

WE ARE YOUR DOL



Unemployment Insurance Division
PO Box 1979
Albany NY 12201-1979

Certificación del Programa de Asistencia para Empleo por Cuenta Propia

Instrucciones:

Use este formulario para reclamar los beneficios del Seguro por Desempleo mientras está en el Programa de Asistencia para Empleo por Cuenta Propia (SEAP, por sus siglas en inglés). Cada semana de desempleo comienza el lunes y termina el domingo. **Complete el formulario el lunes siguiente a la semana por la que está reclamando los beneficios.** Sus beneficios pueden retrasarse si el formulario se recibe antes del final de la semana de desempleo o si el formulario está incompleto. Envíe el formulario por correo a la dirección que aparece más arriba.

Para obtener un servicio más rápido: en lugar de enviar este formulario, reclame los beneficios en línea en www.labor.ny.gov/signin. Es práctico, seguro, y los beneficios se pagan de manera más rápida. Si usted reclama beneficios en línea, puede hacerlo desde el domingo de la semana para la cual está haciendo el reclamo, hasta el sábado siguiente.

Nombre (en letra de imprenta): _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

- Ingrese el período de una semana para el que está reclamando los beneficios del seguro de desempleo:
Del lunes ____ / ____ / ____ al domingo ____ / ____ / ____ (Mes, Día, Año)
- ¿Trabajó esta semana (sin incluir empleo por cuenta propia)? SÍ NO
Si su respuesta es "SÍ", complete "a" y "b."
 - ¿Cuánto días trabajó? 1 2 3 4 o más
 - ¿Cuáles fueron sus ingresos brutos? \$ _____
- ¿Hubo días en los que no estuvo listo, dispuesto o capacitado para trabajar por alguna razón que no fuera su empleo por cuenta propia?
 SÍ NO
Si su respuesta es "SÍ", haga un círculo en el/los día(s) en que no estuvo listo, dispuesto o capacitado para trabajar:
LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB DOM
- ¿Cuáles fueron sus ingresos brutos por empleo por cuenta propia esta semana? \$ _____
- ¿Ha cambiado su dirección desde la última vez que reclamó beneficios? SÍ NO
Si su respuesta es "SÍ", ingrese su nueva dirección:
Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Certifico que la información que proporciono en esta certificación para beneficios SEAP es verdadera y correcta. Entiendo que la ley impone penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que las declaraciones falsas darán como resultado la inmediata terminación del Programa de Asistencia para Empleo por Cuenta Propia, y pueden dar como resultado el retraso, la suspensión o la denegación de mis beneficios, y además pueden aplicarse sanciones.

FIRMA _____

FECHA _____

NÚMERO DE TELÉFONO (____) _____