State of Illinois
Department of Employment Security
www.ides.illinois.gov

IDES
ILLINOIS DEPARTMENT OF EMPLOYMENT SECURITY

Solicitud de seguro de desempleo

Debe responder a todos los articulos/secciones marcadas con un asterisco (*). (Por favor, use una máquina de escribir o letra de imprenta)

Información del reclamante *Ingrese su nombre completo como aparece en su tarjeta del seguro social*

ID del reclamante: _____ O *SSN: _____ / _____ / _____

*Nombre: _____ Inicial 2º nombre: _____ *Apellido: _____

*Fecha de nac.: (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____ Otro apellido que haya usado en algún trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Identificación: (marque una y suministre la información correspondiente)

☐ Licencia de conducir Nº de licencia de conducir: _____ Estado: _____

☐ ID del estado Nº de ID del estado: _____ Estado: _____

☐ Otra (especifique) _____

Proceso de selección

*¿Está de vacaciones de la escuela, assistiendo a la escuela o está inscrito en un programa de entrenamiento? ☐ Sí ☐ No

*¿Está recibiendo o ha solicitado beneficios del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No

*¿Está recibiendo o ha solicitado beneficios de la Compensación al Trabajador? ☐ Sí ☐ No

*¿Ha recibido o va a recibir salarios por falta de preaviso? ☐ Sí ☐ No

*¿Ha recibido o recibirá un pago por cierre de planta / vacaciones? ☐ Sí ☐ No

*¿Está recibiendo o ha solicitado una pensión? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", ¿hizo aportes a su fondo de pensión? ☐ Sí ☐ No

*¿Está recibiendo o ha solicitado una compensación por desempleo ferroviario? ☐ Sí ☐ No

*¿Ha recibido o recibirá pago por días festivos? ☐ Sí ☐ No

*¿Ha rechazado alguna oferta de empleo desde su último día de trabajo? ☐ Sí ☐ No

*¿Ha solicitado un reclamo de desempleo en otro estado en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", indique ciudad y estado _____ , _____ ¿En qué fecha? _____

*¿Ha trabajado fuera del estado de Illinois en los últimos 18 meses? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", indique el/os estado/s: _____

*¿Trabajó para un empleador que ha sido certificado para una asignación por reajuste comercial (TRA)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "sí", pida una solicitud de TRA.

*¿Recibe trabajo a través de una oficina de contratación de un sindicato? ☐ Sí ☐ No *Si respondió "sí", ¿es miembro activo de ese sindicato? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Sindicato: _____ Nº: _____ Ciudad _____

*¿Tiene usted una fecha definitiva cuando regresará a trabajar? ☐ Sí ☐ No *Si respondió "sí", indique fecha: (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____

*¿Cuál es su ocupación habitual? _____ **(Office Use Only) Occupational Code:**

*¿Cuál fue su último día de trabajo? (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____ *¿Cuál fue su sueldo (en bruto) durante la semana de su último día laboral? $ _____

(Office use only) BYB: _____ **DOC:** _____ **Rev By:** _____ **Entered By:** _____

Filing Method: ☐ **In Person** ☐ **Phone**

Identity verified using: ☐ **Key Identifiers (phone)** ☐ **Soc. Sec. Card** ☐ **Drivers License** ☐ **Other:** _____

Program: ☐ **UI** ☐ **CWC** ☐ **TRA** ☐ **EUC** ☐ **EB** ☐ **UCX** ☐ **UCFE** ☐ **EEO**

Attachments: ☐ **Drivers License** ☐ **State ID** ☐ **Alien ID** ☐ **DD-214** ☐ **Other:** _____

Additional Information: _____

ID o SSN: _____ Apellido: _____

Dirección postal

*País: (marque uno) ☐ EE.UU. (Incluye territorios de EE.UU.) ☐ Canadá ☐ Otro _____

A cargo de: _____

*Dirección: _____ *Nº de Apt / Unidad: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____ + _____ *Condado: _____

Teléfono principal: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____ - _____

*¿Casilla postal (P.O. Box)? ☐ Sí ☐ No *Si respondió "sí", indique por qué su correo debe enviarse a casilla postal

Domicilio *(Debe proporcionar un domicilio de residencia si utiliza una casilla postal (P.O. Box) o si está viviendo en un lugar diferente a su dirección postal.)*

* Su domicilio, ¿es diferente de su dirección postal? ☐ Sí ☐ No
(Si respondió "no", pase a estado limítrofe)

*País: (marque uno) ☐ EE.UU. (Incluye territorios de EE.UU.) ☐ Canadá ☐ Otro _____

A cargo de: _____

*Dirección: _____ *Nº de Apt / Unidad: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____ + _____ *Condado: _____

Office Use Only: Retire this address in favor of mailing record? ☐ **Yes** ☐ **No**

Estado limítrofe: Wisconsin, Indiana, Kentucky, Missouri e Iowa *(Si no vive en un estado limítrofe, pase a Información Fiscal)*

* ¿Ha trabajado en Illinois en cualquier momento durante los últimos 18 meses, viviendo en un estado limítrofe? ☐ Sí ☐ No

* ¿Planea buscar empleo en IL? ☐ Sí ☐ No

* ¿Está usted suspendido temporalmente durante diez semanas o menos de un empleador de Illinois? ☐ Sí ☐ No

Información fiscal *(sólo para residentes de Illinois)*

* Elijo que se retengan impuestos federales de mis pagos de beneficios del seguro de desempleo en cifras brutas en la cantidad de 10%. ☐ Sí ☐ No

* Elijo que se retengan impuestos estatales de mis pagos de beneficios del seguro de desempleo en cifras brutas en la cantidad de 3.75%. ☐ Sí ☐ No

Ciudadanía

* ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No *(Si respondió "sí", pase al área de Información general)*

* ¿Está autorizado a trabajar en los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

* Nº de registro de extranjero: _____ * Fecha de ingreso _____ / _____ / _____

* Fecha de expiración _____ / _____ / _____ * Tipo de documento: _____

Office Use Only: Initial Verification with Homeland Security ☐ **Yes** ☐ **No** **Secondary verification required** ☐ **Yes** ☐ **No**

Homeland Security Information Validated ☐ **Yes** ☐ **No** **Homeland Security Verification Number:** _____

Información general *(Marque una opción en cada sección, a menos que se indique lo contrario)*

*Idioma: (Preferencia)

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Polaco
- ☐ Cantonés
- ☐ Vietnamita
- ☐ Árabe
- ☐ Ruso
- ☐ Hindi
- ☐ Mandarín
- ☐ Bosnio/Serbio/Croata
- ☐ Italiano
- ☐ Coreano
- ☐ Portugués
- ☐ Tagalo
- ☐ Lenguaje de señas
- ☐ Alemán
- ☐ TTY
- ☐ Otro: _____

*Discapacidad: ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

*Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Prefiero no responder

*Etnia:
- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino
- ☐ Prefiero no responder

ID o SSN: _____ Apellido: _____

* Tipo de dependientes: *(marque todas las opciones que correspondan)* ☐ Cónyuge ☐ Dependiente menor de 18 años ☐ Dependiente mayor de 18 años (no trabaja por enfermedad/discapacidad) ☐ Ninguno

*Raza: *(marque todas las opciones que correspondan)* ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico ☐ Prefiero no responder

***Educación** Indique el nivel educativo más alto alcanzado marcando una opción: ☐ 00 (sin ningún título) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 (completo, sin graduar) ☐ GED ☐ Título de escuela secundaria ☐ 1º año de univ., inst. técnico o profesional ☐ 2º año de univ., inst. técnico o profesional ☐ Título o certificado de Inst. técnico/profesional ☐ Diplomatura técnica ☐ 3 años de univ., inst. técnico o profesional ☐ Título de licenciatura o equivalente ☐ Educación luego de la licenciatura ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ MD-Doctor en Medicina ☐ JD-Doctor en Leyes

***Información sobre veteranos** ¿Ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos por más de 180 días SIN incluir entrenamiento como Guardia y Reservista, y le emitieron un DD214? ☐ Sí ☐ No

*¿Es el cónyuge de un veterano lesionado, discapacitado o muerto en cumplimiento del deber? ☐ Sí ☐ No

(Si respondió "no" a ambas preguntas, pase a método de pago)

*División militar _____ *Fecha de inicio ____ / ____ / ____ *Fecha de fin ____ / ____ / ____

*¿Sufre una discapacidad relacionada con el servicio? ☐ Sí ☐ No *Si respondió "sí", ¿en qué % está valorada su discapacidad?

(Marque una) ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100%

*¿Es una persona sin hogar? ☐ Sí ☐ No *¿Tiene una medalla de campaña? ☐ Sí ☐ No

*¿Su baja fue Deshonrosa? ☐ Sí ☐ No

***Información sobre método de pago** *(Marque uno)* ☐ Depósito directo *(pida un formulario de autorización)* ☐ Tarjeta de débito

Atención: si elije la opción de depósito directo, el pago se hará por tarjeta de débito hasta que se autorice su solicitud de depósito directo.

***Información de sus dependientes** *(Si no desea declarar dependientes, sigue al Historal de Empleo)*

Hijos

*Tipo de dependiente: Hijo/a (incluya a sus hijos biológicos, hijastros/as, hijos adoptados legalmente e hijos sobre los cuales tiene custodia ordenada por un tribunal) ¿Tiene hijos menores de dieciocho años O un hijo mayor de edad que no pudo trabajar durante los últimos 90 días debido a una enfermedad o discapacidad? ☐ Sí ☐ No *(Si respondió "no", pase a Cónyuge a cargo)*

Cantidad de hijos dependientes menores de 18 años: _____ (Indique nombre, SSN y fecha de nacimiento comenzando por su hijo menor)

*Nombre	Inicial 2º nombre	*Apellido	SSN	*Fecha de nacimiento

Si tiene más de dos hijos dependientes menores de 18 años, pida un Formulario de lista de dependientes.

*Hijos dependientes mayores de 18 años con enfermedad/discapacidad: (Indique nombre, SSN, y fecha de nacimiento de su dependiente mayor de 18 años.

*Nombre	Inicial 2º nombre	*Apellido	SSN	*Fecha de nacimiento

*¿Cuál es la enfermedad/discapacidad? _____

Si tiene más de dos hijos dependientes mayores de 18 años, pida un Formulario de lista de dependientes.

1a) *¿Usted y el otro progenitor de los hijos viven en la misma casa? (Si respondió "no", pase a la pregunta 2) ☐ Sí ☐ No

1b) *Usted y su cónyuge, juntos, ¿proveyeron más del 50% de la manutención de los hijos durante los últimos 90 días y usted proveyó al menos el 25% de dicha manutención? ☐ Sí ☐ No

2) *Si usted y el otro progenitor de los hijos no viven en la misma casa, ¿proveyó más del 50% de la manutención de los hijos durante los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No

3) *En los últimos 12 meses, hasta hoy, ¿Alguien más ha reclamado alguno de sus hijos en una solicitud de desempleo? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", ¿cuál es el nombre y el SSN de la persona que presentó un reclamo por el/os hijo/s a cargo?

*Nombre: _____ *SSN: ____ / ____ / ____

Cónyuge

*Tipo de familiar a cargo: Cónyuge (o pareja de unión civil) *SSN: ____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

*Nombre: _____ Inicial 2º nombre: _____ *Apellido: _____

*En los últimos 18 meses, ¿su cónyuge trabajó en Illinois? ☐ Sí ☐ No

*Durante los últimos 90 días consecutivos previos a este reclamo, ¿proveyó más del 50% del costo de la manutención de su cónyuge legal? ☐ Sí ☐ No

ID o SSN: _____ Apellido: _____

Historal de Empleo: *Indique dónde trabajó los últimos 18 meses. (Comience por su empleo más reciente.) Si trabajó para una Agencia de Empleo Temporal, indique el nombre, dirección y número de teléfono de dicha agencia*

*Nombre del empleador: _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *C.P _____ *Teléfono de la empresa: (_____) _____ - _____

*Para este período de empleo, ¿cuándo comenzó? _____ / _____ / _____ *Último día trabajado: _____ / _____ / _____

Nº total de días trabajados: _____ *¿En qué estado/s realizó su trabajo? _____ / _____ / _____ / _____

*¿Por qué ya no trabaja para este empleador? (marque una opción) ☐ Suspendido (falta de trabajo) ☐ Despedido
☐ Renuncié ☐ Huelga/Disputa laboral (Pida un cuestionario LD) ☐ Aún trabajo (media jornada) ☐ Baja militar

Si trabajó para una Agencia de Empleo Temporal, indique el nombre del empleador para quien trabajó o a quien fue asignado.

Nombre del empleador: _____

*¿Cuál fue su empleo más reciente?: _____

Si tuvo otros empleadores los últimos 18 meses, indíquelos debajo. Si no tuvo ninguno, pase a Certificación del reclamante

(Office Use Only) **UI Acct#:** ☐ **LEU** ☐ **BCE** ☐ **LAG** ***How many weeks OWBA:**

*Nombre del empleador: _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *C.P.: _____ *Teléfono de la empresa: (_____) _____ - _____

*Para este período de empleo, ¿cuándo comenzó? _____ / _____ / _____ *Último día trabajado: _____ / _____ / _____

Nº total de días trabajados: _____ *¿En qué estado/s realizó su trabajo? _____ / _____ / _____ / _____

*¿Por qué ya no trabaja para este empleador? (marque una opción) ☐ Suspendido (falta de trabajo) ☐ Despedido
☐ Renuncié ☐ Huelga/Disputa laboral (Pida un cuestionario LD) ☐ Aún trabajo (media jornada) ☐ Baja militar

Si trabajó para una Agencia de Empleo Temporal, indique el nombre del empleador para quien trabajó o a quien fue asignado..

Nombre del empleador: _____

(Office Use Only) **UI Acct#:** ☐ **LEU** ☐ **BCE** ☐ **LAG** ***How many weeks OWBA:**

*Nombre del empleador: _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *C.P: _____ *Teléfono de la empresa: (_____) _____ - _____

*Para este período de empleo, ¿cuándo comenzó? _____ / _____ / _____ *Último día trabajado: _____ / _____ / _____

Nº total de días trabajados: _____ *¿En qué estado/s realizó su trabajo? _____ / _____ / _____ / _____

*¿Por qué ya no trabaja para este empleador? (marque una opción) ☐ Suspendido (falta de trabajo) ☐ Despedido
☐ Renuncié ☐ Huelga/Disputa laboral (Pida un cuestionario LD) ☐ Aún trabajo (media jornada) ☐ Baja militar

Si trabajó para una Agencia de Empleo Temporal, indique el nombre del empleador para quien trabajó o a quien fue asignado.

Nombre del empleador: _____

Si necesita incluir más empleadores, solicite el Formulario de historia laboral.

(Office Use Only) **UI Acct#:** ☐ **LEU** ☐ **BCE** ☐ **LAG** ***How many weeks OWBA:**

Certificación del reclamante - Por favor, léala detenidamente

A través de la presente solicitud presento un reclamo para recibir los beneficios del seguro de desempleo. Certifico que la información de mi solicitud de beneficios, incluyendo el estado de mis dependientes, es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Soy consciente de que la ley establece penas de multa y prisión por hacer declaraciones falsas para obtener beneficios, incluida la presentación por dependencia. Entiendo que la información presentada por mí puede ser verificada a través de programas coincidentes y será utilizada por otras agencias federales, estatales o locales y que la información presentada por mí a estas agencias serán utilizados por IDES en la determinación de mi elegibilidad y la cantidad de la solicitud por desempleo. También entiendo que, de conformidad con section 1900 de la Ley de Seguro de Desempleo, toda la información que proporcionan al Departamento de Seguridad de Empleo en relación con la reclamación podrá ser compartida con mi ex empleador o sus representantes.

*FIRMA DEL RECLAMANTE: _____ *FECHA: _____ / _____ / _____