



ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN LA OFICINA LOCAL DE NH O ENVÍE EL FORMULARIO  
COMPLETO POR CORREO A:  
NHFS BAI 45 SOUTH FRUIT STREET, CONCORD NH 03301-4857

Tilde (✓) si esta dirección postal es nueva

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

NSS

--	--	--

--	--

--	--	--	--

PARA LA SEMANA DE CALENDARIO QUE FINALIZA EL

SÁBADO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Tilde una opción ✓)

**SÍ** **NO**

1. ¿Podía trabajar durante la semana reclamada? (En otras palabras, ¿podía empezar a trabajar o volver al trabajo para un empleador, si este se lo solicitara?)

Si no podía, proporcione una descripción breve del motivo en el casillero correspondiente (vacaciones, problemas con su vehículo, etc.). \_\_\_\_\_

2. ¿Estaba **capacitado** física y mentalmente para trabajar sin ninguna restricción durante la semana reclamada?

Si no estaba capacitado, proporcione una descripción breve del motivo en el casillero correspondiente (enfermedad, hospitalización, etc.). \_\_\_\_\_

3. ¿Empezó algún **programa de capacitación nuevo** o asistió a alguna **escuela** durante la semana reclamada?
4. ¿Presentó un **reclamo por compensación laboral** debido a una lesión ocupacional durante la semana reclamada?
5. ¿Presentó una solicitud para recibir **beneficios de seguro social** durante la semana reclamada? (Incluyendo beneficios de retiro y de discapacidad de Seguro Social)
6. ¿Trabajó o prestó algún **servicio** durante la semana reclamada? (Incluyendo empezar un trabajo nuevo, trabajar tiempo parcial o para usted mismo, independientemente de si le pagaron o no)
7. ¿Recibió o recibirá un **pago de vacaciones** por vacaciones tomadas durante la semana reclamada?
8. ¿Recibió **algún dinero que no informó antes** al Departamento que no sea un sueldo por horas trabajadas durante la semana reclamada?
9. ¿Rechazó algún **trabajo** durante la semana reclamada?

Si rechazó algún trabajo, proporcione una descripción breve del motivo en el casillero correspondiente (horas, sueldo, obligaciones familiares, distancia, etc.). \_\_\_\_\_

10. ¿No siguió alguna **sugerencia de trabajo** del Departamento de Seguridad Laboral de NH durante la semana reclamada?

Si no siguió alguna sugerencia de trabajo, proporcione una descripción breve del motivo (olvidó averiguar, no quiso averiguar, etc.). \_\_\_\_\_

**¿Cuál de las siguientes opciones describen las medidas que tomó para buscar trabajo durante la semana reclamada?**

- Busqué trabajo.
- No busqué trabajo porque me reincorporé al trabajo de mi empleador previo.  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de reincorporación al trabajo: \_\_\_\_\_
- No busqué trabajo porque me contrató un empleador nuevo.  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de primer día de trabajo: \_\_\_\_\_
- No busqué trabajo.

FECHA MM/DD/AA	EMPLEADOR CONTACTADO	MÉTODO DE CONTACTO	TIPO DE TRABAJO BUSCADO	RESULTADOS
	Nombre: Calle: Ciudad/Localidad: Estado: Teléfono:			

CERTIFICACIÓN: *Comprendo que las respuestas indicadas anteriormente pueden afectar mi derecho a recibir pago de beneficios. Certifico que estas declaraciones son ciertas y correctas. Certifico que no estoy reclamando ni recibiendo beneficios a ningún otro programa de desempleo por la semana indicada anteriormente. Certifico que previamente no proporcioné información falsa, ni dejé de divulgar información sobre mi historial laboral, estado laboral, ganancias, disponibilidad para trabajar u otras cuestiones relacionadas a mi elegibilidad para recibir beneficios. Comprendo que la ley estipula sanciones por declaraciones falsas que se realicen con el objeto de obtener o aumentar beneficios.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante\***

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono**

**\*No se puede procesar su reclamo sin su firma. Envíe por correo el formulario completo a este Departamento a la dirección que aparece en el frente de este documento.**

**EL NHES SE ENORGULLECE DE SER MIEMBRO DE LA RED LABORAL DE LOS ESTADOS UNIDOS Y DE LA OFICINA WORKS DE NH. EL NHES ES UNA ENTIDAD QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES LABORALES Y QUE CUMPLE CON LA LEY DE DISCAPACITADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. LOS INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES TIENEN A SU DISPOSICIÓN ASISTENCIA Y SERVICIOS AUXILIARES SI LOS SOLICITAN. ACCESO A DISPOSITIVOS DE TELECOMUNICACIÓN PARA HIPOACÚSICOS/TELÉFONO DE TEXTO: TRANSMISIÓN DE NH 1-800-735-2964**