



SOLICITUD SEMANAL DE ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR PANDEMIA (Pandemic Unemployment Assistance, PUA)

Semana Reclamada

Inicio (domingo)

Finalización (sábado)

Nombre del solicitante (apellido y nombres)
(Por favor, use el nombre que figura en el archivo de la Administración del Seguro Social)

Número de identificación de cliente o número de seguro social

SOLICITUD DEL INTERESADO

Usted está reclamando los beneficios por la "semana reclamada" (tal como se muestra anteriormente). Usted será elegible para acceder a la PUA en caso de que no tenga empleo, no esté apto para trabajar o no esté disponible para trabajar, como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19.

Responda las siguientes preguntas marcando las casillas apropiadas o proporcionando la información adicional solicitada. Complete las secciones A y C en caso de que haya trabajado por su cuenta durante la semana. Diríjase directamente a las secciones B y C en caso de que no haya trabajado por cuenta propia.

A. Trabajo por cuenta propia

5. ¿Realizó alguna actividad laboral vinculada a su trabajo por cuenta propia habitual durante esta semana? SÍ NO

5a. Remuneración BRUTA recibida, ya sea que los servicios se hayan brindado durante la semana o no.

\$

6. ¿La actividad laboral se realizó con la intención de RETOMAR su trabajo por cuenta propia habitual? SÍ NO

B. Empleo

7. Si bien no trabajó por cuenta propia, ¿realizó otro tipo de trabajo durante la semana reclamada? SÍ NO

7a. Número de horas trabajadas

7b. Remuneración BRUTA recibida, ya sea que haya recibido el pago o no.

\$

C. Elegibilidad por semana

Solicitó o recibió:

8. ¿Algún pago de seguro por pérdida de salario debido a enfermedad o discapacidad? SÍ NO

Si su respuesta es "SÍ", indique el tipo de pago: _____

Período cubierto: desde: _____ hasta _____

9. ¿Algún pago del seguro de protección de ingresos privado? SÍ NO

Si su respuesta es "SÍ", indique el tipo de pago: _____

Período cubierto: desde: _____ hasta _____

10. ¿Algún pago de una prestación complementaria por desempleo? SÍ NO

Si su respuesta es "SÍ", indique el tipo de pago: _____

Período cubierto: desde: _____ hasta _____

11. ¿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? SÍ NO

Si su respuesta es "SÍ", indique el tipo de pago: _____

Período cubierto: Desde: _____ hasta _____

12. ¿Pudo y estuvo disponible para trabajar durante esta semana según nuestros **requisitos estatales**? SÍ NO13. Estoy cuidando a un miembro de mi familia o un miembro de mi hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19. SÍ NO14. Me han diagnosticado COVID-19 o estoy experimentando síntomas de COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico médico. SÍ NO15. A un miembro de mi hogar se le ha diagnosticado COVID-19. SÍ NO

16. Un niño u otra persona en mi hogar de quien yo soy el/la cuidador/a principal no puede asistir a una escuela que está cerrada 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
17. 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
18. 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
19. 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
20. 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
21. 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
a. Si la respuesta es "Sí", ¿su empleador le ha llamado para que vuelva a trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
a. Si respondió "Sí", ¿regresó al trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
22. Mi lugar de trabajo está cerrado como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
a. Si la respuesta es "Sí", ¿su empleador le ha llamado para que vuelva a trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
a. Si respondió "Sí", ¿regresó al trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
<i>Esta pregunta es solicitada por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor). Solo aplica a contratistas independientes o personas que trabajan por cuenta propia. Es su responsabilidad determinar qué considera "significativa" cuando se refiere a una "reducción significativa en la prestación de servicios debido a la emergencia de salud pública de COVID-19". Esta pregunta no aplica a personas que estén empleadas por otras y que hayan sufrido una reducción de horas.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
23. 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.		
24. Renuncié a mi trabajo como resultado directo del COVID-19.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
25. ¿Rechazó algún trabajo durante esta semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
26. 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
27. 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
28. Soy un empleado y mis horas se han reducido o fui despedido como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
29. Ninguna de las opciones anteriores se aplica a mí.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
a. Si su respuesta es "Sí", explique por qué actualmente se encuentra desempleado. _____		

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.

Entiendo

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.

Firma: _____ Fecha (mes, día, año): _____

Envíe su solicitud completa a:

Correo: Departamento de Empleo de Oregon, 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. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles para solicitar, destinadas a personas que posean una discapacidad. Hay asistencia lingüística sin costo, disponible para personas con conocimiento limitado del inglés.

El Departamento de Empleo de Oregon es un empleador/programa que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de servicios o ayudas auxiliares, formatos alternos y asistencia de idiomas para personas con discapacidades o conocimiento limitado del inglés, a pedido y sin costo.