

# Florida Agency for Workforce Innovation (Agencia para la innovación en la fuerza de trabajo de Florida)

## Solicitud de compensación de emergencia por desempleo

La Ley de extensión por compensación por desempleo de 2008 (Ley pública 110-449), firmada por el Presidente el 21 de noviembre de 2008, enmendó a la Ley de compensación de emergencia por desempleo de 2008 (Ley pública 110-252) al aumentar el monto de los beneficios que una persona puede recibir por un reclamo. La ley original, que entró en vigor el 6 de julio de 2008, creó un derecho del 50% del reclamo regular estatal por desempleo, hasta por un máximo de 13 semanas de beneficios. La ley enmendada aumenta la elegibilidad del reclamo regular estatal al 80% o hasta un máximo de 20 semanas de beneficios adicionales, cualquiera que sea menor, por las semanas de desempleo a partir del 23 de noviembre de 2008.

**Para ser elegible para esta extensión adicional de beneficios, usted debe haber:** (1) establecido un reclamo por los beneficios regulares el o después del 2 de mayo de 2006 Y (2) agotado todos los derechos a la compensación de beneficios regular por desempleo bajo la ley federal estatal Y (3) no tener derecho a UC regular o extendido en ningún otro estado o en Canadá.

**El 29 de noviembre de 2008 es la primera semana en la cual se pueden pagar los beneficios adicionales. NO RENUNCIE A SU TRABAJO CON EL FIN DE PRESENTAR UN RECLAMO POR LOS BENEFICIOS DE EUC.**

Puede presentar un reclamo por los beneficios de la Compensación de emergencia por desempleo o la extensión adicional al llenar y enviar por correo este formulario a: Agency for Workforce Innovation; Special Claims; P O Drawer 5350; Tallahassee FL 32314-5350.

**DEBE INCLUIR SU NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL, NOMBRE, DIRECCIÓN DE LA CASA Y NÚMERO DE TELÉFONO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. SS: \_\_\_\_\_ Ciudadano estadounidense  Sí  No Extranjero núm.: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Núm. alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación regular? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una discapacidad de acuerdo con lo que se define en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973?  Sí  NO

Definición: Una persona está discapacitada si tiene un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más de sus actividades vitales principales; tiene un registro de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento. NOTA: Esta información se utiliza con fines estadísticos únicamente; se solicita de manera voluntaria y se considera confidencial.

**Marque una de las siguientes dos casillas e incluya cualquier información que se solicite:**

**NO he trabajado ni ganado ninguna cantidad de dinero desde el último reclamo de beneficios por desempleo y actualmente estoy completamente desempleado.**

Deseo presentar un reclamo de Compensación de emergencia por desempleo. Al hacerlo, certifico que no he trabajado desde la última vez que presenté un reclamo por beneficios de compensación por desempleo, que actualmente estoy desempleado y que no estoy buscando ni recibiendo beneficios por desempleo de ningún otro sistema estatal o federal. **LEA Y FIRME LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN.**

**YO he trabajado y he ganado dinero desde el último reclamo de beneficios por desempleo y actualmente estoy completamente desempleado.**

Deseo presentar un reclamo de Compensación de emergencia por desempleo. Al hacerlo, certifico que he trabajado desde la última vez que presenté un reclamo por beneficios de compensación por desempleo, que actualmente estoy total o parcialmente desempleado y que no estoy buscando ni recibiendo beneficios por desempleo de ningún otro sistema estatal o federal.

Proporcione la información que se solicita a continuación. Enumere **todos** los empleos que ha tenido desde la última vez que presentó un reclamo de beneficios, si es necesario, utilice el reverso de este formulario u hojas de papel adicionales. Si utiliza hojas adicionales, asegúrese de escribir su nombre y número de Seguro Social en cada hoja adicional. **LEA Y FIRME LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN.**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad	Estado:	Código postal
--------	---------	---------------

Fecha de inicio del empleo: \_\_\_\_\_ Última fecha trabajada: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del empleador: ( ) \_\_\_\_\_

Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

Total de ingresos brutos con este empleador: \_\_\_\_\_ Total de ingresos brutos desde el día domingo de esta semana: \_\_\_\_\_

Motivo de la finalización del empleo (Marque una casilla):

Despido definitivo/temporal  Renuncia  Trabajaba horas reducidas  Despido  Otro (explique): \_\_\_\_\_

Ocupación o puesto \_\_\_\_\_

¿Existe alguna razón por la cual no puede aceptar un trabajo ahora (está cuidando a un miembro de su familia, falta de transporte, enfermedad o discapacidad personal, etc.)?  Sí  NO En caso afirmativo, la razón es: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

Entiendo que la Ley de Compensación por desempleo de Florida y la Ley pública 110-252 sancionan por hacer declaraciones falsas deliberadamente con el fin de obtener beneficios a los cuales no se tendría derecho de otra manera. Manifiesto que las declaraciones que hice en relación con este reclamo son verdaderas según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** La información que proporcionó a esta agencia es voluntaria y confidencial, pero es necesaria para procesar su reclamo. De acuerdo con el Código de Rentas Internas de 1986, la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y s. 443.091(1)(g), F.S., la divulgación del número de su Seguro Social es obligatoria. La Agencia utiliza los números del Seguro Social para reportar los beneficios que recibe al Servicio de rentas internas, como un ingreso potencialmente sujeto a impuestos. De conformidad con la Ley federal de reducción del déficit, una enmienda a la Ley federal del Seguro Social y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que proporciona está sujeta a verificarse a través de los programas de computación correspondientes y se puede proporcionar a otras agencias federales, estatales y locales o sus contratistas la información acerca de su sueldo y el reclamo para la verificación de elegibilidad bajo otros programas gubernamentales, para asegurar que los beneficios se paguen de forma apropiada y para fines estadísticos y de investigación.

Un empleador/programa con igualdad de oportunidades. Puede solicitar la ayuda y servicios auxiliares disponibles para personas con discapacidades.