



NEW YORK STATE
DEPARTMENT OF LABOR
P. O. Box 15130
ALBANY, NY 12212-5130

¡IMPORTANTE!

Su respuesta debe ser recibida dentro de (10) diez días de la Fecha de Envío de su última Determinación Monetaria de Beneficios

SEGURO POR DESEMPLEO
Solicitud para Período Alterno

Complete la información siguiente

NOMBRE: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
FECHA EFECTIVA/DE EMPIEZO _____ FECHA DEL FIN DEL AÑO _____
DEL RECLAMO: ____ / ____ / ____ DE BENEFICIOS: ____ / ____ / ____

Requisitos del formulario

Si usted quiere usar el Período Alterno para aumentar su tasa semanal de beneficios:



- Complete los pasos más abajo usando tinta negra o azul;
- Incluye cualquiera documentación que se puede considerar como prueba de empleo e ingresos, por ejemplo: talonarios de pago, W-2, 1099, vales, cheques, propinas, pagos extras, comidas, hospedaje, comisiones, pago de vacaciones y archivos de empleo y/o pagos.
- Haga fotocopias de toda la documentación en un lado de una hoja de 8 ½ X 11 pulgadas. No envíe originales.
- Escriba su nombre, número de Seguro Social y número de teléfono en todos los documentos.
- Este formulario completado y todos los documentos deben ser recibidos dentro del período indicado en el mensaje IMPORTANTE!



Si los ingresos de su última trimestre calendario completado exceden los "Ingresos del Trimestre Más Alto" en su Determinación Monetaria de Beneficios, el uso del Período Alterno podrá aumentar su tasa de beneficios. Si usted elige usar el Período Alterno para establecer un reclamo, no podrá usar estos ingresos para un reclamo en el futuro.

Paso 1

El último trimestre calendario completado antes de la fecha efectiva/de empleo ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____
de su reclamo es: Mes Día Año Mes Día Año

Información del último trimestre calendario

Refiera a su Determinación Monetaria de Beneficios para las fechas de los trimestres calendarios y compare los ingresos del trimestre del período alterno con sus archivos, entonces indique la cajilla correcta y vaya al "Paso" indicado.

- Los ingresos del trimestre del período alterno no son correctos o faltan. (Vaya al Paso 2)
 Los ingresos del trimestre de período alterno son correctos. (Vaya al Paso 3)

Paso 2 Información de Ingreses

Complete la información más abajo, incluya documentación de los ingresos y adjunte una hoja adicional si tiene información para más de (tres) patronos. Las solicitudes sin documentación de los ingresos se rechazarán.

NOMBRE DEL PATRONO: _____ INGRESOS BRUTOS TRIMESTRALES \$ _____

DIRECCIÓN DEL PATRONO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ Si trabajó fuera del estrado de Nueva York, indique el estado. _____

NOMBRE DEL PATRONO: _____ INGRESOS BRUTOS TRIMESTRALES \$ _____

DIRECCIÓN DEL PATRONO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ Si trabajó fuera del estrado de Nueva York, indique el estado. _____

NOMBRE DEL PATRONO: _____ INGRESOS BRUTOS TRIMESTRALES \$ _____

DIRECCIÓN DEL PATRONO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ Si trabajó fuera del estrado de Nueva York, indique el estado. _____

Paso 3 Certificación

Certifico que la información mas arriba es verdadera según mi leal saber y se que se imponen penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que si uso el Período Alterno, no se pueden usar estos ingresos en un reclamo en el futuro.

Firma Requerida Fecha Código de Area Número De Teléfono

Paso 4 Instrucciones para Devolver

Este formulario y toda la documentación deben ser recibidos dentro del período indicada más arriba en el mensaje ¡IMPORTANTE!



FAX: 518-457-9378
Este formulario es su página de cubierta.
Indique # total de páginas. ____



ENVÍE New York State Department of Labor
P.O. Box 15130
Albany, NY 12212-5130



Reclame sus beneficios semanales en el web o por llamar Tel-Service.



Para información adicional, vaya a nuestro sitio web: www.labor.state.ny.us



Para ayuda, revise su Guía para Reclamantes