



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
Negociado de Seguridad de Empleo

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO

Número de Seguro Social _____ Nombre _____ (Apellido Paterno Apellido Materno Nombre - Inicial) Dirección Postal _____ (URB. / RES. / COND.)	-	-	M E S	D Í A	A Ñ O	Fecha Efect.	Razón Ret.
Fecha _____ Sexo _____ (M - F) Fecha de Nac. _____ MES D Í A A Ñ O							

(NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX 0 (APT.) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP CODE + 4))

Dirección Residencial _____
(URB. / RES. / COND.)

(NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX 0 (APT.) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP CODE + 4)) TELÉFONO _____

Si participa en un adiestramiento aprobado por el Director del N.S.E.. Indique si este es: A- Universitario B- No Universitario

Fecha en que termina MES D Í A A Ñ O

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Si No, Si no es ciudadano, indique el número de su permiso _____

Grupo étnico: hispano o latino, no hispano o latino, desconocido.

Raza: blanco, negro o afro americano, asiático, indio americano o nativo de Alaska, nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico,
 más de una raza, raza desconocida.

¿Ofreció su patrono llamarle a trabajar de nuevo? Si No

Si contesto "Si", indique la fecha de reempleo: _____
M E S D Í A A Ñ O

Escolaridad: _____ ¿Consigue trabajo a través de una unión? Si No

¿Es usted veterano? Si No

¿Cuál fue su última ocupación? _____

¿Recibió paga por vacaciones regulares o por enfermedad? Si No

¿Está usted obligado a pagar pensión alimentaria? Si No

¿Recibe usted alguna pensión, incluyendo seguro social? Si No

¿Interesa usted se le descuente contribución: Federal Si No, Estatal Si No

HISTORIAL DE TRABAJO

Anote su historial de trabajo durante los 15 meses previos a la fecha de esta solicitud. Incluyendo el servicio civil federal, el servicio militar activo y el empleo en los Estados Unidos. Comience con el último patrono hacia atrás cronológicamente.

Nombre del Patrono	Duración:		Trabajo Realizado
1.	Desde	Hasta	
Dirección	Razón de Desempleo		
Ciudad	Estado	Zip Code	

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Unión _____

Escolaridad _____

Clasificación ERE _____

Clasificación Ocupacional: _____

3(f) Tipo Reclamación _____

¿Monetaria? _____

Registro S. E. Si No

Fecha Registro _____
M E S D Í A A Ñ O

Programa _____

Entrevistador _____

Oficina Local _____

¿Contar? _____

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Número de Patrono _____

Clasif. Industrial _____

Entidad Jurídica _____

S N A _____

Codificación de separación _____

Estado Industrial _____

HISTORIAL DE TRABAJO (Cont.)				NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
Nombre del Patrono:		Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____	
		Desde	Hasta		
Dirección:		Trabajo Realizado			
Ciudad	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		
Nombre del Patrono:		Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____	
		Desde	Hasta		
Dirección:		Trabajo Realizado			
Ciudad	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		

ADVERTENCIA: La ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que ofrezcan información falsa con el propósito de obtener beneficios.

CERTIFICO: Que estoy desempleado, que estoy apto y disponible para trabajar.

Firma del Reclamante	Firma del Entrevistador

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - PARA USO DE LA OFICINA
INFORMACIÓN SOBRE EL PATRONO ADICIONAL**

Nombre del Patrono:		Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____	
		Desde	Hasta		
Dirección:		Trabajo Realizado			
Ciudad	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		

Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor

ELIMINACIÓN DE PATRONO

Seguro Social	Clave ALFA	Número Cuenta Patronal
Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor