



SOLICITUD DE RECLAMACIÓN SEMANAL PARA SEGURO DE DESEMPLEO REGULAR

Este formulario es una alternativa al Sistema de Reclamación en Línea y a la Línea de Reclamación Semanal para personas que han establecido su elegibilidad para el seguro de desempleo regular y que desean presentar su informe semanal. Si no tiene una reclamación establecida, primero debe presentar una solicitud para beneficios de seguro de desempleo regular. Este formulario **únicamente debe** usarse si no puede hacer la reclamación mediante el Sistema de Reclamaciones en Línea o la Línea de Reclamación Semanal.

Complete este formulario para reclamar una semana de beneficios por cada semana que desea solicitar beneficios de seguro de desempleo regular. Necesitará completar un formulario cada semana. Ponga su nombre como lo tiene actualmente en archivos con la Administración de Seguro Social.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del reclamante (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Semana reclamada (fechas de la semana)	
	Inicio (domingo)	Fin (sábado)
Número de identificación o de Seguro Social del cliente		

CERTIFICACIÓN SEMANAL

¿No aceptó una oferta de trabajo la semana pasada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Renunció a un trabajo la semana pasada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Fue despedido o suspendido de un trabajo la semana pasada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Estuvo alejado de su hogar permanente durante más de 3 días la semana pasada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Podía desempeñar tanto físicamente como mentalmente el trabajo que buscaba la semana pasada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cada día de la semana pasada, ¿estaba dispuesto a trabajar y capaz de aceptar trabajo de tiempo completo, tiempo parcial o temporal y presentarse a él?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Buscó trabajo de manera activa la semana pasada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Trabajó la semana pasada o recibió o recibirá pago por vacaciones o días feriados por la semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ingrese la cantidad de horas trabajadas (redondeadas a la siguiente hora):	_____	
Ingrese sus ingresos brutos totales, pago por vacaciones o días feriados (antes de deducciones), incluso si no ha sido pagado:	_____	

REGISTRE LAS ACTIVIDADES DE BÚSQUEDA DE TRABAJO QUE REALIZÓ LA SEMANA PASADA:

Es requisito buscar trabajo de manera activa durante cada semana que reclama. El no proporcionar su búsqueda de trabajo o no buscar trabajo puede resultar en un retraso o una denegación de sus beneficios de seguro por desempleo.

Fecha	Nombre de la compañía	Lugar	Método de contacto (en persona, teléfono, currículo vitae)	Tipo de trabajo que se busca	Resultados (contratado, no contratado)
Fecha	Actividades de búsqueda de trabajo				

<input type="checkbox"/>	Soy miembro activo de un sindicato que no me permite buscar trabajo no sindical dentro de mi oficio. Me he mantenido en contacto con mi sindicato y estoy en la lista de desempleados. He sido capaz de aceptar trabajo y presentarme a él si mi sindicato me enviara. Entiendo que respuestas falsas pueden resultar en exceso de pago de beneficios y penalizaciones adicionales que debo devolver.
<input type="checkbox"/>	Estoy temporalmente desempleado porque he sido suspendido por falta de trabajo o se me han reducido las horas y espero volver al trabajo con mi patrón. Vuelvo al trabajo que es de tiempo completo o a trabajo que paga más que el monto de mi beneficio semanal. Hay no más de cuatro (4) semanas entre la semana en que quedé temporalmente desempleado y la semana que vuelvo al trabajo. Me he mantenido en contacto con mi patrón. Entiendo que respuestas falsas pueden resultar en exceso de pago de beneficios y penalizaciones adicionales que debo devolver.

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que mis respuestas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Soy responsable de las respuestas que doy. Respuestas falsas pueden resultar en exceso de pago de beneficios, que debo devolver. Si proporciono información que sé que es falsa o si retengo información, se considera fraude y es penado por la ley. Entiendo que realizar la certificación es bajo protesta de decir verdad y que una declaración falsa intencional con el fin de obtener pagos que no me corresponden recibir puede ser sujeto de proceso penal.

Firma	Fecha (mes, día, año)
-------	-----------------------

The Oregon Employment Department is an equal opportunity program/employer. The following services are available free of cost upon request: Auxiliary aids or services and alternate formats to individuals with disabilities and language assistance to individuals with limited English proficiency. Please call 877-345-3484 to ask one of our staff for more information or claim your weekly benefits by phone.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa/patrón que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de los siguientes servicios a pedido y sin costo: Servicios o ayudas auxiliares, y formatos alternos para personas con discapacidades y asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés. Por favor, llame al 877-345-3484 para pedirle a nuestro personal más información o para reclamar sus beneficios semanales por teléfono.

Envíe su solicitud completa por:
 Correo postal: Oregon Employment Department | PO BOX 14135 | Salem, Oregon 97309 5068
 Fax: (866) 345-1878