



**¡IMPORTANTE!**

Le enviamos una Resolución de Prestación Monetaria que muestra los beneficios semanales que recibirá. Esos beneficios se basan en su sueldo. Si cree que falta parte de su sueldo, complete este formulario. Debemos recibir este formulario dentro de los 10 días calendario de la fecha de envío por correo como se indicó en su notificación reciente de resolución de prestación monetaria. **Escriba claramente. Si no podemos leer su letra, no podemos procesar este formulario.**

**SEGURO POR DESEMPLEO**  
**Solicitud para Período Alterno**

**Complete la información siguiente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio/vigencia del reclamo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nro. de seguro social: XXX – XX - \_\_\_\_\_

**Requisitos del formulario**

Si usted quiere usar el Período Alterno para aumentar su tasa semanal de beneficios:



- Complete los pasos más abajo usando tinta negra o azul.
- Incluya cualquier documentación que pueda considerarse como prueba de empleo e ingresos; por ejemplo: talonarios de pago, W-2, 1099, vales, cheques, propinas, bonos, comidas, hospedaje, comisiones, pago de vacaciones y récords de empleo y/o pagos.
- Envíe fotocopias de toda su documentación usando un sólo lado de hojas de papel de 8 ½ X 11 pulgadas. No envíe originales.
- Escriba su nombre, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social, y su número de teléfono en todos los documentos.
- Este formulario completado y todos los documentos adjuntos deben ser recibidos en el período indicado en el mensaje **¡IMPORTANTE!** que aparece arriba.

Si sus ingresos en el trimestre calendario que ha sido completado más recientemente exceden los "Ingresos del Trimestre Más Alto" en su Determinación Monetaria de Beneficios, el uso del Período Alterno podría aumentar su tasa de beneficios. Si usted elige usar el Período Alterno para establecer un reclamo, no podrá usar estos ingresos para un reclamo futuro.

**Paso 1 Información del último trimestre calendario**

El último trimestre calendario completado antes de la fecha efectiva/de comienzo de su reclamo es:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Consulte su Determinación Monetaria de Beneficios para obtener las fechas de los trimestres calendarios, y compare los ingresos del trimestre del Período Alterno con sus récords. Entonces marque la cajilla correcta abajo, y vaya al "Paso" indicado.

- Los ingresos del trimestre del Período Alterno no son correctos o faltan. (Vaya al Paso 2)  
 Los ingresos del trimestre del Período Alterno son correctos. (Vaya al Paso 3)

**Paso 2 Información de Ingreses**

Complete la información más abajo, incluya prueba de los ingresos y adjunte una hoja adicional si tiene información para más de (3) tres patronos.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Salario bruto trimestral \$ \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Salario bruto trimestral \$ \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Salario bruto trimestral \$ \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado \_\_\_\_\_

**Paso 3 Certificación**

Certifico que la información arriba es verdadera según mi leal saber y sé que se imponen penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que si uso el Período Alterno, no se pueden usar estos ingresos en un reclamo futuro

\_\_\_\_\_  
Firma Requerida Fecha Código de Area Número De Teléfono

**Paso 4: Instrucciones de envío**

Este aviso y toda la documentación adjunta deben recibirse dentro del período indicado más arriba en el mensaje ¡IMPORTANTE.

**Por fax:** (518) 457-9378  
Este aviso es su portada. Indique la cantidad total de páginas \_\_\_\_\_



**Por correo:** New York State  
Department of Labor  
PO Box 15130  
Albany, New York 12212-5130



**Por internet:** [www.labor.ny.gov/signin](http://www.labor.ny.gov/signin). Envíelo por el sistema de mensajes de su cuenta. Seleccione "Submit Documents" y luego "Submit Wage Documents". Use el asunto "Wage Documentation".



Reclame sus beneficios semanales en [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov) o llame a Tele-Servicio al (888) 581-5812.



Para obtener más información, visite: [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)



Para obtener ayuda, consulte la Guía para Reclamantes en [www.labor.ny.gov/uihandbook](http://www.labor.ny.gov/uihandbook).