



SOLICITUD DE BENEFICIOS DE DESEMPLEO

MN Department of Employment and Economic Development
UI Customer Service Center, Box 202, St. Cloud, MN 56302

POR FAVOR, IMPRIMA Debe completar y devolver esta solicitud a la dirección escrita arriba.

1 Número de Seguro Social: - -

2 Apellido: Nombre: Inicial:

3 Dirección: Número y Calle Número de Apt. Apartado Postal

Ciudad Estado Código Postal Condado

4 Área y Número de Teléfono: - Mes Día Año 5 Fecha de Nacimiento: 6 Sexo (marque uno): Masculino Femenino

7 Marque una: 1. Soy Ciudadano. 2. Tengo permiso legal para trabajar en los Estados Unidos.
Número de Tarjeta: A
Fecha de Vencimiento:

8 ¿Es usted un Veterano Militar? No Sí

9 Herencia étnica(marque uno): 1. Soy Hispano -o- Latino 2. No soy Hispano -o- Latino 3. Prefiero no contestar

10 Raza (marque uno): 1. Blanco 2. Negro 3. Nativo Hawaiano -o- Isleño Pacífico
4. Esquimal/Nativo-Americano 5. Asiático 6. Otro 7. Prefiero no contestar

11 Educación escolar: Grado más alto que completó 12 ¿Tiene usted una incapacidad? 0. No 1. Sí Prefiero no contestar

DO NOT SEPARATE

OFFICE USE ONLY County Code Community Code Program Code

13 ¿Su empleador le dijo a ud. que regresará al trabajo dentro de las próximas 45 días? NO Sí

14 ¿Espera usted **regresar al mismo trabajo** dentro de 6 meses? No Sí

15 ¿Es usted **miembro de un sindicato** (unión) y **sólo** consigue trabajo por ese sindicato? No Sí
Nombre del sindicato y número del local:

16 ¿Ha solicitado o está recibiendo beneficios de **Seguro Social Jubilación** en base a sus ganancias? No Sí

17 ¿**Durante los últimos 18 meses** ha solicitado o está recibiendo beneficios de **Seguro Social por Incapacidad**? No Sí

18 ¿Tiene usted su **propio negocio** (solo o con familiares)? No Sí
Nombre del Negocio:
Explique su relación con el dueño (por ejemplo, usted mismo, su esposo, su padre, su niño, su tía.)

19 ¿Ha recibido o recibirá **indemnización (compensación por despido)** después de su último día de trabajo? No Sí
Nombre de la compañía:
Cantidad total: \$ Por cuántas semanas:

20 ¿Es usted un estudiante de escuela secundaria? No Sí

21 ¿**Durante los últimos 18 meses** ha solicitado o está recibiendo una pensión? No Sí
Nombre de la compañía:
Cantidad total por mes: \$ Empezó: Mes Año

22 ¿**Durante los últimos 18 meses** ha solicitado o está recibiendo **Compensación de Trabajadores** (Worker's Compensation) u otros pagos de incapacidad? No Sí
Fechas de beneficios:
Empezó: Mes Año Terminó: Mes Año

OFFICE USE ONLY

TYP	W/S Code	
Elig Type	Last Job DOT	ICD

23 ¿Qué clase de trabajo hace normalmente?

¿Cuánta experiencia tiene en este tipo de trabajo?

LISTE ABAJO SU TRABAJO MÁS RECIENTE, INCLUYENDO TRABAJO DE AGENCIA TEMPORAL O TRABAJO QUE HACE MEDIO TIEMPO. DÉ EL NOMBRE COMPLETO DE LA COMPAÑÍA.

24 El empleo más reciente:

25 Área y número de teléfono:

26 Dirección de la compañía:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

DO NOT SEPARATE

27 Fechas de trabajo:

	Mes	Día	Año		Mes	Día	Año
Empezó:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Terminó:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

28 Último Sueldo:

\$ por

29 Número de horas que usted trabajó por semana:

30 Razón de por que se separó del trabajo más reciente (**marque uno**):

1. **Se terminó**(Layoff). Por ejemplo: se acabó el trabajo temporal, eliminaron su posición o la compañía se cerró.

2. **Dejó el trabajo** (Quit). Fue su decisión dejar el trábajo por razones personales o médicas

3. **Despedido o Suspendido** (fired or suspended). Su compañía hizo la decisión de despedirlo.

4. **Licencia/con permiso** (Leave of absence)

5. **En huelga** (On Strike/Lockout)

6. **Todavía esta trabajando**

31 ¿Ha tenido **más de un trabajo** en los últimos 18 meses? No Sí

32 ¿Trabajó en **otro estado(s)** en los últimos 18 meses? No Sí

Cuales estados?

33 ¿Trabajó para una **Agencia Federal** en los últimos 18 meses? No Sí

Si trabajó en Agencia Federal, obtenga una copia de la forma SF-8 o SF-50.

34 ¿Durante los últimos 18 meses estuvo en el **Servicio Militar**? No Sí

Si estuvo en Servicio Militar, obtenga una copia de Member 4-DD214..

35 ¿Está obligado por la ley o la corte a pagar asistencia para sus hijos? No Sí

Estado:

Condado:

36 Prefiere **Depósito Directo** de sus beneficios? No Sí

Si contesta que "Sí", complete la autorización para Depósito Directo en la Sección "B" y devuélvala con su aplicación.

37 Quiere que descontemos **impuestos federales o estatales** de sus beneficios ? No Sí

Si contesta que "Sí", complete la autorización para deducir impuestos en la Sección "B" y devuélvala con su aplicación.

38 Autorizo por este medio al Departamento de Seguridad Económica de Minnesota para solicitar a todos los empleadores para quienes trabajé, proveedores de salud, agencias de seguros, administradores de la pensión, administradores del Seguro Social y escuelas para que den la información necesaria para procesar mi solicitud. Yo entiendo que soy responsable por la información en la **"Guía de Beneficios de Desempleo"**. Todos mis declaraciones en esta solicitud son verdaderas. **CUIDADO:** Si da información falsa o incompleta para recibir beneficios, puede tener un castigo de 50% de la cantidad de beneficios que pagamos y será culpable de un crimen.

No*

Sí

****No podemos procesar su aplicación si usted marca " NO ".**

FIRMA:

FECHA:

SECCIÓN A - Debe completar y devolver esta página si contestó "sí" a las preguntas **31, 32, 33 o 34**. Liste todo el trabajo que ha tenido en los últimos **18 meses** incluyendo el trabajo **federal, militar y fuera del estado**. Si usted ha tenido más de 4 empleos durante los últimos 18 meses, anótelos en otro papel siguiendo la forma aquí establecida.

Corte en la línea punteada

HISTORIA DE EMPLEO ADICIONAL

Nombre:

Número de Seguro Social:

Nombre de la Compañía:

Área y Número de Teléfono:

Dirección de la compañía:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Empezó:

Terminó:

Fechas de trabajo:

Número de horas que trabajó por semana:

Razón de por que se separó del trabajo:

1. Se terminó

2. Dejó el trabajo

3. Despedido

4. Con permiso

5. En huelga

6. Todavía trabajando

Nombre de la Compañía:

Área y número de teléfono:

Dirección de la compañía:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Empezó:

Terminó:

Número de horas que trabajó por semana:

Fechas de trabajo:

Razón que de por se separó del trabajo

1. Se terminó

2. Dejó el trabajo

3. Despedido

4. Con permiso

5. En huelga

7. Todavía trabajando

SECCIÓN B.

Debe completar y devolver esta página si quiere **Depósito Directo de sus beneficios** o si usted quiere que descontemos **los impuestos federales o estatales** de sus beneficios.

Nombre:

Número de Seguro Social:

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DIRECTO

Usted puede solicitar que sus cheques sean depositados electrónicamente a su cuenta de cheques. Por este medio le llegará su pago más rápido. **Entregue un cheque anulado y firme abajo** para autorizar al Departamento de Seguridad Económica de Minnesota a depositar su cheque electrónicamente. Esto continuará hasta que usted lo cancele.

EJEMPLO:

Corte en la línea punteada

ADJUNTE CHEQUE ANULADO
AQUÍ

ANNE MAPLE 123 Main Street Anyplace MN 50000	1234 15-00000000
PAY TO THE ORDER OF	Date _____
_____	_____
ANYPLACE BANK Anyplace MN 50000	DOLLARS <input type="text"/>
For _____	_____
:250250025 : 202020 86 1234	

IMPUESTOS FEDERALES Y ESTATALES

Todos los pagos de beneficios de desempleo son imponible por la ley federal y estatal. Yo autorizo al Departamento de Seguridad Económica de Minnesota a descontar impuestos (marque uno y firme abajo):

Federales al 10%

Federales y Estatales a un porcentaje combinado del 15%

Prefiero que **no** me descontaran impuestos.

FIRMA:

FECHA:

Vuelva a: **UI Customer Service Center, P.O. Box 202, St. Cloud, MN 56302-0202**