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

Aviso de Revisión de Elegibilidad

ADJUNTE IDENTIFICACION CON FOTO AQUÍ

Fecha de envío: 03/28/2016
NSS:

El no responder a esta solicitud y proveer la información solicitada el 4 de noviembre de 2016 puede resultar en la negación de los beneficios.
El objetivo de esta revisión es monitorear la continuidad de su elegibilidad para beneficios. Para ser considerado de manera oportuna, este formulario debe ser recibido a más tardar el 4 de marzo de 2016. Si ha vuelto a trabajar a tiempo completo, no es necesario completar los puntos 1 al 4. La fecha que volvió al trabajo:

Mes Día Año

Nombre y dirección el empleador:

_____

_____

1. ¿Está usted actualmente asistiendo a la escuela o a algún programa de entrenamiento aprobado según lo siguiente?:

   ( ) Asistencia de Ajuste al Comercio(TAA) ( ) Ley de Inversión en la Fuerza Laboral (WIOA)

   Si respondió que sí a cualquiera de éstas, proceda a la línea 5 y devuelva el formulario. No necesita completar el resto de este aviso.
2. ¿Cuál es la distancia (de ida) que está dispuesto a recorrer para ir al trabajo? _____millas
3. ¿Qué medio de transporte usará para buscar trabajo?_____
4. ¿Existe algo (problema de salud, cuidado de persona dependiente, transporte, asistencia a la escuela, entrenamiento (diferente al indicado en el punto 1), etc. que evita que usted acepte de manera inmediata trabajo a tiempo completo? NO( ) SI( )
   Si su respuesta fue SI explique _____
   _____
5. Adjunte una copia de una identificación con foto: formas aceptables de identificación incluyen la licencia de conducir, el pasaporte, u otra identificación expedida por el gobierno.
6. **Requerimientos para la Búsqueda de Trabajo**: La Ley de Seguridad Laboral 96-149 (e) requiere que usted esté **registrado** para trabajo en la oficina estatal del Servicio de Empleo de la Fuerza Laboral en el estado donde usted vive y que esté **buscando empleo activamente**, con un mínimo de **cinco contacto**s con potenciales empleadores por cada semana que usted haga el reclamo. Usted debe mantener un registro detallado de sus actividades de búsqueda de trabajo, las cuales podrán ser auditadas por el Departamento de Seguridad de Empleo. Debe mantener estos registros durante al menos cinco (5) años después de que deje de presentar y haya retornado al trabajo a tiempo completo. El no mantener un registro adecuado y verificable de su búsqueda de trabajo para cualquier semana que haya reclamado, puede resultar en la **negación, retraso del pago y/o pago en exceso** (que requerirá ser reembolsado) de los beneficios.

Por favor cargue el formulario completo a su Portal de Autoservicio del Reclamante en des.nc.gov O **envíelo lleno por correo o fax a:**

Post Office Box 27967
Raleigh, NC 27611-5903
Fax Number 919.733.1370

Ayúdenos a evitar el Fraude de Seguro de Desempleo
respondiendo oportunamente y con precisión a las solicitudes de información

Registros de Búsqueda de Trabajo

Métodos Aprobados de Contacto: En Persona, Resumen Curricular, Internet, Fax, Teléfono, Sindicato y Correo Electrónico.

Semana 1	**Comenzando el Domingo**	**y Terminando el Sábado**	
☐ No busqué trabajo esta semana porque:			
Fechas de Contactos	**Nombre del Empleador: Dirección, Sitio Web, Dirección de Correo Electrónico o Nombre y Cargo de la Persona Contactada**	**Método de Contacto**	**Puesto que Solicitó**

Semana 2	**Comenzando el Domingo**	**y Terminando el Sábado**	
☐ No busqué trabajo esta semana porque:			
Fechas de Contactos	**Nombre del Empleador: Dirección, Sitio Web, Dirección de Correo Electrónico o Nombre y Cargo de la Persona Contactada**	**Método de Contacto**	**Puesto que Solicitó**

Semana 3	**Comenzando el Domingo**	**y Terminando el Sábado**	
☐ No busqué trabajo esta semana porque:			
Fechas de Contactos	**Nombre del empleador: Dirección, Sitio Web, Dirección de Correo Electrónico o Nombre y Cargo de la Persona Contactada**	**Método de Contacto**	**Puesto que Solicitó**

Afirmo solemnemente bajo pena de perjurio que soy la persona nombrada en este documento y que la información que he proporcionado, incluyendo la prueba de identidad y los registros de búsqueda de empleo, son verdaderos, correctos, y completos según mi leal saber y entender. Entiendo, asimismo, que hay penas civiles y criminales severas por hacer falsas declaraciones y/o voluntariamente e intencionalmente tergiversar cualquier información para aumentar o recibir beneficios del seguro de desempleo y que cualquier información que yo he proporcionado está sujeta a verificación.

Firma del Reclamante_____ Fecha _____