

Comentarios: \_\_\_\_\_

**North Carolina Department of Commerce  
Division of Workforce Solutions**

Solicitud de Subsidio para la búsqueda de empleo  
Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas

Nombre del trabajador (Apellido, primer y segundo nombre)	Número de seguridad social	Centro de costos #	Fecha de la solicitud
Dirección (Nro., calle, ciudad, estado, código postal)	Número de petición	Estado pagador	Fecha de la certificación

**A. Solicitud del trabajador para el Subsidio para la búsqueda de empleo**

1. ¿Estaba totalmente separado del empleo que lo afectó negativamente el último año? **SI**  **NO**
2. ¿Es esta su primera solicitud para un subsidio en la búsqueda de empleo bajo la Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas? **SI**  **NO**

<b>3. Nombre y dirección de la firma donde se programó la entrevista:</b>	Fecha de la entrevista:	Trabajo para el que lo entrevistan:
	Fecha de salida:	
	Fecha de regreso estimada:	
	Cantidad de millas: (viaje ida y vuelta)	
9. Persona de contacto:	Número telefónico:	<b><u>O</u> adjuntar carta de verificación</b>

**B. Certificación del trabajador**

Doy esta información para apoyar mi solicitud de subsidio de reubicación bajo la Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas. La información contenida en esta solicitud es correcta y está completa en el mejor de mis conocimientos. Entiendo que se prevén penalidades para las declaraciones fraudulentas hechas para obtener los subsidios a los que no tengo derecho.

<b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b>	<b>FECHA DE LA FIRMA</b>
-----------------------------	--------------------------

**C. Certificación del personal del Centro de orientación vocacional NCWORKS**

1. Registrado con ES y se le han proporcionado servicios de reemplazo..... **SI**  **NO**
2. El individuo no tiene expectativas razonables de asegurar un empleo adecuado en el área de desplazamiento diario y ha obtenido un empleo adecuado a largo plazo afuera del área de desplazamiento al trabajo..... **SI**  **NO**
3. La solicitud para el Subsidio de reubicación se hizo en un plazo no superior a: **SI**  **NO**
- a. El día 365 después de la fecha de certificación o separación ..... **SI**  **NO**
- b. El día 182 después de finalizar el entrenamiento ..... **SI**  **NO**
4. El solicitante aceptó la referencia al empleador de DWS..... **SI**  **NO**

<b>FIRMA DEL GERENTE DEL CASO DEL TAA</b>	<b>FECHA DE LA FIRMA</b>
---	--------------------------

### D. Resolución de la agencia estatal

Basado en la información que ha proporcionado arriba, se determina que:

- a.  Usted es elegible para los Subsidios para la búsqueda de empleo bajo la Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas.
- b.  Usted no es elegible para los Subsidios para la búsqueda de empleo porque no se pudo hacer la entrevista de verificación de empleo.
- c.  Se niega el Subsidio para la búsqueda de empleo por la(s) siguiente(s) razón(es):

---



---



---



---



---



---

FIRMA DEL COORDINADOR DEL ESTADO DEL TAA

FECHA DE LA FIRMA

### E. Resultados en la búsqueda de empleo

Esta sección debe ser completada, firmada y fechada por el trabajador, y enviada al Coordinador del TAA **antes** de que se pueda efectuar el reembolso de los gastos.

Nombre de la compañía	Fecha de la entrevista	Nombre del entrevistador	Resultados
1.			
2.			
FIRMA DEL TRABAJADOR			FECHA DE LA FIRMA

### F. Reembolso de los subsidios para la búsqueda de empleo para los siguientes costos:

GASTOS DE VIAJE	Costo real	Monto reembolsado
<input type="checkbox"/> a. Transporte comercial	\$	\$
<input type="checkbox"/> b. Automóvil de propiedad privada (nro. de millas ___ )	\$	\$
<input type="checkbox"/> Costos de alojamiento (nro. de noches__@ tarifa diaria real)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Comidas (nro. de días ___ @ costo diario real)	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$	\$

### G. Derechos de apelación

Si no está de acuerdo con esta resolución, tiene el derecho de apelar. Esta resolución es definitiva a menos que la notificación de apelación se presente dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se le presentó o se le envió la resolución. Toda apelación debe ser presentada por escrito, exponiendo los motivos para apelar y ser (1) presentada en la Oficina DWS donde se presentó esta solicitud; (2) enviada a la Trade Unit, Workforce Solutions 4316 Mail Service Ctr., Raleigh, NC 27699-4316; o, (3) faxeada a la Workforce Solutions al (919) 662-4727.

**Apelada** \_\_\_\_\_ FIRMA DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_ FECHA

Razón(es) para apelar:

---



---



---



---