



**Departamento de Comercio de Carolina del Norte  
División de Seguridad de Empleo  
Seguro de Desempleo**



**Solicitud para Terminación de Asignación por Reajuste Comercial (TRA)**

Nombre (Nombre y Apellido) ID del Reclamante  
Dirección de Correo

Según la Ley de Reautorización de Asistencia para Ajustes Comerciales de 2015, asumiendo que un trabajador cumple con los otros requisitos de elegibilidad de TRA, el trabajador califica para un máximo de 13 semanas de Terminación TRA si se cumplen todos los siguientes criterios:

- 1) Las semanas requeridas son necesarias para que el trabajador complete un programa de capacitación que conduzca a la terminación de un grado o credencial reconocida por la industria.
- 2) El trabajador está participando en la capacitación en cada una de esas semanas; y
- 3) El trabajador ha cumplido sustancialmente los puntos de referencia de desempeño establecidos en el plan de capacitación aprobado; y
- 4) Se espera que el trabajador continúe progresando hacia la finalización de la capacitación aprobada; y
- 5) El trabajador podrá completar la capacitación durante el período autorizado para recibir la Terminación de TRA.

El período de elegibilidad para un máximo de 13 semanas de beneficios de Terminación TRA será el período de 20 semanas consecutivas comenzando con la primera semana en la cual el trabajador presenta un reclamo por Terminación de TRA.

CERTIFICACIÓN DE RECLAMANTE: Entiendo que estoy haciendo una solicitud de Terminación de Beneficios TRA y la información contenida en esta solicitud es completa y precisa a mi mejor saber y entender.

Firma del Reclamante: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**La sección siguiente debe ser completada por el Gestor de Casos DWS:**

Número de Petición \_\_\_\_\_ Fecha Adicional de Terminación TRA \_\_\_\_\_ Primera Semana de Solicitud de Terminación TRA \_\_\_\_\_

Nombre y Lugar de la Instalación de Capacitación \_\_\_\_\_ Fecha Esperada de Terminación de Capacitación \_\_\_\_\_

FECHA DE 20 SEMANAS \_\_\_\_\_

EL RECLAMANTE SÍ  NO  CUMPLIÓ TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS

EL RECLAMANTE SÍ  NO  CUMPLIÓ LAS 20 SEMANAS DE COMPLETACIÓN REQUERIDAS

\* MOTIVO SI EL RECLAMANTE NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS O EL REQUISITO DE COMPLETACIÓN DE 20 SEMANAS:

FIRMA DEL GESTOR DE CASOS DWS: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**La sección siguiente debe ser completada por el representante TRA:**

LA SOLICITUD PARA TERMINAR TRA ESTÁ:  APROBADA  NEGADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_