

**MEDIDA DE PRECISIÓN DE BENEFICIOS
CUESTIONARIO DEL RECLAMANTE - RECLAMO DE PAGO**

Lote # _____ Sec# _____

Por favor, responda las siguientes preguntas con la mayor precisión posible. Si no sabe la respuesta, déjela en blanco. El entrevistador hablará con usted más tarde. Si necesita ayuda, por favor pregunte. Por favor imprima claramente. Sus respuestas serán usadas para determinar si la decisión de negar sus beneficios de seguro de desempleo fue apropiada. Esta información será verificada. La última página de este cuestionario es para registrar su historial de trabajo.

Las auditorías de Medición de Precisión de Beneficios (BAM) seleccionadas al azar pagados y denegados reclamos de Compensación por Desempleo (UC) para verificar su exactitud. Las fallas en reportar, revelar o proporcionar información cuando se le indique o para completar el cuestionario BAM antes de la fecha de vencimiento pueden resultar en un retraso o en denegación de beneficios. Sus respuestas están sujetas a los estatutos de confidencialidad del estado, que deben cumplir con las regulaciones federales (20 CFR Parte 603). Las agencias estatales y federales salvaguardan la confidencialidad de la información BAM:

- 1) Usar la información solamente para verificar la elegibilidad de reclamante para UC e identificar características descriptivas generales sobre el programa de Seguro de Desempleo;
- 2) Permitir el acceso a la información sólo por personas autorizadas;
- 3) Velar por que el almacenamiento físico y electrónico de la información sea seguro; y
- 4) Publicar los resultados de las auditorías BAM en un formato que impida la identificación de cualquier persona que proporcione la información.

<p>1. Nombre (Primero Segundo Apellido)</p> <p>En los últimos tres años, si se sabe o se obtuvo ingresos por otro nombre, ingrese aquí:</p>	<p>10. Raza - Indique seleccionando uno o más de los siguientes:</p> <p>B 13</p> <p><input type="checkbox"/> [1] Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> [2] Negro o Africano Americano</p> <p><input type="checkbox"/> [3] Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> [4] Indio Americano o Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> [5] Proveniente de Hawái u otra Isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> [9] Desconocido</p>
<p>2. Número de Seguro Social</p> <p>En los últimos tres años, si usted ganó ingresos bajo otro Número de Seguro Social (NSS), ingréselo aquí:</p>	<p>11. Grupo étnico - Indique seleccionando uno de los siguientes:</p> <p>B 13</p> <p><input type="checkbox"/> [0] No Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> [1] Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> [9] Desconocido</p>
<p>3. Dirección de calle</p> <p>Número de apartamento.</p>	<p>12. ¿Ciudadano Americano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B 2</p> <p>Si no, Registro de Extranjero # _____</p>
<p>4. Ciudad, Estado, Código postal</p>	<p>13. Mayor nivel educativo completado (encierre en círculo uno):</p> <p>B 3</p> <p>Escuela Básica - 0 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>Escuela Media - 9 10 11 12</p> <p>Universidad Título Asociado</p> <p>Pre-grado Graduado de Escuela</p> <p>Campo Principal de Estudio: _____</p>
<p>5. Dirección de Correo (si es diferente)</p>	<p>14. ¿Ha tenido formación profesional o técnica en la escuela? B 4</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tipo de certificado: _____</p>
<p>6. Si se ha mudado desde que presentó sus solicitudes de beneficios de desempleo por primera vez en _____, ingrese su dirección cuando presentó su solicitud por primera vez:</p>	<p>15. Encierre en círculo los días de la semana que trabaja habitualmente.</p> <p>DOM LUN MAR MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SAB</p> <p>¿En general, trabaja medio tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

8. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) B 11	16. Encierre en un círculo los días de la semana en que está dispuesto y es capaz de trabajar. DOM LUN MAR MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SAB ¿Está buscando solamente trabajo medio tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino B 12	17. ¿Qué horas o turnos suele trabajar? <input type="checkbox"/> 1er turno - Día <input type="checkbox"/> Segundo turno - Cambio <input type="checkbox"/> 3er turno - Noche <input type="checkbox"/> Otro cambio - incluyendo rotación

SAMPLE

30. ¿Se ha registrado con el Servicio Público de Empleo en busca de trabajo desde la primera vez solicitó beneficios por desempleo en _____? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles fueron los resultados de estas referencias? _____ _____
--	---

SAMPLE

"LA SEMANA" es la semana que comenzó el _____ y terminó el _____.

34. Durante la semana, ¿fue un miembro activo de un sindicato?
 Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

G 8, G9

Nombre del Sindicato: _____

Número local: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

¿Su sindicato tiene un centro de contratación de un local? Sí No

¿Son sus cuotas consideradas actuales? Sí No

¿A quién contacta en el local?

¿SOLO consigue trabajo por el sindicato? Sí No

¿Aceptaría un trabajo no sindical? Sí No

Durante **LA SEMANA**, ¿era elegible para ser referido a trabajos por el sindicato? Sí No

Si la respuesta es "No", explique:

Durante **LA SEMANA**, ¿estaba en la lista fuera de trabajo?
 Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo fue la última vez que firmó la lista?

Si la respuesta es "No", explique:

Durante la semana, ¿a cuántos puestos de trabajo fue referido por el sindicato? _____

¿Cuáles fueron los resultados de estas referencias?

35. Durante **LA SEMANA**, ¿asiste a la escuela o está inscrito en un programa de capacitación? Sí No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: nombre, dirección, número de teléfono de la escuela o programa de capacitación:

B 5

¿La escuela o programa de capacitación está relacionada con el tipo de trabajo que usualmente o el tipo de trabajo que busca?

Sí No

36. Durante **LA SEMANA**, ¿usted o un miembro de su familia inmediata tuvo cualquier problema de salud, minusvalía o discapacidad que limita su capacidad para realizar su trabajo habitual o para buscar trabajo? Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique:

37. Durante **LA SEMANA**, ¿ha tenido alguna(s) u otra persona(s) dependiente por el que ya ha proporcionado cuidado durante las horas normales de trabajo?
 Sí No

Si la respuesta es "No", vaya a la pregunta 38.

Si la respuesta es "Sí" había alguna otra persona o lugar disponible para proporcionar cuidado?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre, dirección y número de teléfono del proveedor de servicios:

38. Durante **LA SEMANA**, ¿hubo día(s) que **NO** estaba disponibles para el trabajo? Sí No

Si la respuesta es "Sí" lista el día(s) y la razón(es) que **NO** estaba disponible:

39. Durante **LA SEMANA**, ¿había alguna razón por la que no podía aceptar el trabajo a tiempo completo? Sí No

Si la respuesta "Sí", explique:

40. Durante **LA SEMANA**, ¿era funcionario de una corporación, sindicato u otra organización? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la organización y oficina:

41. Durante **LA SEMANA**, ¿necesitó algunas licencias o certificados especiales para hacer el tipo de trabajo que busca? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿tiene la licencia o certificado necesario?
 Sí No

¿Qué tipo de licencia o certificado es?

¿Cuándo expira? _____

<p>Si está en formación, haga un círculo alrededor del tipo de programa: vocacional o académico</p> <p>¿Tiene o puede obtener evidencia de que está logrando progresos satisfactorios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
--	--

SAMPLE

42. CONTACTOS DE BÚSQUEDA DE TRABAJO

Complete la siguiente información para los contactos de trabajo que ha realizado durante la semana. Si tuvo más de cuatro contactos de trabajo, el entrevistador le dará otra hoja de cálculo. Enumere todos los contactos de trabajo que haya realizado durante la semana, incluyendo aquellos con los sindicatos, agencias de empleo privadas, y el Servicio Estatal de Empleo.

"LA SEMANA" es la semana que comenzó el _____ y terminó el _____.

G 10

1. Nombre del Empleador	Fecha de Contacto:	Método de Contacto <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):
Dirección:	Teléfono del Empleador (Incluya código de área)	¿Se tomó la aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se entregó resumen curricular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Código postal	Tipo de Trabajo al que aplicó:	¿Se le ofreció trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Nombre del Empleador	Fecha de Contacto:	Método de Contacto <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):
Dirección:	Teléfono del Empleador (Incluya código de área)	¿Se tomó la aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se entregó resumen curricular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Código postal	Tipo de Trabajo al que aplicó:	¿Se le ofreció trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Nombre del Empleador	Fecha de Contacto:	Método de Contacto <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):
Dirección:	Teléfono del Empleador (Incluya código de área)	¿Se tomó la aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se entregó resumen curricular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Código postal	Tipo de Trabajo al que aplicó:	¿Se le ofreció trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Nombre del Empleador	Fecha de Contacto:	Método de Contacto <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):
Dirección:	Teléfono del Empleador (Incluya código de área)	¿Se tomó la aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se entregó resumen curricular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Código postal	Tipo de Trabajo al que aplicó:	¿Se le ofreció trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Nombre del Empleador	Fecha de Contacto:	Método de Contacto <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):
Dirección:	Teléfono del Empleador (Incluya código de área)	¿Se tomó la aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se entregó resumen curricular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Código postal	Tipo de Trabajo al que aplicó:	¿Se le ofreció trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor, indique cualquier otra actividad de desarrollo de empleo en la que participó durante LA SEMANA (como trabajo en red, currículum vitae, sitios web de visita o agencias de empleo).

"LA SEMANA" es la semana que comenzó el _____ y terminó el _____.

43. Durante **LA SEMANA**, ¿recibió alguna oferta de los contactos que mencionó en la pregunta 42 o de los contactos que ha realizado en las semanas anteriores? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿acepta cualquier trabajo que le ofrecen?
 Sí No

Si la respuesta es "No", ¿por qué no?

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

Fecha en que aceptó la oferta:

Fecha en que comenzó o comenzará a trabajar: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:

45a. Marque todas las siguientes fuentes de ingresos que tuvo durante **LA SEMANA**, excluyendo la compensación por desempleo, y escriba la cantidad que recibió de cada fuente durante **LA SEMANA**, incluso si se le pagó en algún otro momento.

Ninguno (Si es "Ninguno" vaya a la pregunta 45b)

- Salarios _____
- Salarios en Lugar de Aviso _____
- Pago Día Festivo _____
- Guardia Nacional/Reserva _____ **F 2**
- Pago de Vacación _____
- Pagos de Comisión _____ **F 4**
- Propinas _____
- Empleo Propio _____
- Trabajadores _____
- Ganancias de Contrato Laboral _____
- Pago de Discapacidad _____
- Separación _____
- Otro, (especifique) _____

(NO incluya Beneficios de Seguro Social o Veterano)

44. Durante **LA SEMANA**, ¿hizo algún tipo de trabajo?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de trabajo hizo?

Días y horas trabajadas:

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:

¿Sigue trabajando para este empleador? Sí No

Si la respuesta es "no" Dé la razón por la que ya no está empleado:

45b. Durante **LA SEMANA**, ¿tenía derecho al pago de Seguro Social, pensiones o fondos para retiro?

Sí No

Si la respuesta es "No", vaya a la pregunta 46

Si la respuesta es "Sí", de la cantidad que recibió:

Seguro Social \$ _____

Beneficios de Veterano \$ _____

Retiro Ferroviario \$ _____

Servicio de Retiro Civil Federal \$ _____

Retiro Militar U.S \$ _____

Retiro del Gobierno (Local/Estadal) \$ _____

Empleador Privado o Unión Sindical \$ _____

Otro (Especifique) \$ _____

F 8
F 6

**MEDIDA DE PRECISIÓN DE BENEFICIOS
CUESTIONARIO DEL RECLAMANTE - RECLAMO DE PAGO**

46. ¿Recibió información sobre sus beneficios de desempleo, derechos y responsabilidades de la primera vez que declaró beneficios?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cómo se le dio esta información?

(Marque TODAS si aplica)

C5

- Entrevista (individual) en persona
- Entrevista grupal
- Libro o Folleto
- Internet / teléfono / otro medio multimedia
- Otro (Especifique) _____

47. ¿Ha tenido algún problema con su reclamo de seguro de desempleo?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique:

48. ¿Tiene alguna pregunta para hacer sobre su reclamo de seguro de desempleo o sobre sus responsabilidades y derechos como reclamo de un seguro de desempleo?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique:

Por favor complete su historial de trabajo en la página siguiente.

49. Entre el día en que presentó los beneficios de desempleo y el día que completó este cuestionario, ¿ha trabajado para algún empleador?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿sigue trabajando para este empleador? Sí No Si la respuesta es "No", ¿Por qué ya no trabaja para este empleador?

He comprendido las preguntas de este cuestionario y las he contestado con la verdad a mi leal saber y entender. Sé que mis respuestas serán usadas para determinar si mis beneficios de desempleo fueron negados correctamente. Sé que la ley establece multas para las declaraciones falsas hechas para obtener beneficios. También sé que mis respuestas serán verificadas.

Firma del Reclamante

Fecha de la Firma

Firma del Investigador

Fecha de la Firma

SOLO USO DE LA AGENCIA → Información obtenida por: Correo Fax Teléfono En persona E-mail

Por favor complete su historial de trabajo en la página siguiente(s).

MEDIDA DE PRECISIÓN DE BENEFICIOS
CUESTIONARIO DEL RECLAMANTE - RECLAMO DE PAGO
HISTORIAL DE TRABAJO PÁGINA 1

Proporcione la siguiente información sobre los empleadores para los que trabajó. Comience con su empleador más reciente y continúe de nuevo a la fecha mostrada. Incluya **TODOS** los empleos (es decir, tiempo completo, tiempo parcial, fuera del estado, empleo federal o contrato de trabajo).

DESDE EL PRESENTE HASTA _____
 MES / DÍA / AÑO

| ACTUAL O MÁS RECIENTE |
|---|---|---|---|
| Nombre del Empleador | Nombre del Empleador | Nombre del Empleador | Nombre del Empleador |
| Dirección | Dirección | Dirección | Dirección |
| Ubicación del Sitio de Trabajo |
| Número de Teléfono | Número de Teléfono | Número de Teléfono | Número de Teléfono |
| Marque todo lo que aplique
Tipo de Trabajo
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo
<input type="checkbox"/> Tiempo Medio
<input type="checkbox"/> Contrato
<input type="checkbox"/> Federal
<input type="checkbox"/> Militar | Marque todo lo que aplique
Tipo de Trabajo
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo
<input type="checkbox"/> Tiempo Medio
<input type="checkbox"/> Contrato
<input type="checkbox"/> Federal
<input type="checkbox"/> Militar | Marque todo lo que aplique
Tipo de Trabajo
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo
<input type="checkbox"/> Tiempo Medio
<input type="checkbox"/> Contrato
<input type="checkbox"/> Federal
<input type="checkbox"/> Militar | Marque todo lo que aplique
Tipo de Trabajo
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo
<input type="checkbox"/> Tiempo Medio
<input type="checkbox"/> Contrato
<input type="checkbox"/> Federal
<input type="checkbox"/> Militar |
| Duración del Trabajo
Primer Día _____
Último Día _____ |
| Título de su Trabajo |
| Salario en este Trabajo
\$_____ Por_____ |
| ¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo? | ¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo? | ¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo? | ¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo? |
| Razón de Separación
<input type="checkbox"/> Aún trabajando
<input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa
<input type="checkbox"/> Despedido
<input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro
<input type="checkbox"/> Disputa Laboral
<input type="checkbox"/> Por Temporada
<input type="checkbox"/> Otras razones de Peso | Razón de Separación
<input type="checkbox"/> Aún trabajando
<input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa
<input type="checkbox"/> Despedido
<input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro
<input type="checkbox"/> Disputa Laboral
<input type="checkbox"/> Por Temporada
<input type="checkbox"/> Otras razones de Peso | Razón de Separación
<input type="checkbox"/> Aún trabajando
<input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa
<input type="checkbox"/> Despedido
<input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro
<input type="checkbox"/> Disputa Laboral
<input type="checkbox"/> Por Temporada
<input type="checkbox"/> Otras razones de Peso | Razón de Separación
<input type="checkbox"/> Aún trabajando
<input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa
<input type="checkbox"/> Despedido
<input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro
<input type="checkbox"/> Disputa Laboral
<input type="checkbox"/> Por Temporada
<input type="checkbox"/> Otras razones de Peso |

MEDIDA DE PRECISIÓN DE BENEFICIOS
CUESTIONARIO DEL RECLAMANTE - RECLAMO DE PAGO
HISTORIAL DE TRABAJO PÁGINA 2

Siga proporcionando la siguiente información sobre los empleadores para los que trabajó. Continúe su historial de trabajo desde la página anterior y vuelva a la fecha que se muestra a continuación. Incluya **TODOS** los empleos (es decir, tiempo completo, tiempo parcial, fuera del estado, empleo federal o contrato de trabajo).

DESDE EL PRESENTE HASTA _____

MES / DÍA / AÑO

5to MÁS RECIENTE	5to MÁS RECIENTE	5to MÁS RECIENTE	5to MÁS RECIENTE
Nombre del Empleador	Nombre del Empleador	Nombre del Empleador	Nombre del Empleador
Dirección	Dirección	Dirección	Dirección
Ubicación del Sitio de Trabajo			
Número de Teléfono	Número de Teléfono	Número de Teléfono	Número de Teléfono
Marque todo lo que aplique Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Medio <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Militar	Marque todo lo que aplique Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Medio <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Militar	Marque todo lo que aplique Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Medio <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Militar	Marque todo lo que aplique Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Medio <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Militar
Duración del Trabajo Primer Día _____ Último Día _____			
Título de su Trabajo			
Salario en este Trabajo \$ _____ Por _____			
¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo?	¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo?	¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo?	¿Cuáles eran sus principales deberes en el trabajo?
Razón de Separación <input type="checkbox"/> Aún trabajando <input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro <input type="checkbox"/> Disputa Laboral <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> Otras razones de Peso	Razón de Separación <input type="checkbox"/> Aún trabajando <input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro <input type="checkbox"/> Disputa Laboral <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> Otras razones de Peso	Razón de Separación <input type="checkbox"/> Aún trabajando <input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro <input type="checkbox"/> Disputa Laboral <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> Otras razones de Peso	Razón de Separación <input type="checkbox"/> Aún trabajando <input type="checkbox"/> Falta de Trabajo o Pausa <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Renuncia o Retiro <input type="checkbox"/> Disputa Laboral <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> Otras razones de Peso

