Programa de Seguro de Desempleo

**VERIFICACIÓN DE NUEVAS CONTRATACIONES**

*English on reverse*

Control de Pago de Beneficios, Mail Drop 58N1

CORREOS. Box 29225, Phoenix, Arizona 85038-9225

Teléfono: 602-364-4300

Fax: 602-364-1211 o 602-364-1213

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: | <<[data.getMailingDate()]>> |
| Identificación del reclamante: | <<[data.getClaimantId()]>> |
| Nuevo Empleador Contratado: | <<[data.getEmployerName()]>> |

<<[data.getClaimantName ()]>>

<<[data.getAddressLine1()]>> <<[data.getAddressLine2()]>>

<<[data.getCity()]>>, <<[data.getState()]>> <<[data.getZip()]>><<if [data.getZipExt() != (data.getZipExt() == “” ? “” : “null”)]>>-<<[data.getZipExt()]>><</if>>

## IMPORTANTE - SE REQUIERE RESPUESTA DENTRO DE 5 DÍAS CALENDARIO

La ley federal requiere que todos los empleadores informen a los empleados recién contratados y recontratados. El empleador mencionado anteriormente informó que usted comenzó a trabajar para ellos. Nos hemos puesto en contacto con ellos para verificar su situación laboral y sus ingresos. Si se realizó un pago indebido, puede considerarse fraude y se impondrán sanciones adicionales.

Debes responder las siguientes preguntas:

1. ¿Ha trabajado alguna vez para el empleador mencionado anteriormente? (Circule uno) **Si** **No**

En caso afirmativo, responda la pregunta número 2. En caso negativo, omita la pregunta número 2 y explique en la sección de comentarios a continuación.

1. Responda las siguientes preguntas sobre el empleador mencionado anteriormente:
   * ¿Cuál fue tu primer día de trabajo? / /
   * ¿Cuántas horas a la semana estás trabajando?
   * ¿Cuál es su tasa de pago? $ por

¿Todavía trabaja para este empleador? (Circule uno) **Si** **No**

Si **no** **-**

* + ¿Cuál fue tu último día de trabajo? / /
  + Encierre en un círculo la razón por la que ya no trabaja para este empleador:

**Despedido** **Renunciar** **Despedido Otro** (por favor explique en la sección de comentarios a continuación)

Comentarios

## FIRME y devuelva este formulario a la dirección ubicada en la esquina superior izquierda a más tardar 5 días calendario después de la fecha anterior. Si no devuelve este formulario, se producirá un retraso o la denegación de los beneficios. La información proporcionada por el empleador puede causar un sobrepago de beneficios y puede clasificarse como fraude.

Firma: Fecha:

## Divulgaciones de EOE/ADA

Programa/Empleador de Igualdad de Oportunidades • Las ayudas y los servicios auxiliares están disponibles a pedido de las personas con discapacidades • Para solicitar este documento en formato alternativo o para obtener más información sobre esta política, comuníquese con su oficina local; Servicios TTY/TDD: 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local