

Departamento Laboral de Kansas
RECLAMO CONTINUADO
Complete los dos lados

para uso de la oficina	OFFICE	SUB	GROUP	WBA	BALANCE	BYE	Social Security Number
PENDING:	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> CWC	<input type="checkbox"/> School	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Appeal		
YO RECLAMO BENEFICIOS PARA LA SEMANA QUE TERMINA EL SÁBADO →							

- ¿Trabajó usted como empleado de domingo a sábado durante la semana que está reclamando? Sí No
 ¿Si la respuesta es sí, cuantas horas trabajó usted como empleado durante la semana que está reclamando?
 ¿Si la respuesta es sí, cuanto ganó en bruto usted durante la semana que está reclamando?
- ¿Recibió usted pago por días festivos durante la semana que está reclamado? Sí No
 ¿Si la respuesta es sí, cuanto pago en bruto ganó usted para los días festivos durante la semana que está reclamando?
 ¿Si la respuesta es sí, tuvo usted que trabajar el día antes o después del día festivo para poder recibir pago por el día festivo? . Sí No

- ¿Recibió usted pago de vacaciones para la semana que está reclamando?
 Sí No
 ¿Si la respuesta es sí, cuanto pago de vacaciones en bruto ganó usted durante la semana que está reclamando?
 ¿Si la respuesta es sí, está usted temporalmente desempleado con una fecha segura para regresar al trabajo? Sí No
- ¿Recibió usted pago de indemnización para la semana que está reclamando?
 Sí No
 ¿Si la respuesta es sí, cuanto pago en bruto de indemnización recibió usted, durante la semana que está reclamando?

Complete el otro lado →

Fecha en que este reclamo fue regresado _____ por que el No. _____ no fue contestado explicado. **Corrija y devuelva inmediatamente.**

5. ¿Rechazó usted trabajo durante la semana que está reclamando? Sí No
6. ¿Renunció usted un trabajo o fue despedido usted de un trabajo durante la semana que está reclamando? Sí No
 ¿Si la respuesta es sí, ha iniciado usted una aplicación para reportar que renunció o fue despedido de este trabajo? Sí No
7. ¿Asistió usted una escuela o algún entrenamiento durante la semana que está reclamando? Sí No
8. ¿Recibió o cambió usted cualquier clase de pensión, con la excepción de seguro social, durante la semana que está reclamando? Sí No
9. ¿Recibió o aplicó usted para cualquier pago por incapacidad total durante la semana que está reclamando? Sí No
10. ¿Estuvo usted físicamente capacitado para trabajar por cuatro días o más de los que normalmente se trabaja durante la semana que está reclamando? Sí No
11. ¿Estuvo usted disponible para trabajar por cuatro días o más de los que normalmente se trabaja durante la semana que está reclamando? Sí No
12. ¿Buscó usted trabajo como dirige el Centro Regional de Llamadas o el sistema de reclamos de Internet durante la semana que está reclamando? Sí No

CERTIFICACIÓN:

Continuo mi reclamo por beneficios y registración por trabajo. Las declaraciones anteriormente citadas en los dos lados de este formulario son verdaderas y correctas. Certifico sabiendo que la ley impone penalidades si hago declaraciones falsas o si retengo información para obtener beneficios en exceso de los que me corresponde.

Fecha Firmada: _____ Firma del Solicitante: _____ Número de Teléfono _____