



**SEGURO DE EMPLEO DE NEW HAMPSHIRE
CAMINO AL TRABAJO
CONTINUACIÓN DE FORMULARIO
DE RECLAMO**



**LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA LOCAL DE NH O ENVÍELO A:
NHES Operations 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:

____ / ____ / ____

1. Proporcione la cantidad de horas dedicadas para hacer crecer su empresa, ir a clases o capacitarse para su empresa y/o a trabajar para su empresa:

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Capacitación							
Otras formas de dedicación							

2. Si no participó en todas las actividades de capacitación programadas y/o no dedicó su tiempo completo a establecer su negocio, explique el motivo:

3. Proporcione los ingresos brutos totales de la empresa durante esta semana: \$ _____

4. Proporcione la cantidad que tomó como ingreso personal, de su empresa durante esta semana: \$ _____

5. ¿Tiene algún otro empleado aparte de usted? **SÍ** **NO**

Si respondió sí, ¿cuántos empleados tiene? _____

Si respondió sí, proporcione la cantidad bruta que pagó a estos empleados esta semana: \$ _____

(Marcar una opción)

SÍ **NO**

6. ¿Presentó un **reclamo de compensación al trabajador** debido a una lesión ocupacional durante la semana para la cual presenta el reclamo?

7. ¿Presentó un reclamo de **beneficios por Seguro Social** durante la semana para la cual presenta el reclamo? (Estos incluyen retiro por seguro social y beneficios de discapacidad por seguro social).

8. ¿Trabajó alguna cantidad de horas esta semana para un **empleador** que no sea usted mismo?

9. ¿Recibió o recibirá algún **pago por festivos** por un día de fiesta que haya ocurrido durante la semana para la cual presenta el reclamo?

10. ¿Recibió **algún dinero que no declaró antes** ante este departamento, que no sea el sueldo por horas realmente trabajadas durante la semana para la cual presenta el reclamo?

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 TELECOMUNICACIÓN PARA HIPOACÚSICOS/MENSAJE DE TEXTO: SERVICIO DE RETRANSMISIÓN DE NH 1-800-735-2964

NHES 0402 Spanish
R-8/16