



**North Carolina Department of Commerce  
Division of Employment Security  
Unemployment Insurance**



Reclamante: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Para uso de DES Exclusivamente*

Revisor: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Recibido : \_\_\_\_\_  
 Fecha codificada: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este formulario debe ser recibido por la División de Seguridad de Empleo dentro de los (14) días de la fecha de culminación de la semana por lo cual usted está reclamando beneficios. Debe llevar matasellos después de la media noche del **Sábado**, \_\_\_\_\_. La no devolución de su reclamo dentro de los (14) días de la fecha de culminación de la semana requerirá que usted vuelva a presentar su reclamo y sirva un período de espera de una semana sin pago.

Las siguientes preguntas aplican solo al calendario de 7 días de la semana culminando a las 11:59 de la media noche del sábado, _____	Culminación de la Semana _____  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1. ¿Terminó usted un trabajo; completó una asignación de trabajo a disposición o temporal durante la semana?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Trabajó usted durante la semana?	
3. De haber trabajado, Coloque los ingresos antes de las deducciones.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
4. De haber trabajado, coloque el total de horas trabajadas.	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. ¿Buscó usted trabajo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Pudo usted trabajar?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Estuvo usted disponible para trabajar?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Se rehusó usted a alguna oferta de trabajo o remisiones?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. ¿Asistió usted a la Escuela o Entrenamiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. ¿Estaría usted dispuesto a dejar su trabajo o entrenamiento o a cambiar su horario para aceptar un trabajo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. ¿Recibió usted una pensión o jubilación?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12. ¿Ha cambiado el monto de su jubilación o pensión?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13. ¿Recibió usted indemnización, separación o pago vacacional? Si es SI su respuesta, coloque <b>el monto bruto</b> en las cajas a la derecha.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

<p>14. ¿Recibió usted pago de festividades o bono? Si es SI su respuesta, coloque <b>el monto bruto</b> en las cajas a la derecha.</p>	<p>\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>15. Aplicó usted para o comenzó a recibir algunos de los siguientes: pago por incapacidad, compensación de trabajadores, o seguro de desempleo de otra agencia gubernamental?</p>	<p>SI <input type="checkbox"/>      NO <input type="checkbox"/></p>

**Certificación del Reclamante:** Yo \_\_\_\_\_, certifico que las respuestas de arriba  
 (Nombre en letra molde)

Son verdaderas y exactas según a mí concierne. Entiendo que podría ser procesado en un Tribunal por dar declaraciones falsas y/o retener información.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor cargue el formulario completado al portal de su empleador en [des.nc.gov](http://des.nc.gov)  
 O envíe por correo o fax el formulario completado a:**

Apartado Postal 25903 Raleigh, NC 27611-5903  
 Número de Fax 919.715.7642

**Ayúdenos a prevenir fraude  
 UI**

Respondiendo con exactitud y a tiempo a las solicitudes de información.