

BLANCO - Finanza Regional □
 AZUL - Programa Subsidio Salarial □
 ROSA - Finanza Central □
 CANARIO - Ofic. de Area □
 VERDE - Agricultor

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
 DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
 ADMINISTRACION DE SERVICIOS Y
 DESARROLLO AGROPECUARIO



NUM. DE REGISTRO □ Código Año Núm
 PAG. NUM. DE

Esta solicitud deberá ir acompañada de: □

- 1) Solicitud Anual-ASDA-PSS-001 □
- 2) Hoja de Pre - Investigación ASDA-PSS-003 □
- 3) Hoja de Cotejo ASDA-PSS-004 □
- 4) Certificación de Trabajador ASDA-PSS-005

P.O. BOX 9200 SAN JUAN, PR 00908-0200
 SOLICITUD TRIMESTRAL PAGO DE SUBSIDIO SALARIAL AGRÍCOLA
 Ley #46 de 5 de agosto de 1989 según enmendada
 (LEA INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE LLENAR ESTA SOLICITUD)

NOMBRE DEL AGRICULTOR: NOMBRE INICIAL 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO
 CESION DE PAGO ARRENDADAS CDS. PROPIAS CDS. CDS.
 NUMERO SEGURO SOCIAL PERSONAL CASO NUEVO MUNICIPIO REGION Período Cubierto
 DIRECCIÓN POSTAL: ZIP CODE CAMBIO DIRECCIÓN NUMERO POLIZA FONDO De: 20
 DIRECCIÓN RESIDENCIAL: TELEFONO: SEGURO DEL ESTADO A: 20
 LOCALIZACIÓN DE LAS FINCAS: BARRIO CARRETERA NUM. KM./HM. MUNICIPIO NUMERO SEGURO SOCIAL PATRONAL
 EMPRESA(S) AGRICOLA(S) NUMERO SEGURO DESEMPLEO

CODIGO EMPRESA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO SEGURO SOCIAL	TRABAJO REALIZADO O EMPRESA AGRICOLA	HORAS INFORMADAS	HORAS CERTIFICADAS	PARA USO OFICIAL – OFICINA ASUNTOS FISCALES - REGIONAL			
						EMPRESAS	HORAS	SUBSIDIO	DINERO A REMBOLSAR
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
TOTAL		X X X - X X - X X X X	X X X X						

+ Intereses %
Total

FECHA APROBADO PARA PAGO COORDINADOR SUBSIDIO SALAIAL

MENOS DEDUCCIONES

PREINTERVEDO POR / FECHA

VERIFICADO POR / FECHA

CHEQUE Y FECHA OFICIAL PAGADOR ESPECIAL

CERTIFICO: Que los trabajadores arriba indicados prestaron los servicios mencionados en las horas y en la empresa agrícola o trabajo especificado arriba indicado, que no he incluido en ninguna solicitud anterior los servicios aquí indicados de acuerdo a la Ley Núm. 46 del 5 de agosto de 1989, según enmendada y que la línea núm. de la pág. núm. es la última línea utilizada.

CERTIFICO: Que el agricultor que reclama este reembolso de acuerdo con la Ley Núm. 46 del 5 de agosto de 1989 según enmendada es un agricultor elegible, que he verificado las horas y obreros incluidos en este documento y los mismos están correctos, que he verificado la autenticidad de la firma del agricultor o su representante autorizado, y que no he recomendado pago alguno por los servicios antes mencionados.

Certifico Correcto:

DIRECTOR REGIONAL

FECHA

FIRMA DEL AGRICULTOR O SU
REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

VERIFICACIÓN AGRÓNOMO MONITOR

FECHA