

**DELAWARE**  
**DEPARTMENT OF**  
**LABOR**  
**KEEPING**  
**DELAWARE FIRST**  
**DIVISIÓN DEL SEGURO DE DESEMPLEO**  
**SOLICITUD DE BENEFICIOS**

| SOLO PARA USO DE LA OFICINA      |   |
|----------------------------------|---|
| N.º del Seguro Social verificado | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>       |
| Fecha del reclamo                | ___/___/___   |
| Fecha de presentación            | ___/___/___   |
| FC:                              | _____   |
| Tipo 1:                          | _____   |
| Tipo 2:                          | _____   |
| Tipo 3:                          | _____   |
| IB4                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>       |
| FIT                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>       |
| M/T Ind                          | Correo <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> |
| DET                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>       |
| Iniciales del procesador         | _____   |

Número del Seguro Social (debe incluir su número completo de 9 dígitos del Seguro Social para que se procese su reclamo):

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

¿Ha presentado un reclamo del seguro de desempleo en los últimos doce (12) meses?

Sí  No

En caso afirmativo, indicar (por ej. PA, MD...)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

¿Ha realizado todo su trabajo en el Estado de Delaware en los últimos 18 meses?

Sí  No

¿Ha trabajado en el ferrocarril en los últimos 18 meses?

Sí  No

¿Tiene una carta de no elegibilidad del ferrocarril?

Sí  No

¿Es ciudadano de los Estados Unidos?

Sí  No

Si la respuesta es "No", cuando trabajaba en los Estados Unidos, ¿se le emitió una tarjeta de recepción de registro de extranjero, el formulario I-51 "tarjeta verde" o una documentación de extranjero, identificación, tarjeta de telecomunicaciones?

Número de Registro de Extranjero: 

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

"Declaro bajo pena de perjurio que:

soy ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o

tengo un estado satisfactorio de inmigración".

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

\_\_\_\_\_  
 Fecha





¿Este número de teléfono es el número de teléfono de su hogar o un número de teléfono para mensajes?

Número de teléfono del hogar

Número de teléfono para mensajes

Número de teléfono celular

-    -

Dirección de correo electrónico (obligatoria)

Número de fax

-    -

Marque el grado más alto que completó en la escuela

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

Indique el diploma más alto obtenido. (por j.: GED, escuela secundaria, BA, BS, PhD, certificado técnico, etc...)

¿Ocupa un cargo ejecutivo en una corporación?

Sí  No

¿Es titular de acciones de una corporación familiar?

Sí  No

¿Es miembro de la Guardia o la Reserva Nacional?

Sí  No

¿Tiene la obligación de realizar pagos de manutención infantil?

Sí  No

¿Adeuda una emisión excesiva no cobrada de cupones de alimentos?

Sí  No

¿Trabaja de forma independiente, es propietario o dirige un negocio, incluida una granja?

Sí  No

¿Es un oficial electo?

Sí  No

¿Trabaja por comisión?

Sí  No

¿Asiste a la escuela o a capacitación?

Sí  No

¿Ha sido empleado de una escuela pública o privada en los últimos 18 meses?

Sí  No

¿Hay algún motivo por el que no pueda aceptar trabajo en este momento?

Sí  No

En caso afirmativo, seleccione una de las opciones siguientes:

Enfermedad  Discapacidad  Responsabilidad familiar  Falta de transporte  Otro

Proporcione información completa sobre por qué no pueda aceptar trabajo

¿Está empleado a través de una Agencia de Contratación de un Sindicato?

Sí

No

Número del sindicato

Nombre del sindicato

Dirección postal del sindicato

Dirección postal del sindicato Línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

**¿Recibe alguno de los siguientes?**

Pensión del empleador

Sí  No

IRA

Sí  No

KEOGH /401K

Sí  No

Pensión militar

Si  No

Beneficios de retiro del ferrocarril

Sí  No

Cualquier otro tipo de pensión o anualidad

Sí  No

Pago por día feriado

Sí  No

Pago por vacaciones

Sí  No

Pago de indemnización/bono

Sí  No

Compensación del trabajador

Sí  No

Enfermedad y accidente

Sí  No

Cualquier tipo de pago por discapacidad

Sí  No

Ingresos por trabajo independiente

Sí  No

Otros pagos

Sí  No

¿Recibió/recibirá un pago global por beneficios de pensión o retiro?

Sí  No

Los beneficios del seguro de desempleo están sujetos a impuestos del gobierno federal. ¿Tiene una retención del impuesto federal a la renta (10 %) en sus pagos de beneficios?

Sí  No



Dirección postal 2 (Número de Suite...)

Ciudad

Estado

Código postal

¿Cuándo comenzó a trabajar con este empleador?

¿Cuándo fue la última fecha en que trabajó con este empleador?

¿Cuál es el motivo por el que no está trabajando ahora allí?

- Suspensión temporal
- Suspensión/Falta de trabajo
- Despido
- Cierre por vacaciones/feriado
- Renuncia/rescisión voluntaria
- Empleado de la escuela entre semestres, probablemente regrese
- Empleado de la escuela entre semestres, licencia, probablemente no regrese
- Licencia

EN CASO DE COVID-19, PROPORCIONE INFORMACIÓN (por ej., cierre del negocio, infección, debe cuidar a un familiar)

|  |
|--|
|  |
|  |

¿Cuál era su cargo?

¿Ha trabajado con otros empleadores durante los últimos 18 meses, ya sea a tiempo parcial o completo?

Sí

No

**En caso afirmativo, indique los empleadores, sus direcciones, las fechas aproximadas de inicio/finalización del empleo y la razón por la que ya no está empleado.**

**HE TRABAJADO CON LOS SIGUIENTES EMPLEADORES EN LOS ÚLTIMOS 18 MESES**

| Empleador             | Dirección                     | Fechas de empleo |           | Motivo de la rescisión laboral  |
|-----------------------|-------------------------------|------------------|-----------|---------------------------------|
|                       |                               | Desde:           | Hasta:    |                                 |
| (por ej.) ABC Company | 123 Main St. Wilmington 19999 | 5/1/2011         | 5/20/2011 | Renuncié para tomar otro empleo |
|                       |                               |                  |           |                                 |
|                       |                               |                  |           |                                 |
|                       |                               |                  |           |                                 |

De acuerdo con las disposiciones de aplicación de la Ley de Privacidad (PL 93-579), AUTORIZO a mis empleadores anteriores a divulgar toda la información solicitada en relación con mi reclamo de compensación por desempleo.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿Cómo desea solicitar sus beneficios semanales por desempleo? Debe presentar una autorización de pago semanal cada semana (a partir del domingo siguiente a la presentación de su solicitud) incluso si aún no ha recibido un pago del beneficio por desempleo.

Teléfono (800) 794-3032

Sitio web de beneficios [uicc.delawareworks.com](http://uicc.delawareworks.com)

**CERTIFICACIÓN:** Por la presente me registro para trabajar y solicito los beneficios por desempleo. Sé que la ley establece sanciones por declaraciones falsas realizadas en relación con esta solicitud. CERTIFICO bajo pena de perjurio que las declaraciones formuladas en relación con este reclamo son verdaderas a mi leal saber y entender. Incluyo mi número del Seguro Social como lo requiere la Ley de Reducción del Déficit (DEFRA) (PL 89-369) como una condición de elegibilidad para recibir los beneficios. Comprendo que la información relacionada con mi solicitud se puede proporcionar a las agencias solicitantes según se define en la Ley DEFRA con el propósito de verificar los ingresos.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe esta solicitud a una de las oficinas a continuación por correo o en nuestro buzón externo:

**Oficina local de Wilmington**

Department of Labor

Division of Unemployment Insurance

P.O. Box 9951

**Oficina local de Dover**

Department of Labor  
Division of Unemployment Insurance  
P.O. Box 616  
Dover, DE 19903-0616

Contáctenos por correo electrónico a: [dol\\_dui\\_wilmington\\_claims@delaware.gov](mailto:dol_dui_wilmington_claims@delaware.gov)

Fax: 302-761-6636

Teléfono: 302-761-8446

Tenga en cuenta que estamos experimentando un volumen muy alto de llamadas. El correo electrónico es la forma más eficiente de comunicarse con nosotros. Incluya su nombre completo, dirección y fecha de nacimiento y los últimos 4 dígitos de su número del seguro social en las comunicaciones por correo electrónico.

Regístrese en el portal de solicitantes en [ocs.delaware.works](http://ocs.delaware.works), donde puede acceder a formularios, solicitar un cambio de dirección o presentar una apelación.

Regístrese en la División de Empleo y Capacitación en: [joblinkdelaware.gov](http://joblinkdelaware.gov)

Visite nuestro sitio web en [ui.delawareworks.com](http://ui.delawareworks.com) para completar una solicitud de beneficios en línea y para consultar cualquier información actualizada de la División del Seguro de Desempleo. Presente certificaciones semanales a través de telebeneficios o beneficios web el domingo siguiente a la presentación de su solicitud y cada semana posterior, incluso si aún no ha recibido un pago.

**ASEGÚRESE DE REVISAR SUS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE ESTE PAQUETE. NO ENVIAR UNA SOLICITUD DE BENEFICIOS COMPLETA PUEDE RESULTAR EN UN RETRASO EN EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD.**

Comentarios y aclaraciones

Si tiene comentarios o aclaraciones adicionales sobre su solicitud, ingréselos aquí.

**Si está desempleado debido al virus de la COVID-19; responda las preguntas siguientes:**

**¿Está desempleado porque su empleador ha cerrado debido a la covid-19 (coronavirus)? S N**

**¿Trabaja horas reducidas debido a la COVID-19 (coronavirus)? S N ¿Cuántas horas trabajaba a la semana? ¿Cuántas horas trabaja actualmente?**

**¿Está desempleado debido a una cuarentena recomendada (suya o de un miembro de su familia)? S N**

**¿Está desempleado porque está infectado con COVID-19 (coronavirus)? S N**