

**DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES**

Por favor imprima su información en tinta negro o azul solo para todos los elementos. (a ambos lados de la aplicación) y firmar este formulario. Completar un suplemento para otro empleo que ha tenido durante los últimos 18 meses. Sirvase enviar por correo postal a la siguiente dirección:

Florida Department of Economic Opportunity, P.O. Box 5350, Tallahassee, FL 32314-5350

1. Nombre (Nombre, Inicial, Apellido)				*Social Security Number: (see Privacy Act Statement on back of form)							
1a. Otros nombres que usted uso diferente durante el empleo				SOLO PARA USO DE LA OFICINA, NO ESCRIBA EN LA SECCION GRIS ABAJO							
				EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y
2. Direccion postal local:				CLAIM	NEW	ADD'L	R/O	T	REQUALIFY		
Direccion de la calle:		Apto.#		STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ciudad:	Estado:	Zip:	Residence County:	TYPE:	UC	X	FE	CWC	EB	OTHE R	
3. Numero de telefono:		Numero de telefono alternativo:		ISSUE: (check one)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
() —		or () —		UCB-13	<input type="checkbox"/>	MODS	STDK	METHO D			
4. Fecha de nacimiento:		5. Sexo:		6. Altura/Peso							
Mes	Dia	Ano	<input type="checkbox"/> M								
			<input type="checkbox"/> F	/							
7. (Solo para uso estadístico) Es usted de descendencia Hispana? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				1.		LOCAL OFFICE	FIPS	RES. COUNTY	WDB		
Indicar su afiliación primaria:				2.							
<input type="checkbox"/> Blanco (1)		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Esquimal (4)		3.		IND	W/S	ERP	MCS		
<input type="checkbox"/> Afro-americano o Negro (2)		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas Pacificas (5)		4.							
<input type="checkbox"/> Asiatico (3)		<input type="checkbox"/> Informacion no esta disponible (6)		IB4 STATE/FIPS CODE							
8. Identificación (ID):				Primary DOT Code:		Mo. Exp.	Secondary DOT Code:		Mo. Exp.		
#de Licencia de Conducir:		Estado que la Emitió:		Disaster Date:		Announcement					
#de la Tarjeta de identificación Estatal: _____		Estado que la Emitió: _____		Disaster #: FL		Documentation presented:					
Otro # de ID: _____		Clase de ID: _____		TYPE:							
9. Marque el numero que corresponda al grado más alto que haya completado:				Primary DOT Code:		Mo.	Exp.	Secondary DOT Code:		Mo.	Exp.
1. No complete la escuela secundaria-Grado más alto completado fue:				10. Esta usted incapacitado come se define en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12				Definición: Una persona esta incapacitada si tiene un impedimento Físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales del vivir diario; tiene un historial de tal impedimento; o se considera que tiene dicho impedimento. Nota: esta información solo se usara para fines estadísticos; se Solicita en forma voluntaria; y se mantendrá confidencial.							
2. Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/>											
3. Certificado de curso vocacional/técnico AA o de postsecundaria <input type="checkbox"/>											
4. BS/BA <input type="checkbox"/> 5. MS/MA <input type="checkbox"/> 6. Doctorado <input type="checkbox"/>											
11. Soy ciudadano de los estados Unidos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				No. de Reg. de Extranjero:							
Si es no, estoy autorizado para trabajar en este país. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Fecha de vencimiento:							
11a. Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de US/Nacionalizado <input type="checkbox"/> Haitiano entrante				11b. Si no domina el ingles. Que idioma prefiere usar??							
<input type="checkbox"/> Cubano entrante <input type="checkbox"/> Otro											
<input type="checkbox"/> Extranjero o refugiado admitido legalmente											
12. Por este medio solicito beneficios por por el period que empieza:				No. de Ident del empleador							
_____				_____							
13. TIPO DE NEGOCIAO DE SU EMPLEADOR:				14. Mi desempleo fue el resultado del COVID-19 porque:							
_____				_____							
15. Nombre de empleador al tiempo del Pandemia:											
Dirección de la calle del empleador:				Fechas en que trabajo:				Ocupación:			
Cuidad	Condado	Estado	Cod. postal	De:		A:					
Nombre del Supervisor:		Condado en el que trabajo:		Mes	Dia	Ano	Mes	Dia	Ano		
				Total de ingresos brutos ganados: \$		Total de ingresos brutos ganados		\$			
Numero de telefono del empleador:				Tasa salarial:		Desde el Domingo de esta semana:					
() —		\$ _____ Por*		(*Hora, Semana, mes, Ano)		Ocupación o título:					

**DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES**

Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Una pérdida de sueldo voluntaria <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo	Herramientas/Equipos usados: Está programado para regresar al trabajo con este empleador? <input type="checkbox"/> SI Caundo? <input type="checkbox"/> NO																		
Explique el motivo de la cesantía:																			
16. Esta actualmente empleado, empleado por cuenta propia, o ha estado empleado por cuenta propia durante el pasado año? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO																			
17. Existe algún motivo por el cual no puede buscar o aceptar empleo a tiempo completo? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO																			
17A. Ha rehusado alguna oferta de trabajo desde que quedó desempleado? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO																			
18. Ud. Aplico o recibió, o sería elegible para recibir: (Marque "Y" para sí y "N" ara no cerca de cada pregunta) <input type="checkbox"/> Una pérdida de sueldo debido a enfermedad o incapacidad? <input type="checkbox"/> Una cantidad de pensión o de anualidades? <input type="checkbox"/> Cualquier tipo de seguridad privada para la protección de ingresos? <input type="checkbox"/> Compensación obrera por causa de muerte de la cabeza del hogar? <input type="checkbox"/> Cualquier suma de beneficio suplemental de desempleo?																			
19. ha recibido, o recibirá, alguno de los siguientes pagos? Indemnización por despido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cantidad: \$ _____ Salarios en lugar de aviso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pago de vacaciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De: _____ A: _____																			
20. Tiene planes específicos de matricularse o asistir a la escuela o recibir capacitación vocacional dentro de los próximos 12 meses Si es así, cuando? (fecha) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
21. Está recibiendo, o recibirá una pensión de jubilación? Si es si, fecha en que comenzó/comenzara el pago: _____ Nombre del empleador: _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
22. Durante los últimos 18 meses, ha usted: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">a. Estado en el servicio militar?</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>b. Tenido un trabajo civil federal?</td> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>c. Trabajado en algun otro estado?</td> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>		a. Estado en el servicio militar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	b. Tenido un trabajo civil federal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	c. Trabajado en algun otro estado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO									
a. Estado en el servicio militar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																	
b. Tenido un trabajo civil federal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																	
c. Trabajado en algun otro estado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																	
23. Ha solicitado beneficios de Asistencia de Reempleo en los últimos 12 meses? Si es así, en que estado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
24. Si recibió, o recibirá, pagos de Compensación por Accidentes en el Trabajo, está clasificado: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">Total temporal</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width: 20%;">Parcial temporal</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width: 20%;">Ingreso por impedimento</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Total permanente</td> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> <td>Ingreso suplementario</td> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Total temporal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Parcial temporal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Ingreso por impedimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Total permanente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Ingreso suplementario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Total temporal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Parcial temporal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Ingreso por impedimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO											
Total permanente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Ingreso suplementario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO														
25. Es miembro de un sindicato laboral que busca/obtiene trabajo para sus miembros? Si es así, indique el número del Sindicato: _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
26. Que tipode trabajo está buscando?																			
27. Es usted un veteran que cumple con una o más de las siguientes condiciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO a. Estuvo en servicio activo por un period mayor a 180 días y recibió una baja que no sea deshonrosa. b. Fue usted un reservista que gano una insignia de campana y fue dado de manera que no haya sido deshonrosa? c. Fue dado de baja o retirado del servicio debido a una discapacidad relacionada con el servicio?																			
Si contest si a la Pregunta 27 que estas arriba, por favor conteste las preguntas de la 28 a la 32 a continuación, de lo contrario vaya a la pregunta 33.																			
28. Fue retirado del servicio military active dentro de los últimos tres años (36 meses)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
29. Estuvo en servicio activo durante una Guerra, campana o expedición por la cual se haya autorizado una insignia de campana? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
30. Es usted un veteran discapacitado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Definición: Usted tiene una discapacidad relacionada con el servicio que le da derecho a recibir una compensación o que hizo que fuera retirado o dado de baja del servicio activo																			
31. Es usted un veteran discapacitado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Definición: usted tiene derecho a compensación por una discapacidad relacionada con el servicio, que ha sido considerada en 30 por ciento o más o Discapacidad relacionada conel servicio.																			
32. Es usted un veteran sin hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																			
33. Es usted conyuge de alguna de las siguientes personas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (a) un veteran que fallecio debido a una discapacidad relacionada con el servicio; (b) un veteran que tiene una discapacidad total relacionada con el servicio; (c) un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo que haya sido listado por más de 90 días en alguna de las siguientes categorías: (I) desaparecido en acción; (II) capturado en la línea del deber por fuerzas hostiles; o (III) detenido a la fuerza en la línea del deber por un gobierno extranjero.																			
34. Si contest Si a la Pregunta 27 o 33 que se encuentra arriba, usted califica para el Servicio de Asistencia Especial de Trabajo para Veteranos a través Del centro local "One Stop Center" en su area y, a menos que se le indique lo contrario en el momento en que complete este formulario, usted debe presentarse a esa oficina para registrarse para la asistencia a veteranos.																			

DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
UNEMPLOYMENT COMPENSATION APPLICATION FOR SERVICES

Por este medio reclamo beneficios bajo la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida. No estoy solicitando beneficios de reempleo bajo ningún otro sistema estatal o federal. A discreción del departamento, esta solicitud de beneficios puede ser aceptada como mi inscripción para obtener servicios de trabajo y empleo. Entiendo que la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida dispone sanciones por hacer a sabiendas declaraciones falsas con el fin de obtener beneficios. Declaro que las declaraciones hechas en relación con esta reclamación son verdaderas y correctas a mi mayor saber y entender. Acuerdo y entiendo que cualquier declaración falsa intencional de los datos puede causar que pierda mi estatus en el programa de WIA y podría estar sujeto a acción legal. Entiendo que la información está sujeta a verificación y convengo en proporcionar la documentación que se requiera. Entiendo que es posible que se de mi número de seguro social a otras agencias no gubernamentales y del gobierno federal, estatal y local.

Firma del reclamante: _____ Fecha: _____

Autorizo al Department of Economic Opportunity a que pueda enviarme vía correo electrónico cualquier información adicional pertinente a mi reclamo.

Mi Correo Electrónico es: _____

Entiendo que el Department of Economic Opportunity mantendrá confidencialmente mi dirección de correo electrónico según la sección 443.1715, Estatutos de Florida.

***EDICTO DE PRIVACIDAD**

La información provista a este departamento es voluntario y confidencial pero es requerida para procesar su reclamo. Según el Código de Rentas Internas del 1986, el acta del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y s. 443.091(1)(h), F.S., proveer el número de su Seguro Social es mandatorio. Los números del Seguro Social serán usados por el departamento para reportar los beneficios que le hayan sido otorgados al Servicio de Rentas Internas como posible base contributiva. De acuerdo con el acta de Reducción de la Deuda Federal, una enmienda a el acta de Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted provee es sujeta a verificación a través de pareo automatizado y la información sobre ingresos y su reclamo pueden ser facilitada al gobierno federal, estatal, local, o sus delegados para verificación de elegibilidad en otros programas, garantizar que los beneficios han sido propiamente pagados y para estadísticas o estudios.

Programa/Empresa que ofrece igualdad de oportunidades. Los asistentes y servicios auxiliares están disponibles a pedido de personas con incapacidades.

Sírvase enviar por correo postal a la siguiente dirección
Florida Department of Economic Opportunity
P.O. Box 5350
Tallahassee, FL 32314-5350

36. HISTORIAL DE TRABAJO: Complete lo siguiente con tinta azul o negra con relación a los últimos 3 trabajos que ha tenido durante los últimos 18 MESES ANTES del empleo que consignó en el ítem 12 del formulario UC310. Incluya todo empleo por cuenta propia, trabajo a tiempo parcial, servicio militar y empleo con una agencia gubernamental. Incluya todos los empleadores, independientemente del lugar, tipo de trabajo realizado o duración del empleo.

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)
Dirección de la calle del empleador:			FECHAS EN QUE TRABAJÓ: DE: _____ A: _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$ _____
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$ _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o cargo:
Número de teléfono del empleador: () —			Herramientas/Equipos usados:
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ _____ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)
Explique el motivo de la cesantía:			

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)
Dirección de la calle del empleador:			FECHAS EN QUE TRABAJÓ: DE: _____ A: _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$ _____
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$ _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o Título:
Número de teléfono del empleador: () —			Herramientas/Equipos usados:
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ _____ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)
Explique el motivo de la cesantía:			

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)
Dirección de la calle del empleador:			FECHAS EN QUE TRABAJÓ: DE: _____ A: _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$ _____
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$ _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o cargo:
Número de teléfono del empleador: () —			Herramientas/Equipos usados:
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ _____ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)
Explique el motivo de la cesantía:			

***EDICTO DE PRIVACIDAD**


La información provista a este departamento es voluntario y confidencial pero es requerida para procesar su reclamo. Según el Código de Rentas Internas del 1986, el acta del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y s. 443.091(1)(h), F.S., proveer el número de su Seguro Social es mandatorio. Los números del Seguro Social serán usados por el departamento para reportar los beneficios que le hayan sido otorgados al Servicio de Rentas Internas como posible base contributiva. De acuerdo con el acta de Reducción de la Deuda Federal, una enmienda a el acta de Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted provee es sujeta a verificación a través de pareo automatizado y la información sobre ingresos y su reclamo pueden ser facilitada al gobierno federal, estatal, local, o sus delegados para verificación de elegibilidad en otros programas, garantizar que los beneficios han sido propiamente pagados y para estadísticas o estudios.

Programa/Empresa que ofrece igualdad de oportunidades. Los asistentes y servicios auxiliares están disponibles a pedido de personas con incapacidades.

Preguntas/declaraciones de la Aplicación de CONNECT que faltan en la solicitud impresa

1. La Ley de Florida sostiene que hacer una declaración fraudulenta a sabiendas, para poder obtener o incrementar sus beneficios de Reempleo, es un delito grave de tercer grado sancionable con hasta \$5.000 en penalidades y cinco años en la cárcel. También es ilegal presentar una solicitud o reclamar semanas de beneficios para otra persona. Todos los casos que se determinen como fraudulentos pueden ser referidos a la oficina del Fiscal Estatal para su enjuiciamiento. Cada semana de beneficios reclamada fraudulentamente es un delito separado para su enjuiciamiento.

Si usted proporciona información fraudulenta o un Número de Seguro Social falso cuando

presenta su solicitud, usted podría ser  arrestado por fraude.

- Reconozco que entiendo esta declaración y deseo continuar presentando mi solicitud.**

2. DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La información que usted proporciona a este Departamento es voluntaria y confidencial pero se necesita para procesar su solicitud. Conforme al Código de Ingresos Internos de 1986, la Ley de Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1 y s.443.091(1)(h), F.S, la divulgación de su número de Seguro Social es obligatoria. Este Departamento utilizará los números de Seguro Social para informar los beneficios que usted recibe al Servicio de Ingresos Internos como posibles ingresos sujetos a impuestos. De acuerdo con la Ley Federal de Reducción del Déficit, una enmienda a la Ley Federal de Seguro Social y la 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted proporcione está sujeta a ser verificada a través de programas de comparación por computadora y la información acerca de sus ingresos y solicitud puede ser proporcionada a otras agencias federales, estatales y locales o sus contratistas para verificar la admisibilidad bajo otros programas gubernamentales para garantizar que los beneficios se hayan pagado adecuadamente y para fines estadísticos y de investigación.

Los empleadores se hallan autorizados legalmente a proporcionar a este Departamento la información necesaria para determinar su admisibilidad para recibir beneficios. Esta información incluye las fechas en que estuvo empleado, los ingresos pagados y la razón de su desvinculación laboral. La información que proporcione sobre por qué dejó un empleo específico puede divulgarse a ese empleador para que este Departamento pueda determinar su admisibilidad para los beneficios.

Certifico que estoy presentando esta solicitud de asistencia de reempleo para mí y que toda la información proporcionada es precisa y que las respuestas a todas las preguntas son verdaderas y correctas. Sé que la ley de Florida establece sanciones y/o encarcelamiento por declaraciones falsas para obtener beneficios y que este Departamento persigue activamente los beneficios recaudados de manera fraudulenta. Por la presente, reconozco que este Departamento verificará mi información para asegurar su exactitud. Al seleccionar "Sí", reconozco que toda la información proporcionada es completa y precisa según mi leal saber y entender; además, entiendo que dar falso testimonio o tergiversar a sabiendas o no divulgar un hecho material a sabiendas puede ser procesado como un delito grave de tercer grado conforme con la sección 443.071, Leyes de Florida.

He leído y acepto lo anterior: Sí No*

Nota: Si selecciona 'No' usted no puede continuar con esta solicitud. Dígame más sobre la [privacidad de los datos](#). [?]

3.

Dirección del domicilio del reclamante

Atención:

Dirección línea 1:

Dirección línea 2:

Ciudad:

Estado: (Seleccione uno)

Código postal:

Condado: Seleccione uno

País: Seleccione uno

Dirección postal

Marque este cuadro si la dirección postal es la misma que la dirección del domicilio:

Atención:

Dirección línea 1:

Dirección línea 2:

Ciudad:

Estado: FL – Florida

Código postal:

País: EE. UU. - Estados Unidos de América

4.

Notificación

1. ¿Trabajó o va a trabajar por tiempo completo desde 4/5/2020 a 4/11/2020? Sí No

2. ¿Trabajó o va a trabajar y ganar como mínimo \$275 desde 4/5/2020 a 4/11/2020? Sí No

5.

Preguntas iniciales

Sus respuestas nos mostrarán qué información se necesita para procesar su solicitud.

1. Indique **TODO(s)** tipo(s) de empleo que usted tuvo desde 1/1/2019.

Empleado en **Florida** (excluyendo el empleo militar y civil federal)

Empleado en un **Estado que no sea Florida** (excluyendo el empleo militar y civil federal)

Empleado en un **Estado que no sea Florida** (excluyendo el empleo militar y civil federal)

Empleado por las **Fuerzas Armadas** en Servicio Activo

Empleado como **empleado civil federal**?

Empleado por cuenta propia o como contratista independiente

No he estado empleado desde 1/1/2019

1. Desde 4/7/2019, ¿ha solicitado beneficios de reemplazo en un estado que no sea Florida? Sí No

2. ¿Está solicitando desde Florida? Sí No

3. Si usted no está solicitando desde Florida, seleccione el estado en el que está solicitando. (Seleccione estado)

4. Seleccione la ubicación desde donde está presentando esta solicitud. (Centro de Carreras)

5. Si seleccionó 'Otra', por favor escriba su ubicación.

6

Correspondencia preferida

¿Cómo le gustaría recibir su correspondencia? Electrónico Correo postal de los EE. UU.

Ingrese su dirección de correo electrónico:

Ingrese nuevamente su dirección de correo electrónico:

Indique su idioma preferido: Inglés

Si su idioma preferido está en la lista anterior

seleccione uno (1) del menú despegable: (Seleccione uno)

Correspondencia preferida

¿Cómo le gustaría recibir su correspondencia? Electrónico Correo postal de los EE. UU.

Ingrese su dirección de correo electrónico:

Ingrese nuevamente su dirección de correo electrónico:

Indique su idioma preferido : Inglés

Si su idioma preferido no está en la lista anterior

Seleccione uno (1) del menú despegable: (Seleccione uno)

7

Notificaciones proactivas

El Programa de Asistencia de Reempleo está ofreciendo notificaciones proactivas que le proveen importantes recordatorios tales como cuándo solicitar beneficios, avisos de pago y alertas sobre acciones necesarias o determinaciones hechas en su reclamo.

¿Le gustaría recibir notificaciones proactivas? Yes No

8.

Información de autorización de trabajo

Usted indicó que no es ciudadano de los Estados Unidos.

1. ¿Cuál de las siguientes tarjetas o documentos de autorización de trabajo tiene usted?
(Seleccione uno)

Si seleccionó 'Otro documento de autorización de trabajo', ingrese el nombre del documento:

2. Ingrese su número de registro de extranjero:
Si no ingresa un número de identificación de extranjero, su reclamación podría estar incompleta, pero se le permitirá continuar con el proceso de reclamación. Los pagos podrían no ser emitidos hasta que se reciba y procese su número de extranjero.
3. Ingrese la fecha de vencimiento, si consta en su tarjeta o documento: (mm/dd/aaaa)
4. Seleccione su país de origen: (Seleccione uno)
5. Ingrese su número de pasaporte:
6. Seleccione el país que emitió su pasaporte: (Seleccione uno)
7. Ingrese su número de I-94:
8. Ingrese su número de I-551/I-766:
9. Ingrese su número de identificación SEVIS:

Información general – Retención de impuestos

Los beneficios de Asistencia de Reempleo son totalmente imposables si usted está obligado a presentar una declaración de impuestos.

Ley Pública 103-465 requiere que el Departamento de Oportunidad Económica deduzca y retenga el impuesto federal al ingreso sobre la Asistencia de Reempleo si la persona que recibe los beneficios solicita voluntariamente tal deducción y retención. Usted podría solicitar una deducción en concepto de retención para sus impuestos federales al ingreso igual al 10% de su asistencia semanal.

A fines de enero se le entregará un comunicado, la Forma 1099-G, que indicará el monto de las prestaciones pagadas y retenidas durante el año anterior. La misma información se transmitirá al Servicio de Rentas Internas (IRS).

Los montos retenidos en concepto de impuesto al ingreso se mantienen en fideicomiso para el Gobierno de los EE. UU. Todos los reembolsos correspondientes a todo pago en exceso de impuesto al ingreso se deben obtener del IRS.

El Departamento no es responsable por el reembolso de los impuestos retenidos.

Podría ser necesario que usted haga pagos de impuestos estimados. Para obtener más información sobre cuándo se deben hacer estos pagos, consulte la publicación del IRS titulada "Retención de Impuestos e Impuesto Estimado" o comuníquese con el Servicio de Impuestos Internos. DIRIJA TODAS SUS PREGUNTAS SOBRE SU OBLIGACIÓN TRIBUTARIA AL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS.

Selección de retención de impuestos

¿Quiere se le retengan los impuestos federales sobre el ingreso sobre todo tipo de asistencia de reempleo que se pague a usted?

Por la presente autorizo al Departamento de Oportunidad Económica a NO deducir ni retener de mi asistencia de reempleo el impuesto federal sobre el ingreso.

Por la presente autorizo al Departamento de Oportunidad Económica a deducir y retener de mi asistencia de reempleo el impuesto federal sobre el ingreso.

Verificación de identidad

Verifique su identidad mediante el ingreso de su número de Seguro Social:

Número de Seguro Social: ***_**_****

Certifico que estoy haciendo la selección arriba mencionada con respecto a mi estado de la retención de los impuestos federales sobre e ingreso.

No existen funciones de sobregiro ni de crédito

Sus fondos son aptos para el seguro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC).

Para obtener información general acerca de las cuentas pre-pagas, visite cfpb.gov/prepaid.

Obtenga detalles y condiciones adicionales de todas las tarifas y servicios en los términos y condiciones de la tarjeta.



He revisado la Lista de Cargos de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida y entiendo que si elijo la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida como mi método de pago y utilizo los servicios mencionados anteriormente, que seré responsable de todo cargo que se me cobre por esos servicios.

11.

Ingrese su período total de empleo con este empleador:

Comienzo de empleo: (mm/dd/aaaa)

Finalización de empleo: (mm/dd/aaaa)

1. ¿Ha tenido Ud. múltiples períodos de nuevos empleos con este empleador desde 1/1/2019? Sí () No ()
 - 1a. ¿Fueron sus ingresos brutos al menos **\$4675** durante este período de empleo? No Sí () No ()
incluya ingresos ganados después de 4/5/2020.
 - 1b. Indique sus ingresos brutos con este empleador por el período total de su empleo indicado anteriormente \$0,000 (si fuera más de un año, indique los ingresos brutos de un período reciente de 1 año) No incluya ingresos ganados después de 4/5/2020.
2. ¿Se considera que usted está trabajando de guardia para este empleador? Sí () No ()
3. ¿Trabajó tiempo completo para este empleador? Sí () No ()
4. ¿Es usted un ejecutivo de una corporación? Si contestó "Sí", la razón de la desvinculación de un ejecutivo de corporación será considerada una renuncia voluntaria por las Leyes de Florida. Sí () No ()
5. ¿Es usted un propietario único, un socio de una sociedad, o trabaja para un miembro de familia que posee/opera una empresa de propietario único y/o sociedad en esta compañía? Sí () No ()
6. ¿Es Ud. un empleado escolar? Sí () No ()
7. ¿Trabajó para una compañía privada y como parte de su trabajo proporcionó servicios a una escuela u otra institución educacional? Por ejemplo, usted condujo un autobús escolar, pero no era un empleado de la junta escolar. Sí () No ()

12.

Información de retorno al trabajo

1. ¿Está programado que usted retorne a trabajar para este empleador? () Sí () No
Si contestó "Sí", complete lo siguiente:
Ingrese la fecha cuando retornará al trabajo (mm/dd/aaaa)
2. ¿Ha recibido o recibirá paga de vacación o día feriado por algún período en que esté desempleado? Sí No

13.

1. ¿Está inscrito o asistiendo a la escuela? Sí () No ()
2. ¿Ha rehusado o declinado alguna oferta de trabajo desde que está desempleado? Sí () No ()
3. ¿Desde que está desempleado, fue referido a un trabajo por el Centro de CareerSource y rehusó/no aceptó el referido? Sí () No ()
4. ¿Realizó servicios como deportista profesional para algún empleador desde el martes 1 de enero de 2019? Sí () No ()
5. ¿Ha solicitado o está recibiendo pagos de un fondo de pensiones, fondo de anualidad o cuenta de jubilación con excepción del Seguro Social? Sí () No ()
6. ¿Ha solicitado o está recibiendo Compensación por Accidente Laboral que está clasificada como:
 - 6a. Total Temporal? Sí () No ()
 - 6b. Total Permanente? Sí () No ()
7. ¿Ha recibido o espera recibir una indemnización u otros pagos debido a desvinculación laboral? De la lista siguiente, seleccione el empleador que emite pago por: despido, salario en lugar de aviso o algún otro pago por desvinculación en conexión con una desvinculación laboral que haya ocurrido después del martes 1 de enero de 2019? Sí () No ()
8. ¿Está buscando solamente trabajo de tiempo parcial? Sí () No ()
9. ¿Es usted un miembro activo de un Sindicato de Trabajadores que requiere que usted busque trabajo a través de una sala de contratación? Si contesta "Sí", escriba su Sí () No ()
 - 9a. Nombre de sindicato:
 - 9b. Número de la sala de contratación:
 - 9c. Número de Teléfono: ()-()-()
10. ¿Ha aceptado una oferta de trabajo con un empleador nuevo? Sí () No ()
 - 10a. Si contesta "Sí", ingrese la fecha de comienzo del empleo: (mm/dd/aaaa)

14.

Inscripción en Workforce

Comprendo que la ley de la Florida requiere que me inscriba en los servicios de Workforce vía Employ Florida Marketplace para continuar mi admisibilidad para pagos de beneficios.

Después de haber sometido mi aplicación, se me proveerá un enlace y también estará disponible en mi página de inicio en mi cuenta, si yo deseara completarla más tarde.

Yo comprendo que el pago de mi reclamación será retrasado o negado si mi inscripción en los servicios de Workforce no se completara con anterioridad a solicitar mis pagos de beneficios por primera vez.

() Estoy de Acuerdo

Centro de CareerSource

Comprendo que se me notificará si se me requiere asistir a un seminario del Centro de CareerSource. Dejar de asistir en la fecha señalada, podría conllevar la demora o pérdida de mis beneficios de asistencia de reemplazo.

Si un Centro de CareerSource me da un referido laboral, comprendo que no proseguir este referido podría conllevar la pérdida de los beneficios de asistencia de reemplazo.

() Estoy de Acuerdo

Solicitud de pagos de beneficios

Comprendo lo siguiente:

- Se me requiere solicitar pagos de beneficios por cada semana que yo desee recibir beneficios.
- La primera semana de un nuevo año de beneficio para el cual yo fuera apto para recibir beneficios de asistencia de reemplazo será una semana de espera que no es pagadera.
- Si existe un asunto pendiente sobre mi reclamación debo continuar solicitando los pagos de beneficios para que se me puedan pagar esas semanas si después se determina que soy apto.

() Estoy de Acuerdo

15.

Información de ingresos

Comprendo que si hago algún trabajo, incluyendo el entrenamiento pago en la reserva militar o trabajo por cuenta propia, debo informar la cantidad total de ingreso (cantidad previa a las deducciones por impuestos), ya sea que me hayan pagado o no cuando solicite el pago de beneficios por esa semana.

() Estoy de Acuerdo

Requisitos de búsqueda laboral

Regular:

Comprendo que se me requerirá someter un mínimo de cinco (5) contactos o los detalles de una visita al Centro CareerSource cuando solicite mis pagos de beneficios. Cada semana se me requerirá someter:

- Fecha de contacto
- Método de contacto
- Nombre de la empresa, número de teléfono, sitio web (URL), o dirección de correo electrónico
- Resultado de cada contacto
- Tipo de trabajo buscado

() Estoy de Acuerdo

Información sobre los derechos a beneficios

Comprendo que es mi responsabilidad leer la Información sobre los Derechos a Beneficios que explican mis derechos y responsabilidades cuando esté recibiendo asistencia de reemplazo. Al final de esta aplicación y en la página inicial de mi cuenta se halla un enlace para la Información sobre los Derechos a Beneficios.

() Estoy de Acuerdo

Verificación de Identidad.

He contestado todas las preguntas plena y sinceramente. Sé que hay penalidades por dar información incorrecta. Sé que para recibir beneficios debo cumplir con los requisitos de admisibilidad.

Al someter esta solicitud, reconozco que estoy presentando esta solicitud de asistencia de reemplazo para mí y que toda la información provista es completa y correcta según mi leal saber y entender. Comprendo también que hacer dar un falso testimonio o tergiversación a sabiendas o no divulgar un hecho material a sabiendas puede ser procesado como un delito mayor del tercer grado conforme a la Sección 443.071, Leyes de Florida.

Ingrese su número de Seguro Social () – () – ()

Departamento de Oportunidad Económica
Solicitud de Servicios de Asistencia de Reempleo

Por el presente reclamo beneficios bajo la Ley de Asistencia para Reempleo de Florida. No estoy solicitando beneficios bajo ningún otro sistema estatal o federal. A discreción del Departamento, esta solicitud de beneficios podría ser aceptada como mi inscripción para los servicios laborales y de empleo. Comprendo que la ley de Asistencia de Reempleo de Florida prevé penalidades por dar falso testimonio a sabiendas con el propósito de obtener beneficios. Declaro que las declaraciones hechas en conexión con esta reclamación son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que esta información está sujeta a verificación y estoy de acuerdo en proveer tal documentación tal como sea requerida.

Firma del reclamante _____ Fecha _____



REEMPLOYMENT ASSISTANCE PROGRAM
PO BOX 5250
TALLAHASSEE, FL 32314-5250

Ron DeSantis
Governor

Ken Lawson
Executive Director

Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida

A continuación hallará las estructuras de tasas de tarjeta de débito de las que usted ya ha acusado recibo y que ha revisado. Dependiendo de los servicios de Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida que usted utilice, Usted podría ser responsable de estas tasas.

Tarjeta prepaga de la Asistencia de Reempleo de Florida emitida por Comérica

Usted tiene varias opciones para recibir sus pagos: depósito directo en su cuenta bancaria, depósito directo en su cuenta prepaga personal o esta tarjeta prepaga. Usted no tiene obligación de aceptar esta tarjeta prepaga. Consúltenos sobre otras formas de recibir sus fondos.			
Tarifa mensual \$0	Por compra \$0	Extracción por cajero automático (ATM) \$0 (dentro de la red) \$1.90 (fuera de la red)	Recarga de efectivo No corresponde
Consulta de saldo por cajero automático (ATM) (dentro o fuera de la red)			\$0 o \$0.75
Servicios al cliente (automático o con agente en vivo)			\$0.50*
Inactividad			\$0
Cobramos otros 2 tipos de tasas. Son estas.			
Tasa por reemplazo de tarjeta (entrega regular o rápida)			\$4* o \$18.50*
Extracción de dinero en efectivo con cajero por mostrador			\$3.00*
*Esta tarifa puede ser menor dependiendo de cómo y cuándo se usa esta tarjeta. Vea la comunicación por separado acerca de las formas de acceder a sus fondos y a la información sobre su saldo sin cargo. Se le permite el reemplazo sin cargo de una tarjeta común por período de beneficio.			
No existen funciones de sobregiro ni de crédito			
Sus fondos califican para ser asegurados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC). Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid . Obtenga detalles y condiciones sobre todas las tasas y servicios en el acuerdo del titular de la tarjeta.			

He revisado la Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida y entiendo que si selecciono la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida como mi método de pago y utilizo los servicios mencionados anteriormente, seré responsable de toda tasa que se me cobre por esos servicios.

Lista de todas las tasas de la Tarjeta Prepaga Way2Go de la Asistencia de Reemplazo de Florida

Todas las tasas	Monto	Detalles
Comienzo		
Obtención de tarjeta	\$0	No se cobran tasas por la obtención de una cuenta de tarjeta.
Uso de fondos		
Puntos de venta (Point-of-Sale (POS))	\$0.00	No se cobran tasas por transacciones en POS realizadas en los Estados Unidos utilizando su firma o el número de identificación personal (PIN).
Obtener dinero en efectivo		
Extracciones por el cajero automático (ATM) (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por extracciones por cajero automático (ATM) dentro de la red, realizadas en los ATM de Comérica y de MoneyPass. "Dentro de la red" se refiere a la red de cajeros automáticos de Comérica y MoneyPass. Los lugares que se hallan dentro de la red pueden encontrarse en https://locations.comerica.com/ y moneypass.com/atm-locator.html . Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones por ATM (fuera de la red)	\$1.90	Esta es nuestra tasa. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos (ATM) fuera de las redes de ATM de MoneyPass o del Banco Comérica. Se le cobrará una tasa por cada extracción por ATM realizada en un ATM fuera de la red. El operador del ATM también podría cobrarle una tasa, aun cuando Usted no complete la transacción. Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones de dinero en efectivo asistidas por un cajero (OTC, por el mostrador)*	\$3.00	Esta es nuestra tasa. Se le permite una (1) extracción por depósito, sin cargo, en las ventanillas de cajeros de Mastercard Member Bank o Credit Union.
Información		
Servicio al cliente (automático o con agente en vivo)*	\$0.50*	Se le permiten cinco (5) llamados al Servicio al Cliente con Respuesta por Voz Interactiva (IVR) o con agente en vivo sin cargo, por mes, para verificar su saldo o para escuchar el historial de transacciones. Se le cobrará una tasa por cada llamado adicional.
Consulta de saldo en cajero automático (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por consulta de saldo por cajero automático (ATM) realizadas dentro de las redes de ATM de MoneyPass y Banco Comérica.
Consulta de saldo en cajero automático (ATM) (fuera de la red)	\$0.75	Esta es nuestra tasa. Se le cobrará una tasa por cada consulta de saldo por ATM realizada en un ATM fuera de la red.
Uso de su tarjeta fuera de los Estados Unidos		
Tasa por transacción internacional	3%	La tasa de conversión es una tasa de Mastercard sobre el monto de cada transacción realizada fuera de los EE.UU.
Otros		
Reemplazo de tarjeta	\$4	Se le permite un (1) reemplazo de tarjeta sin cargo, por período de beneficios. Se le cobrará una tasa por cada tarjeta de reemplazo adicional que solicite. Las tarjetas se envían por correo postal normal. La entrega estándar es de 7 a 10 días calendario.
Entrega rápida de la tarjeta	\$14.50	Si usted solicita el reemplazo de su tarjeta por entrega rápida en vez de recibirla por correo postal normal, se le cobrará la tasa por entrega rápida, además de toda otra tasa que corresponda por reemplazo de tarjeta. La entrega rápida puede esperarse que sea entre 3 a 5 días calendario.
Transferencia de fondos a través de Respuesta por Voz Interactiva (IVR por teléfono) o sitio web.	\$0.00	No se le cobrará ninguna tasa por cada transferencia de fondos desde su cuenta de tarjeta hacia su cuenta bancaria personal en un banco de los EE.UU.
<p>*Las transacciones "Libres de tasas" caducan al final de cada mes calendario, si no se utilizan.</p> <p>Sus fondos califican para el seguro FDIC y se mantendrán en / o se transferirán al Banco Comérica, una institución asegurada por el FDIC. Una vez allí, sus fondos están asegurados por el FDIC hasta \$250.000 en el caso de que el Banco Comérica quiebre, si se cumplen los requisitos específicos de seguro de depósito. Para obtener detalles vea fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html.</p> <p>No existen funciones de sobre giro ni de crédito</p> <p>Comuníquese con el Servicio al Cliente del Programa Go llamando al 1-833-888-2780, por correo postal a P.O. Box 245997, San Antonio, TX 78224-5997 o visite www.GoProgram.com.</p> <p>Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid.</p> <p>Si tiene alguna queja acerca de una cuenta prepaga, llame a la Oficina de Protección Financiera de los Consumidores al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.</p>		