Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York
Registro Mensual de su Búsqueda de Trabajo mientras reclama Beneficios Extendidos

Nombre: _____ **SS#:** _____

Usted debe buscar trabajo adecuado activamente y diligentemente mientras que reclama los Beneficios Extendidos (EB).

Abajo, indique todos los patronos y sindicatos laborales contactados cada semana. Usted debe presentar solicitudes o comunicarse con por lo menos dos (2) patronos en cada semana en que reclame EB. **En el último domingo de cada mes en que reclame EB**, usted **debe enviar por coreo** este registro de búsqueda de trabajo a: ***NYS Department of Labor, PO Box 15121, Albany NY 12212-5121.*** (Mantenga una copia para sus archivos.) **De lo contrario, perderá sus Beneficios Extendidos.** Si necesita más espacio, puede añadir otra hoja de papel. También puede hacer fotocopias de este formulario.

Fecha de Contacto	Nombre del Patrono, Dirección y Número de Teléfono	Método de Contacto	Nombre de la Persona de Contactada	Puesto solicitado	Resultado del Contacto