



**CONTINUACIÓN DE FORMULARIO DE RECLAMO**

**LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA LOCAL DE NH O ENVÍELO A:  
NHES BAU 45 SOUTH FRUIT STREET, CONCORD NH 03301-4857**

Marcar si la dirección postal es nueva

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N. ° de  
seguro  
social

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**PARA LA SEMANA DEL CALENDARIO QUE TERMINA EL SÁBADO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Marcar una opción)

**SÍ NO**

- |  |                          | <u>días</u>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Cuántos <b>días</b> asistió a la escuela o a <b>clases de capacitación</b> durante la última semana?   |                          |                          |
| 2. ¿ <b>Asistió a todas las clases programadas</b> durante la última semana?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Logró un <b>progreso satisfactorio en todas las clases programadas</b> durante la última semana?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿ <b>Agregó o eliminó alguna clase</b> o <b>cambió su capacitación</b> de cualquier forma durante la última semana?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Presentó un <b>reclamo de compensación al trabajador</b> debido a una lesión ocupacional durante la semana para la cual presenta el reclamo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Presentó un reclamo de <b>beneficios por Seguro Social</b> durante la semana para la cual presenta el reclamo? ( <i>Estos incluyen retiro por seguro social y beneficios de discapacidad por seguro social</i> ).                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿ <b>Trabajó o realizó algún servicio</b> durante la semana para la cual presenta el reclamo? ( <i>Esto incluye empezar un trabajo nuevo, trabajar tiempo parcial o para usted, independientemente de si recibió o no algún pago</i> ). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Recibió o recibirá algún <b>pago por festivos</b> por un día de fiesta que haya ocurrido durante la semana para la cual presenta el reclamo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Recibió <b>algún dinero que no declaró antes</b> ante este departamento, que no sea el sueldo por horas realmente trabajadas durante la semana para la cual presenta el reclamo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿ <b>Rechazó algún trabajo</b> durante la semana para la cual presenta el reclamo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si lo rechazó, proporcione una descripción breve del motivo en el casillero proporcionado _____<br>(horas, sueldo, obligaciones familiares, demasiada distancia, etc.).  |                          |                          |
| 11. ¿ <b>No consultó sobre una recomendación de trabajo</b> del Seguro de Empleo de NH durante la semana para la cual presenta el reclamo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si no lo hizo, proporcione una descripción breve del motivo _____<br>(olvidó investigar, no quería investigar, etc.).  |                          |                          |

CERTIFICACIÓN: *Comprendo que las respuestas que dé a las preguntas previas afectan mis derechos a recibir pagos por beneficios. Certifico que estas declaraciones son verdaderas y correctas. Certifico que no estoy reclamando ni recibiendo beneficios de ningún otro programa de desempleo por la semana indicada anteriormente. Certifico que anteriormente no proporcioné información falsa, ni dejé de divulgar información, sobre mi historial laboral, estado de empleo, ganancias, disponibilidad para trabajar u otras cuestiones relacionadas con mi elegibilidad para recibir beneficios. Comprendo que la ley estipula sanciones por realizar declaraciones falsas.*

**Firma del solicitante\***

**Fecha**

**Número de teléfono**

**\*Su reclamo no podrá procesarse sin su firma. Envíe el formulario completo a la dirección indicada anteriormente.**

**NHES SE ENORGULLECE DE PERTENECER A AMERICA'S WORKFORCE NETWORK Y NH WORKS. NHES ES UN EMPLEADOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y QUE CUMPLE CON LA LEY DE AMERICANOS DISCAPACITADOS. LOS INDIVIDUOS DISCAPACITADOS TIENEN A SU DISPOSICIÓN ASISTENTES Y SERVICIOS AUXILIARES. ACCESO A DISPOSITIVOS DE**

NHES 0180 T  
Spanish R-8/16