

**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.

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																																											
2. Direccion postal local:				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>EFF Date</td> <td>M</td> <td>D</td> <td>Y</td> <td>DATE FILED</td> <td>M</td> <td>D</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CLAIM</td> <td>NEW</td> <td>ADD'L</td> <td>R/O</td> <td>T</td> <td>REQUALIFY</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>STATUS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TYPE:</td> <td>UC</td> <td>X</td> <td>FE</td> <td>CWC</td> <td>EB</td> <td>OTHE R</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>				EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y	CLAIM	NEW	ADD'L	R/O	T	REQUALIFY			STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			TYPE:	UC	X	FE	CWC	EB	OTHE R			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y																																								
CLAIM	NEW	ADD'L	R/O	T	REQUALIFY																																										
STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
TYPE:	UC	X	FE	CWC	EB	OTHE R																																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Direccion de la calle:		Apto.#		ISSUE: (check one)																																											
Ciudad:	Estado:	Zip:	Residence County:	UCB-13	MODS	STDK	METHO D																																								
3. Numero de telefono:		Numero de telefono alternativo:		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>																																										
() —		or () —		<input type="checkbox"/> YES - enter flag codes																																											
4. Fecha de nacimiento:		5. Sexo:		1. LOCAL OFFICE																																											
Mes	Dia	Ano	<input type="checkbox"/> M	FIPS																																											
			<input type="checkbox"/> F	RES. COUNTY																																											
6. Altura/Peso				WDB																																											
				2.																																											
7. (Solo para uso estadístico) Es usted de decendencia Hispana?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		3. IND W/S ERP MCS																																											
Indicar su afiliacion primaria:				4.																																											
<input type="checkbox"/> Blanco (1)		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Esquimal (4)		IB4 STATE/FIPS CODE																																											
<input type="checkbox"/> Afro-americano o Negro (2)		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas Pacificas (5)																																													
<input type="checkbox"/> Asiatico (3)		<input type="checkbox"/> Informacion no esta disponible (6)																																													
8. Identificación (ID):				Primary DOT Code: Mo. Exp. Secondary DOT Code: Mo. Exp.																																											
#de Licencia de Conducir:		Estado que la Emitió:		Disaster Date: Disaster #: FL																																											
#de la Tarjeta de identificación Estatal: _____		Estado que la Emitió: _____		Announcement																																											
Otro # de ID: _____		Clase de ID: _____		Documentation presented:																																											
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 de DUA 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 desastre porque:																																											
_____				_____																																											
15. Nombre de empleador al tiempo del desastre:																																															
Dirección de la calle del empleador:				Fechas en que trabajo: Ocupación:																																											
Ciudad	Condado	Estado	Cod. postal	De:	A:																																										
				Mes	Dia	Ano	Mes Dia Ano																																								
Nombre del Supervisor: Condado en el que trabajo:																																															
Numero de telefono del empleador:				Total de ingresos brutos ganados: \$																																											
() —		Tasa salarial:		Total de ingresos brutos ganados		\$																																									
		\$ _____ Por*		Desde el Domingo de esta semana:																																											
		(*Hora, Semana, mes, Ano)		Ocupación o título:																																											

DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES

Por este medio reclamo beneficios bajo la Ley de Asistencia de 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 de 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.