

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO				ESTADO DE ARKANSAS "DEPARTMENT OF WORKFORCE SERVICES"		
FECHA DE HOY:		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		FECHA EFECTIVA (Sólo Oficina Local)		
* ¿Ha presentado usted alguna reclamación de desempleo en otro Estado en los últimos 12 meses? (Distinto a Arkansas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:		APELLIDO:		
Dirección Postal: * DIRECCIÓN – Línea 1:			DIRECCIÓN – Línea 2:			
* CIUDAD:		* ESTADO:		* Código Postal:		
Dirección Física (Si distinta a la anterior) DIRECCIÓN – Línea 1:			DIRECCIÓN – Línea 2:			
CIUDAD:		Código Postal:				
*Estado de Residencia:		Condado de Residencia:		Dirección de e-mail:		
TELÉFONO RESIDENCIAL: ( )		TEL. MÓVIL: ( )		SÓLO MENSAJES: ( )		
*FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		*AÑOS DE EDUCACIÓN:		
*ÉTNICIDAD: (RAZA)		<input type="checkbox"/> 1 - Blanco No Hispánico <input type="checkbox"/> 4 - Indio-Americano o Nativo-Americano		<input type="checkbox"/> 2 - Negro No Hispánico <input type="checkbox"/> 5 - Isleño Asia-Pacífico		
				<input type="checkbox"/> 3 - Hispánico <input type="checkbox"/> 6 - Otro		
¿ Es usted discapacitado? *? Es usted ciudadano estadounidense? Si no es ciudadano, tuvo autorización para trabajar en los Estados Unidos durante los últimos 18 meses? Si es Sí, Número del Permiso:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		* ¿Ha trabajado usted en otro estado(s) en los últimos 18 meses? Si es Sí, indique los Estados: _____ _____		
<b>INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR</b> (Empleador actual si está trabajando – o – si no está trabajando, del último empleador)						
* NOMBRE DEL EMPLEADOR:		NÚMERO DE CUENTA: (Sólo Oficina Local)		NÚMERO UNIDAD: (Sólo Oficina Local)		
* NOMBRE DE LA CALLE:						
* CIUDAD:		* ESTADO:		* CÓDIGO POSTAL:		
TELÉFONO EMPLEADOR:		FECHA ORIGINAL DE CONTRATACIÓN:		FECHA QUE FINALIZÓ ÚLTIMO TRABAJO:		
¿ Tiene fecha para retornar al trabajo o comenzar un nuevo trabajo dentro de 10 semanas? Si es Sí, fecha en que debe retornar al trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
* Su último trabajo fue: <input type="checkbox"/> 1 - Tiempo completo (40 horas) <input type="checkbox"/> 2 - Tiempo parcial (menos de 40 horas) <input type="checkbox"/> 3 - Temporal (120 días o menos)						
* Tipo de separación: <b>Suspension por:</b> <input type="checkbox"/> Clima <input type="checkbox"/> Falta de trabajo <input type="checkbox"/> Término del trabajo <input type="checkbox"/> Cierre del negocio		<b>Renuncia:</b> <input type="checkbox"/> Emergencia Personal <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> General	<b>Despido:</b> <input type="checkbox"/> Quedarse dormido <input type="checkbox"/> Pelea <input type="checkbox"/> Ausentismo/Tardanza <input type="checkbox"/> Insubordinación <input type="checkbox"/> Bebido/Prueba de droga <input type="checkbox"/> General	<b>Empleado de escuela:</b> <input type="checkbox"/> Vacaciones de Primavera <input type="checkbox"/> Vacaciones de Verano <input type="checkbox"/> Día de Fiesta	<b>Otro</b> <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Trabajo compartido <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Cierre patronal <input type="checkbox"/> Licencia médica familiar <input type="checkbox"/> Reducción de tiempo completo (40 horas)	<input type="checkbox"/> Licencia médica <input type="checkbox"/> Huelga <input type="checkbox"/> Dias de Fiesta <input type="checkbox"/> Todavía trabajando a tiempo parcial
¿ Ha trabajado usted en una Institucion Educativa durante los ultimos 18 meses? Si es Sí, ¿Se le suspendió con la seguridad razonable de llamario para el próximo semestre? Si es NO, ¿Está usted en receso por días festivos o vacaciones de primavera con la seguridad razonable de que lo llamaran luego del festivo o vacaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
?Como consiguio su último trabajo? <input type="checkbox"/> 1 - "Employment Security" o <input type="checkbox"/> 2 - En persona <input type="checkbox"/> 3 - Por correspondencia <input type="checkbox"/> 4 - Por teléfono <input type="checkbox"/> 5 - Por el Sindicato <input type="checkbox"/> 6 - Otro <input type="checkbox"/> 7 - Agencia Trabajo Temporal						
¿Que tipo de trabajo desempeñó en su último empleo?:						
¿Cuál fue su honorario de pago en su último trabajo? \$ Por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Semi-mensual <input type="checkbox"/> Mensual						
¿ En qué horario trabajó? De: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Hasta: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM						

