

SOLICITUD PARA BENEFICIOS ADICIONALES

Num. Seguro Social

Nombre

Dirección

Nombre del establecimiento o industria en la que trabajaba

Último día trabajado

Mes Día Año

Indique a continuación otros empleos que haya tenido, además del indicado anteriormente, en el periodo de 36 meses anteriores a la fecha de esta solicitud.

1. Nombre del Patrono

Dirección

Desde:

Hasta:

Razón de separación

2. Nombre del Patrono

Dirección

Desde:

Hasta:

3. Nombre del Patrono

Dirección

Desde:

Hasta:

¿Ha rehusado ser referido por el Servicio de Empleo a un adiestramiento o participar en un adiestramiento al que fuera referido?

Sí No

¿Participa actualmente en algún programa de adiestramiento?

Sí No

Indique:

Programa en que participa

Agencia que lo refirió

Fecha que comenzó

Fecha que terminará

Semanal

Quincenal

Mensual

Estipendio recibido \$

SOLICITO se determine mi elegibilidad para beneficios bajo el Programa de Adición de Beneficios y

CERTIFICO que todos los datos aquí ofrecidos son ciertos y correctos a mi mejor saber y entender y tengo conocimiento que la Ley impone severas penalidades per ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios.

Firma del Reclamante

Fecha

Firma del Entrevistador

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Fecha Efectividad	SED Número		
mes	día	año	
Rehusó Adiestramiento			
Descuento Retro. por Adiest.		\$	
Descuento Semanal por Adiest.		\$	