

**DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES**

Por favor imprima su información en tinta negro o azul solo para todos los elementos. (a ambos lados de la aplicación) y firmar este formulario. Completar un suplemento para otro empleo que ha tenido durante los últimos 18 meses. Sirvase enviar por correo postal a la siguiente dirección:

Florida Department of Economic Opportunity, P.O. Box 5350, Tallahassee, FL 32314-5350

1. Nombre (Nombre, Inicial, Apellido)				*Social Security Number: (see Privacy Act Statement on back of form) — —											
1a. Otros nombres que usted uso diferente durante el empleo				SOLO PARA USO DE LA OFICINA, NO ESCRIBA EN LA SECCION GRIS ABAJO											
2. Direccion postal local: Direccion de la calle: Apto.#				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">EFF Date</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">D</td> <td style="width: 10%;">Y</td> <td style="width: 10%;">DATE FILED</td> <td style="width: 10%;">M</td> <td style="width: 10%;">D</td> <td style="width: 10%;">Y</td> </tr> </table>				EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y
EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y								
Ciudad:		Estado:		Zip:		Residence County:									
3. Numero de telefono: () —				Numero de telefono alterno: or () —											
4. Fecha de nacimiento: Mes Dia Ano				5. Sexo: ☐ M ☐ F											
6. Altura/Peso /				7. (Solo para uso estadístico) Es usted de descendencia Hispana? ☐ SI ☐ NO											
Indicar su afiliación primaria: ☐ Blanco (1) ☐ Indio Americano o Esquimal (4) ☐ Afro-americano o Negro (2) ☐ Nativo de Hawai o de las Islas Pacificas (5) ☐ Asiatico (3) ☐ Informacion no esta disponible (6)				8. Identificación (ID): #de Licencia de Conducir: Estado que la Emitió: #de la Tarjeta de identificación Estatal: Estado que la Emitió: Otro # de ID: Clase de ID:											
9. Marque el numero que corresponda al grado más alto que haya completado: 1. No complete la escuela secundaria-Grado más alto completado fue: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 2. Diploma de escuela secundaria o GED ☐ 3. Certificado de curso vocacional/técnico AA o de postsecundaria ☐ 4. BS/BA ☐ 5. MS/MA ☐ 6. Doctorado ☐				10. Esta usted incapacitado come se define en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973? ☐ SI ☐ NO											
11. Soy ciudadano de los estados Unidos. ☐ SI ☐ NO Si es no, estoy autorizado para trabajar en este país. ☐ SI ☐ NO				11a. Ciudadanía: ☐ Ciudadano de US/Nacionalizado ☐ Haitiano entrante ☐ Cubano entrante ☐ Otro ☐ Extranjero o refugiado admitido legalmente											
12. Por este medio solicito beneficios por por el period que empieza: _____				13. TIPO DE NEGOCIAO DE SU EMPLEADOR: 15. Nombre de empleador al tiempo del Pandemia: _____ Direccion de la calle del empleador: _____ Cuidad Condado Estado Cod. postal Nombre del Supervisor: Condado en el que trabajo:											
14. Mi desempleo fue el resultado del COVID-19 porque: Total de ingresos brutos ganados: \$ Total de ingresos brutos ganados Desde el Domingo de esta semana: \$ Ocupación o título:				11b. Si no domina el ingles. Que idioma prefiere usar?? No. de Reg. de Extranjero: Fecha de vencimiento: Fechas en que trabajo: Ocupación: De: A: Mes Dia Ano Mes Dia Ano											

Motivo de la cesantía: ☐ Cesantía permanente ☐ Cesantía temporal ☐ Renuncia o cesantía voluntaria ☐ Horas de trabajo reducidas		☐ Suspensión ☐ Licencia de ausencia ☐ Despido, desempeño laboral ☐ Despido, otro motivo			
Explique el motivo de la cesantía:		Herramientas/Equipos usados:			
		Está programado para regresar al trabajo con este empleador? ☐ SI ☐ NO Caundo?			
16. Esta actualmente empleado, empleado por cuenta propia, o ha estado empleado por cuenta propia durante el pasado año?				☐ YES	☐ NO
17. Existe algún motive por el cual no puede buscar o aceptar empleo a tiempo completo?				☐ YES	☐ NO
17A. Ha rehusado alguna oferta de trabajo desde que quedo desempleado?				☐ YES	☐ NO
18. Ud. Aplico o recibió, o sería elegible para recibir: (Marque "Y" para sí y "N" ara no cerca de cada pregunta)					
☐ Una pérdida de sueldo debido a enfermedad o incapacidad?		☐ Una cantidad de pensión o de anualidades?			
☐ Cualquier tipo de seguridad privada para la protección de ingrsos?		☐ Compensación obrera por causa de muerte de la cabeza del hogar?			
☐ Cualquier suma de beneficio supplemental de desempleo?					
19. ha recibido, o recibirá, alguno de los siguientes pagos?					
Indemnización por despido		☐ SI	☐ NO	Cantidad: \$	
Salarios en lugar de aviso		☐ SI	☐ NO		
Pago de vacaciones		☐ SI	☐ NO	De: A:	
20. Tiene planes específicos de matricularse o asistir a la escuela o recibir capacitación vocacional dentro de los próximos 12 meses					
Si es así, cuando?		(fecha)		☐ SI	☐ NO
21. Está recibiendo, o recibirá una pensión de jubilación?					
Si es si, fecha en que comenzó/comenzara el pago:		Nombre del empleador:		☐ SI	☐ NO
22. Durante los últimos 18 meses, ha usted:					
a. Estado en el servicio militar?				☐ SI	☐ NO
b. Tenido un trabajo civil federal?				☐ SI	☐ NO
c. Trabajado en algun otro estado?				☐ SI	☐ NO
23. Ha solicitado beneficios de Asistencia de Reempleo en los últimos 12 meses?					
Si es así, en que estatdo?				☐ SI	☐ NO
24. Si recibió, o recibirá, pagos de Compensación por Accidentes en el Trabajo, está clasificado:					
Total temporal		☐ SI	☐ NO	Ingreso por impedimento	
Total permanente		☐ SI	☐ NO	☐ SI ☐ NO	
Parcial temporal		☐ SI	☐ NO		
Ingreso suplementario		☐ SI	☐ NO		
25. Es miembro de un sindicato laboral que busca/obtiene trabajo para sus miembros?					
Si es así, indique el número del Sindicato:				☐ SI	☐ NO
26. Que tipode trabajo está buscando?					
27. Es usted un veteran que cumple con una o más de las siguientes condiciones? ☐ SI ☐ NO					
a. Estuvo en servicio active por un period mayor a 180 días y recibió una baja que no sea deshonrosa.					
b. Fue usted un reservista que gano una insignia de campana y fue dado de manera que no haya sido deshonrosa?					
c. Fue dado de baja o retirado del servicio debido a una discapacidad relacionada con el servicio?					
Si contest si a la Pregunta 27 que estas arriba, por favor conteste las preguntas de la 28 a la 32 a continuación, de lo contrario vaya a la pregunta 33.					
28. Fue retirado del servicio military active dentro de los últimos tres años (36 meses)? ☐ SI ☐ NO					
29. Estuvo en servicio active durante una Guerra, campana o expedición por la cual se haya autorizado una insignia de campana? ☐ SI ☐ NO					
30. Es usted un veteran discapacitado? ☐ SI ☐ NO					
Definición: Usted tiene una discapacidad relacionada con el servicio que le da derecho a recibir una compensación o que hizo que fuera retirado o dado de baja del servicio active					
31. Es usted un veteran discapacitado? ☐ SI ☐ NO					
Definición: usted tiene derecho a compensación por una discapacidad relacionada con el servicio, que ha sido considerada en 30 por ciento o más o Discapacidad relacionada conel servicio.					
32. Es usted un veteran sin hogar? ☐ SI ☐ NO					
33. Es usted conyuge de alguna de las siguientes personas? ☐ SI ☐ NO					
(a) un veteran que fallecio debido a una discapacidad relacionada con el servicio; (b) un veteran que tiene una discapacidad total relacionada con el servicio; (c) un miembro de las Fuerzas Armadas en servició active que haya sido listado por más de 90 días en alguna de las siguientes categorías: (I) desaparecido en acción; (II) capturado en la línea del deber por fuerzas hostiles; o (III) detenido a la fuerza en la línea del deber por un gobierno extranjero.					
34. Si contest Si a la Pregunta 27 o 33 que se encuentra arriba, usted califica para el Servicio de Asistencia Especial de Trabajo para Veteranos a través Del centro local "One Stop Center" en su area y, a menos que se le indique lo contario en el momento en que complete este formulario, usted debe presentarse a esa oficina para registrarse para la asistencia a veteranos.					

DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
UNEMPLOYMENT COMPENSATION APPLICATION FOR SERVICES

Por este medio reclamo beneficios bajo la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida. No estoy solicitando beneficios de reempleo bajo ningún otro sistema estatal o federal. A discreción del departamento, esta solicitud de beneficios puede ser aceptada como mi inscripción para obtener servicios de trabajo y empleo. Entiendo que la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida dispone sanciones por hacer a sabiendas declaraciones falsas con el fin de obtener beneficios. Declaro que las declaraciones hechas en relación con esta reclamación son verdaderas y correctas a mi mayor saber y entender. Acuerdo y entiendo que cualquier declaración falsa intencional de los datos puede causar que pierda mi estatus en el programa de WIA y podría estar sujeto a acción legal. Entiendo que la información está sujeta a verificación y convengo en proporcionar la documentación que se requiera. Entiendo que es posible que se de mi número de seguro social a otras agencias no gubernamentales y del gobierno federal, estatal y local.

Firma del reclamante: _____ Fecha: _____

Autorizo al Department of Economic Opportunity a que pueda enviarme vía correo electrónico cualquier información adicional pertinente a mi reclamo.

Mi Correo Electrónico es: _____

Entiendo que el Department of Economic Opportunity mantendrá confidencialmente mi dirección de correo electrónico según la sección 443.1715, Estatutos de Florida.

***EDICTO DE PRIVACIDAD**

La información provista a este departamento es voluntario y confidencial pero es requerida para procesar su reclamo. Según el Código de Rentas Internas del 1986, el acta del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)(1), y s. 443.091(1)(h), F.S., proveer el número de su Seguro Social es obligatorio. Los números del Seguro Social serán usados por el departamento para reportar los beneficios que le hayan sido otorgados al Servicio de Rentas Internas como posible base contributiva. De acuerdo con el acta de Reducción de la Deuda Federal, una enmienda a el acta de Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted provee es sujeta a verificación a través de pareo automatizado y la información sobre ingresos y su reclamo pueden ser facilitada al gobierno federal, estatal, local, o sus delegados para verificación de elegibilidad en otros programas, garantizar que los beneficios han sido propiamente pagados y para estadísticas o estudios.

Programa/Empresa que ofrece igualdad de oportunidades. Los asistentes y servicios auxiliares están disponibles a pedido de personas con incapacidades.

Sírvase enviar por correo postal a la siguiente dirección
Florida Department of Economic Opportunity
P.O. Box 5350
Tallahassee, FL 32314-5350

SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA REEMPLEO

35. Número de Seguro Social:

— —

36. HISTORIAL DE TRABAJO: Complete lo siguiente con tinta azul o negra con relación a los últimos 3 trabajos que ha tenido durante los últimos 18 MESES ANTES del empleo que consignó en el ítem 12 del formulario UC310. Incluya todo empleo por cuenta propia, trabajo a tiempo parcial, servicio militar y empleo con una agencia gubernamental. Incluya todos los empleadores, independientemente del lugar, tipo de trabajo realizado o duración del empleo.

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)	
Dirección de la calle del empleador:			Fechas en que trabajó: DE: A:	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$	
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o cargo:	
Número de teléfono del empleador: () —			Herramientas/Equipos usados:	
Motivo de la cesantía: ☐ Cesantía permanente ☐ Suspensión ☐ Cesantía temporal ☐ Licencia de ausencia ☐ Renuncia o cesantía voluntaria ☐ Despido, desempeño laboral ☐ Horas de trabajo reducidas ☐ Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: (Hora, Semana, Mes, Año)	
Explique el motivo de la cesantía:				
Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)	
Dirección de la calle del empleador:			Fechas en que trabajó: DE: A:	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$	
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o Título:	
Número de teléfono del empleador: () —			Herramientas/Equipos usados:	
Motivo de la cesantía: ☐ Cesantía permanente ☐ Suspensión ☐ Cesantía temporal ☐ Licencia de ausencia ☐ Renuncia o cesantía voluntaria ☐ Despido, desempeño laboral ☐ Horas de trabajo reducidas ☐ Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: (Hora, Semana, Mes, Año)	
Explique el motivo de la cesantía:				
Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)	
Dirección de la calle del empleador:			Fechas en que trabajó: DE: A:	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$	
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o cargo:	
Número de teléfono del empleador: () —			Herramientas/Equipos usados:	
Motivo de la cesantía: ☐ Cesantía permanente ☐ Suspensión ☐ Cesantía temporal ☐ Licencia de ausencia ☐ Renuncia o cesantía voluntaria ☐ Despido, desempeño laboral ☐ Horas de trabajo reducidas ☐ Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: (Hora, Semana, Mes, Año)	
Explique el motivo de la cesantía:				

***EDICTO DE PRIVACIDAD**

La información provista a este departamento es voluntario y confidencial pero es requerida para procesar su reclamo. Según el Código de Rentas Internas del 1986, el acta del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y s. 443.091(1)(h), F.S., proveer el número de su Seguro Social es mandatorio. Los números del Seguro Social serán usados por el departamento para reportar los beneficios que le hayan sido otorgados al Servicio de Rentas Internas como posible base contributiva. De acuerdo con el acta de Reducción de la Deuda Federal, una enmienda a el acta de Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted provee es sujeta a verificación a través de pareo automatizado y la información sobre ingresos y su reclamo pueden ser facilitada al gobierno federal, estatal, local, o sus delegados para verificación de elegibilidad en otros programas, garantizar que los beneficios han sido propiamente pagados y para estadísticas o estudios.

Programa/Empresa que ofrece igualdad de oportunidades. Los asistentes y servicios auxiliares están disponibles a pedido de personas con incapacidades.



REEMPLOYMENT ASSISTANCE PROGRAM
PO BOX 5250
TALLAHASSEE, FL 32314-5250

Ron DeSantis
Governor

Ken Lawson
Executive Director

Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida

A continuación hallará las estructuras de tasas de tarjeta de débito de las que usted ya ha acusado recibo y que ha revisado. Dependiendo de los servicios de Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida que usted utilice, Usted podría ser responsable de estas tasas.

Tarjeta prepaga de la Asistencia de Reempleo de Florida emitida por Comérica

Usted tiene varias opciones para recibir sus pagos: depósito directo en su cuenta bancaria, depósito directo en su cuenta prepaga personal o esta tarjeta prepaga. Usted no tiene obligación de aceptar esta tarjeta prepaga. Consúltenos sobre otras formas de recibir sus fondos.			
Tarifa mensual \$0	Por compra \$0	Extracción por cajero automático (ATM) \$0 (dentro de la red) \$1.90 (fuera de la red)	Recarga de efectivo No corresponde
Consulta de saldo por cajero automático (ATM) (dentro o fuera de la red)			\$0 o \$0.75
Servicios al cliente (automático o con agente en vivo)			\$0.50*
Inactividad			\$0
Cobramos otros 2 tipos de tasas. Son estas.			
Tasa por reemplazo de tarjeta (entrega regular o rápida)			\$4* o \$18.50*
Extracción de dinero en efectivo con cajero por mostrador			\$3.00*
*Esta tarifa puede ser menor dependiendo de cómo y cuándo se usa esta tarjeta. Vea la comunicación por separado acerca de las formas de acceder a sus fondos y a la información sobre su saldo sin cargo. Se le permite el reemplazo sin cargo de una tarjeta común por período de beneficio.			
No existen funciones de sobregiro ni de crédito			
Sus fondos califican para ser asegurados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC). Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid . Obtenga detalles y condiciones sobre todas las tasas y servicios en el acuerdo del titular de la tarjeta.			



He revisado la Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida y entiendo que si selecciono la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida como mi método de pago y utilizo los servicios mencionados anteriormente, seré responsable de toda tasa que se me cobre por esos servicios.

Lista de todas las tasas de la Tarjeta Prepaga Way2Go de la Asistencia de Reemplazo de Florida

Todas las tasas	Monto	Detalles
Comienzo		
Obtención de tarjeta	\$0	No se cobran tasas por la obtención de una cuenta de tarjeta.
Uso de fondos		
Puntos de venta (Point-of-Sale (POS))	\$0.00	No se cobran tasas por transacciones en POS realizadas en los Estados Unidos utilizando su firma o el número de identificación personal (PIN).
Obtener dinero en efectivo		
Extracciones por el cajero automático (ATM) (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por extracciones por cajero automático (ATM) dentro de la red, realizadas en los ATM de Comerica y de MoneyPass. "Dentro de la red" se refiere a la red de cajeros automáticos de Comerica y MoneyPass. Los lugares que se hallan dentro de la red pueden encontrarse en https://locations.comerica.com/ y moneypass.com/atm-locator.html . Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones por ATM (fuera de la red)	\$1.90	Esta es nuestra tasa. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos (ATM) fuera de las redes de ATM de MoneyPass o del Banco Comerica. Se le cobrará una tasa por cada extracción por ATM realizada en un ATM fuera de la red. El operador del ATM también podría cobrarle una tasa, aun cuando Usted no complete la transacción. Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones de dinero en efectivo asistidas por un cajero (OTC, por el mostrador)*	\$3.00	Esta es nuestra tasa. Se le permite una (1) extracción por depósito, sin cargo, en las ventanillas de cajeros de Mastercard Member Bank o Credit Union.
Información		
Servicio al cliente (automático o con agente en vivo)*	\$0.50*	Se le permiten cinco (5) llamados al Servicio al Cliente con Respuesta por Voz Interactiva (IVR) o con agente en vivo sin cargo, por mes, para verificar su saldo o para escuchar el historial de transacciones. Se le cobrará una tasa por cada llamado adicional.
Consulta de saldo en cajero automático (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por consulta de saldo por cajero automático (ATM) realizadas dentro de las redes de ATM de MoneyPass y Banco Comerica.
Consulta de saldo en cajero automático (ATM) (fuera de la red)	\$0.75	Esta es nuestra tasa. Se le cobrará una tasa por cada consulta de saldo por ATM realizada en un ATM fuera de la red.
Uso de su tarjeta fuera de los Estados Unidos		
Tasa por transacción internacional	3%	La tasa de conversión es una tasa de Mastercard sobre el monto de cada transacción realizada fuera de los EE.UU.
Otros		
Reemplazo de tarjeta	\$4	Se le permite un (1) reemplazo de tarjeta sin cargo, por período de beneficios. Se le cobrará una tasa por cada tarjeta de reemplazo adicional que solicite. Las tarjetas se envían por correo postal normal. La entrega estándar es de 7 a 10 días calendario.
Entrega rápida de la tarjeta	\$14.50	Si usted solicita el reemplazo de su tarjeta por entrega rápida en vez de recibirla por correo postal normal, se le cobrará la tasa por entrega rápida, además de toda otra tasa que corresponda por reemplazo de tarjeta. La entrega rápida puede esperarse que sea entre 3 a 5 días calendario.
Transferencia de fondos a través de Respuesta por Voz Interactiva (IVR por teléfono) o sitio web.	\$0.00	No se le cobrará ninguna tasa por cada transferencia de fondos desde su cuenta de tarjeta hacia su cuenta bancaria personal en un banco de los EE.UU.
*Las transacciones "Libres de tasas" caducan al final de cada mes calendario, si no se utilizan. Sus fondos califican para el seguro FDIC y se mantendrán en / o se transferirán al Banco Comerica, una institución asegurada por el FDIC. Una vez allí, sus fondos están asegurados por el FDIC hasta \$250.000 en el caso de que el Banco Comerica quiebre, si se cumplen los requisitos específicos de seguro de depósito. Para obtener detalles vea fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html. No existen funciones de sobre giro ni de crédito Comuníquese con el Servicio al Cliente del Programa Go llamando al 1-833-888-2780, por correo postal a P.O. Box 245997, San Antonio, TX 78224-5997 o visite www.GoProgram.com. Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid. Si tiene alguna queja acerca de una cuenta prepaga, llame a la Oficina de Protección Financiera de los Consumidores al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.		