PR-SD-989
Rev. 1/88

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
DIVISION DE SEGURO POR DESEMPLEO

SOLICITUD PARA BENEFICIOS EXTENDIDOS

Num. Seguro Social _____ Nombre _____

Fecha _____
Mes Día Año

No escriba en este espacio
Fecha de Efectividad _____ Razón Retro. _____
Mes Día Año

1. ¿Estuvo empleado después de haber agotado sus beneficios regulares? ☐ SÍ ☐ No

2. ¿Recibió paga por vacaciones regulares o por enfermedad? ☐ SÍ ☐ No

3. Si está participando en un adiestramiento aprobado por el Director, indique si este es:

Universitario ☐ A

No Universitario ☐ B

El adiestramiento termina en _____
Mes Día Año

Si su dirección postal cambió, anote la nueva dirección a continuación:

_____
(Calle/P.O. Box /HC/RR Box (Número)

_____
(Urb/ReS/Cond) (Edif./Torre) (Apt)

_____ _____ _____
(Ciudad) (Estado) (Zip Code) + 4

_____
Teléfono

Si estuvo trabajando después de agotar los beneficios regulares, favor de proveer los siguientes datos en relación con su último patrono:

Nombre del Patrono

Dirección

Ciudad Estado Zip Code

Duración del Empleo
Desde / Hasta

Trabajo Desempeñado

Razón de Desempleo

No escriba en este espacio

Número de Patrono

Clasif. Indus.

Ent. Jurídica

SOLICITO se determine mi elegibilidad a beneficios bajo el Programa de Beneficios Extendidos y

CERTIFICO que los datos aquí aportados son ciertos y correctos a mi mejor saber y entender y que conozco que la Ley impone severas penalidades por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios.

_____ _____ _____
Firma del Reclamante Fecha Firma del Entrevistador

S A B E N LI, L2