

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos  
NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO

SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DESEMPLEO OCASIONADO POR DESASTRE  
LEY REMEDIAL DE DESASTRE DE 1974

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

SOLICITO ASISTENCIA POR DESEMPLEO OCASIONADO POR DESASTRE POR EL PERIODO DE DESEMPLEO CAUSADO POR EL DESASTRE QUE COMENZO EN \_\_\_\_\_.

ESTOY DESEMPLEADO POR LA SIGUIENTE RAZON (EXPLIQUE DETALLAMENTE):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿TIENE USTED ALGUNA INCAPACIDAD FISICA POR EL DESASTRE?  Sí  No

MI SALARIO O INGRESO POR EMPLEO PROPIO ERA: \$ \_\_\_\_\_ SEMANAL  
\$ \_\_\_\_\_ MENSUAL

EN EL PERIODO DE TRECE SEMANAS ANTERIORES A LA FECHA EN QUE COMENZO EL DESASTRE TRABAJÉ \_\_\_\_\_ SEMANAS Y OBTUVE SALARIOS O INGRESOS POR EMPLEO PROPIO POR LA CANTIDAD DE \$ \_\_\_\_\_.

ADVERTENCIA: LA LEY IMPONE SEVERAS PENALIDADES A AQUELLOS RECLAMANTES QUE OFREZCAN INFORMACION FALSA CON EL PROPOSITO DE OBTENER BENEFICIOS.

CERTIFICO: QUE LA INFORMACION QUE HE OFRECIDO ES CORRECTA, QUE CONOZCO LAS PENALIDADES QUE DISPONE LA LEY POR OFRECER INFORMACION FALSA CON EL PROPOSITO DE OBTENER PAGOS DE ASISTENCIA A LOS QUE NO TENGO DERECHO Y QUE SE ME PROVEYO LA NOTIFICACION REQUERIDA POR LA LEY DE PRIVACIDAD DE 1974.

FIRMA DEL RECLAMANTE	FECHA	FIRMA DEL ENTREVISTADOR

SI TRABAJO EN EMPLEO PROPIO TIENE QUE COMPLETAR ADEMAS EL FORMULARIO PR-AD-1A, "SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DESEMPLEO OCASIONADO POR DESASTRE DE PERSONAS EN EMPLEO PROPIO".

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO – PARA USO DE LA OFICINA LOCAL

NUMERO DEL DESASTRE: \_\_\_\_\_

DECLARACION NUMERO: \_\_\_\_\_

INCAPACITADO POR EL DESASTRE?: \_\_\_\_\_

ULTIMO DIA TRABAJADO: \_\_\_\_\_

MES      DIA      AÑO

CLASIFICACION: \_\_\_\_\_

CODIFICACION DE DETERMINACION: \_\_\_\_\_

FECHA DE REGISTRO EN SABEN	REGISTRADO EN SABEN POR:	FIRMA DEL SUPERVISOR

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS  
NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO  
DIVISION DE SEGURO POR DESEMPLEO

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DESEMPLEO  
OCASIONADO POR DESASTRE DE PERSONAS EN EMPLEO PROPIO

1. Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)	2. Desastre número	3. Oficina Local	4. Núm. Seguro Social		
5. Nombre y Dirección del Negocio (núm., calle, pueblo o ciudad, país, zona postal)	6. Empleo propio (marque el encasillado correspondiente): Se dedica a: <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Profesión En calidad de: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Socio				
<b>A. INFORMACION SOBRE EMPLEO PROPIO (Conteste todas las preguntas)</b>					
1. Describa la naturaleza de su empleo propio; desde cuando trabaja en empleo propio:					
2. ¿Requería dicho empleo propio que usted prestara servicios durante parte de su tiempo?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, explique.					
3. ¿Estaba usted prestando servicios relacionados con su empleo propio cuando ocurrió el desastre? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, explique En caso afirmativo, indique los servicios prestados.					
4. ¿Evitó el desastre que usted prestara todos los servicios relacionados con su empleo propio? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, indique el servicio prestado.					
5. Desde que ocurrió su desempleo, ¿ Ha estado usted realizando o ha podido realizar algún trabajo para restaurar o mejorar el valor o la capacidad de aumentar las ganancias de su empleo propio?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique.					
6. A la fecha del desastre, ¿Dependía de este empleo propio como su ocupación principal y fuente de su ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sostenimiento? En caso negativo, explique.					
7. ¿Tiene otra ocupación además de su empleo propio?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, completa esta información:					
OCUPACION	HORARIO SEMANAL	SALARIO BRUTO (SEMANAL)	EFECTOS DEL DESASTRE		
<b>8. ACTIVIDADES AGRICOLAS (SI APLICA)</b>					
Tamaño de la finca (en acres):					
A continuación indique todos los productos agrícolas para la venta y del cual recibe ingreso la finca:					
COSECHAS		ANIMALES DOMESTICOS		OTROS (ESPECIFIQUE)	
Clase	Acres	Clase	Número	Clase	Número
9. Certificación del Solicitante					
Certifico que la información que he ofrecido aquí es correcta. La he ofrecido voluntariamente con el propósito de obtener asistencia por Desempleo Ocasionado por Desastre. Tengo conocimiento que la Ley dispone penalidades por ofrecer información falsa u ocultar hechos materiales con el propósito de obtener beneficios. Se me ha provisto la notificación requerida por la Ley de Confidencialidad de 1974 para ser usada en el Programa de Asistencia por Desempleo Ocasionado por Desastre.					
Firma del Solicitante				Fecha (mes, día, año)	

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS

DECLARACIÓN JURADA SOBRE INGRESOS EN EMPLEO PROPIO

Entiendo que mi elegibilidad para recibir la Asistencia de Desempleo ocasionado por Desastre (DUA) se determinará a base de la Información que provea al Negociado de Seguridad de Empleo en esta declaración jurada ya que no hay disponible un registro confiable de empleo asegurado o empleo propio y de salarios. También entiendo que para determinar mis ingresos semanales, debo someter con una explicación razonable, cuáles serán mis ingresos netos anticipados para el año fiscal en que ocurrió el desastre. Entiendo que todas las proyecciones sobre ingresos netos pérdidas están sujetas a verificación tan pronto como someta cualquier planilla de contribución sobre ingresos que falte tanto para el año tributable actual como para el anterior.

La siguiente información sobre ingresos netos se somete para la consideración de mi elegibilidad para la asistencia de ocasionado por desastre.

	Año Anterior _____	Año Actual _____
Ingreso Bruto	\$ _____	\$ _____
Subsidios, si aplica	\$ _____	\$ _____
Sub – Total	\$ _____	\$ _____
Menos Gastos de Negocios	\$ _____	\$ _____
Ingresos Netos	\$ _____	\$ _____

La razón por lo cual no tengo copia de la planilla de contribuciones para para \_\_\_\_\_, año anterior, a la fecha en que comenzó el desastre, es \_\_\_\_\_

Mis ingresos netos proyectados o estimados para \_\_\_\_\_, actual año tributable, están basados en la siguiente relacionada con mi capacidad de ingreso como individuo con empleo propio.

Estimo que mis ingresos serán [ ] mayores [ ] menores para el actual año por que \_\_\_\_\_

Al momento del desastre, [ ] estaba [ ] no estaba realizando gestiones relacionadas con este empleo propio.

El número de horas semanal promedio que trabajé como individuo con empleo propio son \_\_\_\_\_.

Certifico que la información que he sometido con este formulario es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Núm. Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

Recibido por: \_\_\_\_\_

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

Verificación de Empleo Prospectivo  
para cualificar para Asistencia de  
Desempleo ocasionado por Desastre (DUA)

Nombre: _____
Seguro Social: _____
Probable duración del Empleo
Desde: _____ Hasta: _____

**Empleo Prospectivo**

1. Nombre del patrono: \_\_\_\_\_
2. Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Se le ofreció un empleo directamente al reclamante? ( ) Sí ( ) No
4. ¿Cuándo se le ofreció? \_\_\_\_\_
5. Nombre y posición de la persona que ofreció el empleo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
6. Trabajo a realizar: \_\_\_\_\_
7. Salario ofrecido: \$ \_\_\_\_\_ por hora 8. Horas por semana: \_\_\_\_\_
9. Razón por la cual no pudo comenzar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. ¿Cuándo espera comenzar a trabajar? \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE HE SOMETIDO EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA A MI MEJOR ENTENDER Y CONOCIMIENTO Y SE QUE SE APLICARAN LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES A LOS PATRONOS, INDIVIDUOS O TERCERAS PARTES QUE HAGAN FALSAS DECLARACIONES O DEJEN DE SOMETER INFORMACION CON EL PROPOSITO DE QUE SE DENIEGEN BENEFICIOS O DE QUE SE EMITAN PAGOS QUE NO PROCEDEN.

NUM. ID FEDERAL DEL PATRONO
-----------------------------

NUM. CUENTA ESTATAL DEL PATRONO
---------------------------------

\_\_\_\_\_  
Firma/Título del Patrono o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

[ ]  
[ ]

FAVOR DE DEVOLVER A ESTA DIRECCION  
A LA BREVEDAD POSIBLE