

**Departamento de Trabajo  
de Connecticut**

*Trabajando contigo por un futuro mejor.*

**AVISO AL RECLAMANTE DE LA AUDIENCIA**

Número de caso:

RE:

Número de seguro social:

Nombre del empleador:

Fecha en que se envió:

NÚMERO DE TELÉFONO:

NÚMERO DE FAX:

En su reclamo de beneficios por desempleo se indicaba que usted dejó de trabajar para el empleador más arriba. Para poder decidir si usted tiene derecho a coleccionar beneficios, necesitamos información sobre su separación de este empleador. Complete **todas** las preguntas apropiadas en el cuestionario adjunto (por los dos lados), y asegúrese de poner su número de seguro social en cada página, firmar donde sea necesario y enviarlo a la dirección indicada dentro de los **diez (10)** días naturales (incluidos días de fin de semana y festivos) a partir de la fecha en que se envió mostrada arriba. Una copia de su declaración puede que sea enviada a su empleador anterior para permitirle refutar (objetar) si es necesario.

Número de caso:

NOMBRE:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

EMPLEADOR:

**DECLARACIÓN DE SEPARACIÓN DEL RECLAMANTE**

Yo trabajé para este empleador desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Mis ganancias totales en bruto con este empleador durante los últimos seis (6) meses fueron: \$ \_\_\_\_\_

Mi pago final era \$ \_\_\_\_\_ por:  hora  semana  mes  año

Tipo de trabajo que hacía \_\_\_\_\_

Mi supervisor director era (Nombre/Título) \_\_\_\_\_

Mis horas de trabajo eran: de \_\_\_\_\_ [am]/[pm] hasta \_\_\_\_\_ [am]/[pm].

Yo trabajé \_\_\_\_\_ horas por día/ \_\_\_\_\_ días por semana.

Ya no trabajo para este empleador porque: (Marque ✓ uno)

 DESEMPLEADO POR FALTA DE TRABAJO  RENUNCIA  DESPIDOSi este empleo era TEMPORAL, ¿usted completó el último trabajo?  Sí  No

Si "no," explique en detalle en la sección de Declaración Complementaria abajo en la página 3, o use una hoja aparte.

¿Cobró un pago de indemnización, de vacaciones o salario en lugar de preaviso (WILON en inglés)?  Sí  No

Si contestó "sí", complete la página 4 de este formulario.

**EXPLIQUE LO MÁS DETALLADAMENTE POSIBLE, LA(S) RAZÓN(ES) POR QUÉ SE SEPARÓ DE SU TRABAJO. USTED PUEDE AÑADIR DOCUMENTOS SI ES NECESARIO.****A. DESPIDO:** Si usted fue despedido por su empleador:

1. ¿Cuándo fue usted despedido? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué razón le dio su empleador para despedirle? \_\_\_\_\_

Si le despidieron debido a un incidente concreto, explique lo más detalladamente posible las circunstancias que rodearon su despido y la fecha del incidente. Si no está de acuerdo con la razón del despido que le dio su empleador explíquelo

3. ¿Le dijeron que estaba despedido o suspendido por no cumplir una regla o norma de la compañía? Si es así, ¿qué dice la regla o norma? ¿Conocía la regla o norma? ¿Sabía que estaba violando la regla o norma? ¿El empleador aplica uniformemente la regla o norma, tratando a los empleados en una situación similar de manera similar cuando se viola la norma o regla? (Si contestó que no, explíquelo) \_\_\_\_\_

4. Si usted fue despedido por sus ausencias, indique la fecha de su última ausencia y las fechas de cualquier ausencias anterior en los doce meses antes de su despido. Para cada ausencia, incluída la ausencia final, indique si usted avisó y la razón de cada ausencia.

Número de caso:

**B. RENUNCIA:** Si abandonó su trabajo voluntariamente (conteste todas las pregunta abajo y vea el formulario IS790CP – Página 3)

1. ¿En qué fecha usted renunció? \_\_\_\_\_
2. ¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_
3. ¿Les entregó un aviso por escrito de la renuncia? ¿A quién? ¿Qué razón les dio? \_\_\_\_\_
4. Si renunció por una razón médica, ¿su trabajo provocó la condición o la empeoró?  Sí  No  
Si contestó "sí", explique cómo y proporcione la Documentación médica si vio a un médico para esta condición. \_\_\_\_\_
5. ¿Qué medidas intentó para mantener su trabajo antes de renunciar (por ejemplo, pedir un traspaso, pedir un permiso de ausencia, etc.)? Si no intentó nada, explique por qué. \_\_\_\_\_

**Si renunció por insatisfacción con el trabajo,** explique cuál era el aspecto del trabajo por el que estaba insatisfecho (e.g., salario, horas, condiciones de trabajo). ¿Estaba insatisfecho porque las condiciones cambiaron por mandato del empleador? Si es así, cuándo y cómo cambiaron las condiciones? Si estas condiciones le afectaron negativamente, explíquelo. Además, explique qué medidas tomó para enfrentar estos cambios.

**Si renunció a su trabajo por razones de salud, problems de transporte you quit your job for health reasons, transportation problems or personal obligations,** complete el cuestionario adjunto.

**C. PERMISO DE AUSENCIA**

1. ¿Por qué pidió este permiso de ausencia? Explíquelo. \_\_\_\_\_
2. ¿Es este permiso de ausencia con salario?  Sí  No Si contestó "sí, explíquelo. \_\_\_\_\_
3. Si el permiso de ausencia era por razones médicas que le impedían hacer sus tareas habituales, conteste las siguientes preguntas:
  - a. ¿Usted solicitó al empleador otro trabajo adecuado?  Sí  No
    - i. Si lo hizo, ¿cuál fue la respuesta del empleador? \_\_\_\_\_
    - ii. Si no lo hizo, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

Proporcione la documentación médica apropiada.

**DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA:**


---



---



---



---



---

**Firme la certificación abajo en la página 4.**

Número de caso:

NOMBRE \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

**PAGO DE INDEMNIZACIÓN****PAGO DE INDEMNIZACIÓN**

1. ¿Cuál fue el monto en bruto del pago de indemnización? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿A cuánto tiempo corresponde este pago? \_\_\_\_\_ Horas / días / semanas.
2. ¿Le exigieron firmar un "Acuerdo de separación" en el que renunciaba a su derecho a demandar al empleador para cobrar el pago total o parcial?  Sí  No

**Si la respuesta es "sí", debe incluir una copia (todas las páginas) del acuerdo que firmó. Si esta no está incluida, todo el pago de indemnización se asignarán al período inmediatamente después de su separación.**

Si no hubiera firmado este acuerdo, ¿cuál habría sido el monto del pago por indemnización?

MONTO EN BRUTO \$ \_\_\_\_\_ PERIODO CUBIERTO Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

¿Cobró un **SALARIO EN LUGAR DE PREAVISO** (sin incluir cualquier pago de indemnización)?  Sí  No

Si contestó sí, anote:

MONTO EN BRUTO \$ \_\_\_\_\_ PERIODO CUBIERTO Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**E. PAGO DE VACACIONES** (incluyendo días personales)

1. ¿Cuál fue el monto en bruto del pago de vacaciones? \_\_\_\_\_  
 ¿A cuánto tiempo equivale este pago? \_\_\_\_\_ Horas / días / semanas

***MIENTRAS USTED ESTABA TRABAJANDO (preguntas del 2 al 5):***

2. ¿Cerró de forma temporal la compañía totalmente durante el año?  Sí  No

Si contestó "sí," ¿cuáles fueron las fechas del cierre? Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

¿Tuvo que tomar tiempo libre durante el /los cierre(s)?  Sí  No

3. ¿Tenía vacaciones previstas próximamente?  Sí  No

Si contestó "sí," indique la(s) fecha(s) del periodo de vacaciones previstas. Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. ¿Cuánto tiempo de vacaciones acumulaba por año? \_\_\_\_\_ Horas / días / semanas.

5. ¿Qué norma tenía el empleador en relación con el uso del tiempo de vacaciones? (Marque ✓ uno)

- a. El tiempo de vacaciones tenía que tomarse antes de una fecha concreta o el tiempo de vacaciones se perdía
- b. No era necesario tomar el tiempo de vacaciones para cobrar el pago.
- c. El tiempo de vacaciones podía acumularse de un año a otro y guardarse para usar en el futuro.  
 Si marca "c": ¿había alguna restricción? ¿cuánto tiempo podía acumularse?

EXPLÍQUELO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

He hecho esta declaración con el propósito de obtener beneficios de desempleo. Certifico que los hechos incluidos en esta declaración, y cualquier información adicional que pueda haber incluido, son verdaderos y correctos. Entiendo que es posible que se entregue una copia a cualquier persona que pueda verse afectada y lo solicite. Si se aprueba mi reclamo de beneficios por desempleo, entiendo que la decisión podría ser revocada por una autoridad superior, y acepto devolver cualquier monto para el que se decida que no cualifico.