

Su respuesta debe ser recibida dentro de diez (10) días calendarios a partir de la fecha en que fue enviada su Determinación Monetaria de Beneficios más reciente.

SEGURO POR DESEMPLEO Solicitud para Período Alterno

Complete la información siguiente

Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha Efectiva/de Comienzo del Reclamo: ___/___/___ Núm. De Seguro Social: XXX-XX-_____

Requisitos del formulario

Si usted quiere usar el Período Alterno para aumentar su tasa semanal de beneficios:

- Complete los pasos más abajo usando tinta negra o azul.
- Incluya cualquier documentación que pueda considerarse como prueba de empleo e ingresos; por ejemplo: talonarios de pago, W-2, 1099, vales, cheques, propinas, bonos, comidas, hospedaje, comisiones, pago de vacaciones y récords de empleo y/o pagos.
- Envíe fotocopias de toda su documentación usando un sólo lado de hojas de papel de 8 ½ X 11 pulgadas. No envíe originales.
- Escriba su nombre, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social, y su número de teléfono en todos los documentos.
- Este formulario completado y todos los documentos adjuntos deben ser recibidos en el período indicado en el mensaje IMPORTANTE! que aparece arriba.

Si sus ingresos en el trimestre calendario que ha sido completado más recientemente exceden los "Ingresos del Trimestre Más Alto" en su Determinación Monetaria de Beneficios, el uso del Período Alterno podría aumentar su tasa de beneficios. Si usted elige usar el Período Alterno para establecer un reclamo, no podrá usar estos ingresos para un reclamo futuro.

Paso 1 Información del último trimestre calendario

El último trimestre calendario completado antes de la fecha efectiva/de comienzo de su reclamo es:

___/___/___ Hasta ___/___/___
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Consulte su Determinación Monetaria de Beneficios para obtener las fechas de los trimestres calendarios, y compare los ingresos del trimestre del Período Alterno con sus récords. Entonces marque la cajilla correcta abajo, y vaya al "Paso" indicado.

- Los ingresos del trimestre del Período Alterno no son correctos o faltan. (Vaya al Paso 2)
 Los ingresos del trimestre del Período Alterno son correctos. (Vaya al Paso 3)

Paso 2 Información de Ingreses

Complete la información más abajo, incluya prueba de los ingresos y adjunte una hoja adicional si tiene información para más de (3) tres patronos.

Nombre Del Patrono: _____ Ingresos Brutos Trimestrales \$ _____

Dirección Del Patrono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado _____

Nombre Del Patrono: _____ Ingresos Brutos Trimestrales \$ _____

Dirección Del Patrono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado _____

Nombre Del Patrono: _____ Ingresos Brutos Trimestrales \$ _____

Dirección Del Patrono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado _____

Paso 3 Certificación

Certifico que la información arriba es verdadera según mi leal saber y sé que se imponen penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que si uso el Período Alterno, no se pueden usar estos ingresos en un reclamo futuro.

Firma Requerida Fecha Código de Area Número De Teléfono

Paso 4 Instrucciones para Devolver

Este formulario y toda la documentación adjunta deben recibirse en el período indicado más arriba en el mensaje ¡IMPORTANTE!

FAX: 518-457-9378

Este formulario es su página de cubierta.

Indique # total de páginas. _____

Q

ENVÍE: New York State Department of Labor
P.O. Box 15130
Albany, NY 12212-5130

Reclame sus beneficios semanales en el web o por llamando a Tele-Servicio.

Para información adicional, vaya a nuestra página de Internet : www.labor.ny.gov

Para ayuda, lea su Guía para Reclamantes