍ", ¿cuánto dinero invierte? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿La empresa a la que usted presta servicios puede despedirlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Tiene más de un cliente? 11a. Si su respuesta es "SÍ", ¿cuántos clientes tiene? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

E. AUTORIZACIÓN PARA RETENER IMPUESTOS

Cualquier beneficio que reciba del seguro de desempleo estará sujeto a impuestos en caso de que se le requiera presentar una declaración de impuestos. Es posible que deba hacer pagos de impuestos estimados. Para obtener más información acerca de pagos de impuestos estimados, comuníquese con el Servicio de Impuestos Internos. Para obtener información sobre impuestos estatales, comuníquese con el Departamento de Impuestos de Oregon. Puede optar por la retención del 10 % de sus beneficios para pagar impuestos federales o el 6 % para impuestos estatales. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Opta por una retención del 10 % en sus beneficios de desempleo para solventar impuestos sobre la renta federales? • ¿Opta por una retención del 6 % en sus beneficios de desempleo para solventar impuestos sobre la renta estatales? Esta autorización permanecerá vigente para este reclamo hasta que el Departamento de Empleo de Oregon (Oregon Employment Department) reciba una notificación por escrito de su parte acerca de su finalización.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
--	--	--

F. PRESENTACIÓN RETROACTIVA

Enumere a continuación todas las semanas a partir del día de la pandemia en que usted quedó desempleado, ya sea de manera total o parcial, y por las cuales reclama la PUA. Informe los ingresos brutos de su empleo o trabajo por cuenta propia.

Finalización de la semana	Horas trabajadas	Ingresos brutos	Tipo de ingresos	Finalización de la semana	Horas trabajadas	Ingresos brutos	Tipo de ingresos

Responda las siguientes preguntas marcando las casillas apropiadas o proporcionando la información adicional solicitada.

<p>1. Solicitó o recibió:</p> <p>a. ¿Algún pago de seguro por pérdida de salario debido a enfermedad o discapacidad? Si su respuesta es "Sí", indique el tipo de pago: _____ Período cubierto: Desde: _____ hasta _____</p> <p>b. ¿Algún pago del seguro de protección de ingresos privado? Si su respuesta es "Sí", indique el tipo de pago _____ Período cubierto: Desde: _____ hasta _____</p> <p>c. ¿Algún pago de una prestación complementaria por desempleo? Si su respuesta es "Sí", indique el tipo de pago: _____ Período cubierto: Desde: _____ hasta _____</p> <p>d. ¿Hubo algún monto pagadero a usted por cualquier pago de jubilación, pensión o anualidad de un plan aportado o mantenido por un empleador del que recibió pago en 2019? Si su respuesta es "Sí", indique el tipo de pago: _____ Período cubierto: Desde: _____ hasta _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>2. ¿Puede y está disponible para trabajar durante esta semana según los requisitos estatales??</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>3. ¿Actualmente se ve afectado por la emergencia de salud pública de COVID-19? 3a. Si su respuesta es "Sí", explique: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>4. ¿Rechazó algún trabajo durante cualquiera de las semanas que reclamó anteriormente?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

G. INFORMACIÓN DE LA TARJETA RELIACARD

ReliaCard ® de U.S. Bank Información previa a la adquisición | Nombre del programa: Seguro de desempleo de Oregon | Fecha de referencia: Junio de 2017

Puede elegir cómo recibir sus pagos, incluyendo la opción de depósito directo a su cuenta bancaria o a través de esta tarjeta prepaga.

Consúltelo a su agencia cuáles son las opciones disponibles y haga su elección.

Cuota mensual \$0	Por compra \$0	Extracción en cajeros automáticos \$0 dentro de la red \$2.00* fuera de la red	Recarga de dinero N/A
Consulta de saldo en cajeros automáticos (dentro o fuera de la red)		\$0	
Servicio al cliente (automatizado o en vivo a través de un agente)		\$0 por llamada	
Inactividad (después de que hayan pasado 365 sin transacciones)		\$2.00 por mes	

Cobramos otros 3 tipos de tarifas.

* Esta cuota puede ser más baja, según el modo y el lugar donde se la utiliza.
 Consulte el cronograma de tarifas adjunto para encontrar maneras gratuitas de acceder a sus fondos e información de saldos. Sin función de giros en descubierto o créditos.
 Sus fondos son elegibles para obtener el seguro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC).
 Para obtener información general sobre las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid.
 Para obtener los detalles y condiciones de todas las tarifas y servicios, consulte el paquete de la tarjeta, llame al 1-855-279-1270 o visite usbankreliacard.com.

ReliaCard ® de U.S. Bank Cronograma de tarifas | Nombre del programa: Seguro de desempleo de Oregon | Fecha de vigencia: mayo de 2018

Todas las tarifas	Monto	Detalles
Obtenga dinero en efectivo		
Extracción en cajeros automáticos (dentro de la red)	\$0	Esta es nuestra cuota por extracción. "Dentro de la red" se refiere a las redes de cajeros automáticos de U.S. Bank o MoneyPass®. Puede encontrar las ubicaciones en usbank.com/locations o moneypass.com/atm-locator .
Extracción en cajeros automáticos (fuera de la red)	\$2.00	Esta es nuestra cuota por extracción. No se reclamará esta cuota en las dos primeras extracciones en cajeros automáticos que realice cada mes. Esto incluye extracciones en cajeros automáticos fuera de la red y cajeros automáticos internacionales. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos que no pertenezcan a las redes de cajeros automáticos de U.S. Bank o MoneyPass. Es posible que el operador del cajero automático le cobre una cuota, incluso si no completa una transacción.
Retiro de dinero en efectivo por ventanilla	\$0	Esta es nuestra cuota por extraer dinero en efectivo de su tarjeta por ventanilla, ya sea en un banco o institución financiera que acepte Visa®.
Información		
Consulta de saldo en cajeros automáticos (dentro de la red)	\$0	Esta es nuestra cuota por consulta. "Dentro de la red" se refiere a las redes de cajeros automáticos de U.S. Bank o MoneyPass®. Puede encontrar las ubicaciones en usbank.com/locations or moneypass.com/atm-locator .

Consulta de saldo en cajeros automáticos (fuera de la red)	\$0	Esta es nuestra cuota por consulta. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos que no pertenezcan a las redes de cajeros automáticos de U.S. Bank o MoneyPass®. Es posible que el operador del cajero automático le cobre una cuota.
<i>Continúa en la página siguiente</i>		
Utilización de su tarjeta fuera de los Estados Unidos		
Transacción internacional	3 %	Esta cuota se aplica al uso de su tarjeta para compras a comerciantes del exterior y extracciones de dinero en efectivo en cajeros automáticos del exterior. La tarifa es un porcentaje del monto de la transacción en dólares, después de aplicar cualquier conversión de moneda. Algunas transacciones en comercios o cajeros automáticos, incluso si usted, el comerciante o el cajero automático están dentro de los Estados Unidos, se consideran internacionales, conforme a las normas vigentes de la red. Nosotros no controlamos cómo es la clasificación de estos comerciantes, cajeros automáticos y transacciones para este fin.
Extracción en cajero automático internacional	\$2.00	Esta es nuestra cuota por extracción. No se reclamará esta cuota en las dos primeras extracciones en cajeros automáticos que realice cada mes. Esto incluye extracciones en cajeros automáticos fuera de la red y cajeros automáticos internacionales. Es posible que el operador del cajero automático le cobre una cuota, incluso si no completa una transacción.
Otro		
Sustitución de tarjeta	\$0	Esta es la cuota que aplicamos para emitir una nueva tarjeta, la cual se le enviará por correo con entrega estándar (hasta 10 hábiles).
Sustitución de tarjeta con entrega rápida	\$15.00	Esta es la cuota que aplicamos a la entrega rápida (hasta 3 días hábiles), junto con cualquier tarifa correspondiente a la sustitución de su tarjeta.
Inactividad	\$2.00	Esta es la cuota que aplicamos cada mes, después de que hayan pasado 365 días consecutivos sin haber realizado transacciones con su tarjeta.
<p>Sus fondos son elegibles para obtener el seguro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos. Sus fondos se mantendrán en la Asociación Nacional de U.S. Bank (U.S. Bank National Association), una institución asegurada por la FDIC, la cual asegurará hasta \$250,000 en caso de que U.S. Bank quiebre. Visite fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html para obtener detalles.</p> <p>Sin función de giros en descubierto o créditos. Comuníquese con los Servicios para el titular de la tarjeta por teléfono al 1-855-279-1270, por correo a P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255, o bien visite usbankreliacard.com.</p> <p>Para obtener información general sobre las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid. Si tiene alguna queja acerca de una cuenta prepaga, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau) al 1-855- 411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> He leído la información acerca de ReliaCard</p>		

H. TERGIVERSACIÓN

Entiendo que hacer la certificación es bajo pena de perjurio y que la tergiversación intencional para obtener pagos a los que no tengo derecho a recibir puede estar sujeta a un proceso penal.

Acepto

I. CERTIFICACIÓN DEL INTERESADO

Certifico que la información que he proporcionado anteriormente, que se utilizará para determinar mi elegibilidad para la Asistencia de desempleo por pandemia, es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que estoy sujeto a sanciones administrativas, incluidas las sanciones por perjurio, o acciones legales si se determina que retuve o proporcioné información falsa para obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho.

Certifico

Soy ciudadano o nacional de los Estados Unidos

Sí No

Si su respuesta es "NO", ¿su estado de inmigración es satisfactorio?

Sí No

Número de autorización para trabajar _____

Firma _____

Fecha (mes, día, año) _____

Si detectamos que es elegible para acceder a la PUA, estableceremos una reclamación mínima de \$205. Si desea que evaluemos su reclamación para obtener un monto de beneficio semanal superior, debe presentar una constancia de ingresos correspondientes al año fiscal 2019. Para poder acceder a un monto de reclamación superior, sus ingresos correspondientes al año 2019 deben superar los \$16,480. Puede utilizar el formulario **196PUA** para consultar qué monto podría recibir en caso de reunir los requisitos.

Envíe su solicitud completa a:

Correo: Oregon Employment Department PO Box 14165 Salem, OR 97311

Fax: (503) 371-2893

El Departamento de Empleo de Oregon es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Los siguientes servicios están disponibles sin costo y a pedido: Servicios o ayudas auxiliares, y formatos alternativos para personas con discapacidades y asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés. Para obtener más información, pregunte a nuestro personal.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de los siguientes servicios a pedido y sin costo: Servicios o ayudas auxiliares, y formatos alternativos para personas con discapacidades y asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés. Para obtener más información, pregunte a nuestro personal.