

**DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES**

Ingrese su información en los espacios provistos y escriba su nombre para firmar el formulario. Complete un suplemento para indicar otros empleos que haya tenido durante los últimos 18 meses. Puede imprimir el formulario completo y enviarlo a la siguiente dirección:

Florida Department of Economic Opportunity, P.O. Box 5350 Tallahassee, FL 32314-5350

<p>1. Nombre (Nombre, Inicial, Apellido)</p> <hr/> <p>1a. Otros nombres que usted uso diferente durante el empleo</p> <hr/> <p>2. Direccion postal local: Apto.# Direccion de la calle:</p> <p>Ciudad: Estado: Zip: Condado de residencia</p> <hr/> <p>3. Numero de telefono: Numero de telefono alternativo: or</p> <hr/> <p>4. Fecha de nacimiento: 5. Sexo: 6. Altura/Peso Mes Dia Año <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F /</p> <hr/> <p>7. (Solo para uso estadístico) Es usted de descendencia Hispana? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Indicar su afiliación primaria: <input type="checkbox"/> Blanco (1) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Esquimal (4) <input type="checkbox"/> Afro-americano o Negro (2) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas Pacificas (5) <input type="checkbox"/> Asiatico (3) <input type="checkbox"/> Information not available (6)</p> <hr/> <p>8a. Identificación (ID): #de Licencia de Conducir: Estado que la Emitió:</p> <hr/> <p>#de la Tarjeta de identificación Estatal: Estado que la Emitió: Otro # de ID: Clase de ID:</p> <hr/> <p>8b. *Número de Seguro Social: ver Declaración de la Ley de Privacidad a continuación</p> <hr/> <p>9. Marque el numero que corresponda al grado más alto que haya completado: 1. No complete la escuela secundaria-Grado más alto completado fue: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 2. Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> 3. Certificado de curso vocacional/técnico AA o de postsecundaria <input type="checkbox"/> 4. BS/BA <input type="checkbox"/> 5. MS/MA <input type="checkbox"/> 6. Doctorado <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">SOLO PARA USO DE LA OFICINA, NO ESCRIBA EN LA SECCION GRIS ABAJO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td>EFF Date</td> <td>M</td> <td>D</td> <td>Y</td> <td>DATE FILED</td> <td>M</td> <td>D</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CLAIM STATUS</td> <td>NEW <input type="checkbox"/></td> <td>ADD'L <input type="checkbox"/></td> <td>R/O <input type="checkbox"/></td> <td>T <input type="checkbox"/></td> <td>REQUALIFY <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>TYPE:</td> <td>UC <input type="checkbox"/></td> <td>X <input type="checkbox"/></td> <td>FE <input type="checkbox"/></td> <td>CWC <input type="checkbox"/></td> <td>EB <input type="checkbox"/></td> <td>OTHER <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ISSUE: (check one)</td> <td colspan="2">UCB-13 <input type="checkbox"/></td> <td>MODS <input type="checkbox"/></td> <td>STDK <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">METHOD</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td colspan="2">LOCAL OFFICE</td> <td>FIPS</td> <td>RES. COUNTY</td> <td colspan="3">WDB</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>IND</td> <td>W/S</td> <td>ERP</td> <td>MCS</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="8">IB4 STATE/FIPS CODE</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Primary DOT Code:</td> <td>Mo. Exp.</td> <td colspan="3">Secondary DOT Code:</td> <td>Mo. Exp.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Disaster Date:</td> <td colspan="4">Announcement</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Documentation presented:</td> <td colspan="4">Disaster #: FL</td> </tr> <tr> <td colspan="8">TYPE:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Primary DOT Code:</td> <td>Mo. Exp.</td> <td colspan="3">Secondary DOT Code:</td> <td>Mo. Exp.</td> </tr> </table> <hr/> <p>10. Esta usted incapacitado como se define en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Definición: Una persona esta incapacitada si tiene un impedimento Físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales del vivir diario; tiene un historial de tal impedimento; o se considera que tiene dicho impedimento.</p> <p>Nota: esta información solo se usara para fines estadísticos; se Solicita en forma voluntaria; y se mantendrá confidencial.</p> <hr/> <p>11. Soy ciudadano de los estados Unidos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si no, vea p. 2 No. de Reg. de Extranjero: Si es no, estoy autorizado para trabajar en este país. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha de vencimiento:</p> <hr/> <p>11a. Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de US/Nacionalizado <input type="checkbox"/> Extranjero o refugiado admitido legalmente <input type="checkbox"/> Cuban Entrant <input type="checkbox"/> Haitian Entrant <input type="checkbox"/> Otro</p> <hr/> <p>11b. Si no domina el ingles. Que idioma prefiere usar??</p>	EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y	CLAIM STATUS	NEW <input type="checkbox"/>	ADD'L <input type="checkbox"/>	R/O <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	REQUALIFY <input type="checkbox"/>			TYPE:	UC <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	FE <input type="checkbox"/>	CWC <input type="checkbox"/>	EB <input type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/>		ISSUE: (check one)	UCB-13 <input type="checkbox"/>		MODS <input type="checkbox"/>	STDK <input type="checkbox"/>	METHOD			1.	LOCAL OFFICE		FIPS	RES. COUNTY	WDB			2.								3.	IND	W/S	ERP	MCS				4.								IB4 STATE/FIPS CODE								Primary DOT Code:				Mo. Exp.	Secondary DOT Code:			Mo. Exp.	Disaster Date:				Announcement				Documentation presented:				Disaster #: FL				TYPE:								Primary DOT Code:				Mo. Exp.	Secondary DOT Code:			Mo. Exp.
EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y																																																																																																												
CLAIM STATUS	NEW <input type="checkbox"/>	ADD'L <input type="checkbox"/>	R/O <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	REQUALIFY <input type="checkbox"/>																																																																																																														
TYPE:	UC <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	FE <input type="checkbox"/>	CWC <input type="checkbox"/>	EB <input type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/>																																																																																																													
ISSUE: (check one)	UCB-13 <input type="checkbox"/>		MODS <input type="checkbox"/>	STDK <input type="checkbox"/>	METHOD																																																																																																														
1.	LOCAL OFFICE		FIPS	RES. COUNTY	WDB																																																																																																														
2.																																																																																																																			
3.	IND	W/S	ERP	MCS																																																																																																															
4.																																																																																																																			
IB4 STATE/FIPS CODE																																																																																																																			
Primary DOT Code:				Mo. Exp.	Secondary DOT Code:			Mo. Exp.																																																																																																											
Disaster Date:				Announcement																																																																																																															
Documentation presented:				Disaster #: FL																																																																																																															
TYPE:																																																																																																																			
Primary DOT Code:				Mo. Exp.	Secondary DOT Code:			Mo. Exp.																																																																																																											
<p>12. Por este medio solicito beneficios por por el period que empieza:</p> <hr/> <p>14. TIPO DE NEGOCIAO DE SU EMPLEADOR:</p> <p>15. Nombre de empleador al tiempo del Pandemia:</p> <hr/> <p>Dirección de la calle del empleador:</p> <p>Ciudad: Condado: Estado: Cod. postal:</p> <hr/> <p>Nombre del Supervisor: Condado en el que trabajo:</p> <hr/> <p>Numero de telefono del empleador: Tasa salarial: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año \$ Por</p>	<p>13. No. de Ident del empleador</p> <hr/> <p>Fechas en que trabajo: Ocupación: De: A: Mo. Day Year Mo. Day Year</p> <hr/> <p>Total de ingresos brutos ganados: Total de ingresos brutos ganados \$ Desde el Domingo de esta semana: \$</p>																																																																																																																		

Ingrese su período total de empleo con este empleador:

Comienzo de empleo:

Finalización de empleo:

1. ¿Ha tenido Ud. múltiples períodos de nuevos empleos con este empleador desde 1/1/2019? SI NO
- A. ¿Fueron sus ingresos brutos al menos \$4675 durante este período de empleo? No SI NO
incluya ingresos ganados después de 4/5/2020.
- B. Indique sus ingresos brutos con este empleador por el período total de su empleo indicado anteriormente (si fuera más de un año, indique los ingresos brutos de un período reciente de 1 año) No incluya ingresos ganados después de 4/5/2020.
2. ¿Se considera que usted está trabajando de guardia para este empleador? SI NO
3. ¿Trabajó tiempo completo para este empleador? SI NO
4. ¿Es usted un ejecutivo de una corporación? SI NO
Si contestó "Sí", la razón de la desvinculación de un ejecutivo de corporación será considerada una renuncia voluntaria por las Leyes de Florida.
5. ¿Es usted un propietario único, un socio de una sociedad, o trabaja para un miembro de familia que posee/opera una empresa de propietario único y/o sociedad en esta compañía? SI NO
6. ¿Es Ud. un empleado escolar? SI NO
7. ¿Trabajó para una compañía privada y como parte de su trabajo proporcionó servicios a una escuela u otra institución educacional? Por ejemplo, usted condujo un autobús escolar, pero no era un empleado de la junta escolar. SI NO

Información de autorización de trabajo

Usted indicó que no es ciudadano de los Estados Unidos.

1. ¿Cuál de las siguientes tarjetas o documentos de autorización de trabajo tiene usted? (Seleccione uno)
- I-55 (Tarjeta de Residente Permanente)
 - I-766 (Tarjeta de Autorización para Trabajar)
 - I-551 (Visa de Inmigrante Temporal legible por lenguaje mecánico.)
 - I-551 (Sello Temporal de K-94 en pasaporte)
 - I-94 (Registro de Llegada/Salida)
 - I-94 (Registro de Llegada/Salida) en un pasaporte Extranjero Vigente.
 - I-327 (Permiso de Reingreso)
 - I-571 (Documento de Viaje para Refugiado)
 - I-20 (Certificado de Admisibilidad para la Categoría de Estudiante No-inmigrante (F-1))
 - DS2019 (Certificado de Admisibilidad para la categoría de Visitante de Intercambio (J-1))
 - Otro Documento de Autorización para Trabajar.
2. Seleccione su país de origen:
3. Ingrese su número de pasaporte:
4. Seleccione el país que emitió su pasaporte:
5. Ingrese su número de I-94:
6. Ingrese su número de I-551/I-766:
7. Ingrese su número de identificación SEVIS:

**DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES**

Por este medio reclamo beneficios bajo la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida. No estoy solicitando beneficios de reempleo bajo ningún otro sistema estatal o federal. A discreción del departamento, esta solicitud de beneficios puede ser aceptada como mi inscripción para obtener servicios de trabajo y empleo. Entiendo que la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida dispone sanciones por hacer a sabiendas declaraciones falsas con el fin de obtener beneficios. Declaro que las declaraciones hechas en relación con esta reclamación son verdaderas y correctas a mi mayor saber y entender. Acuerdo y entiendo que cualquier declaración falsa intencional de los datos puede causar que pierda mi estatus en el programa de WIA y podría estar sujeto a acción legal. Entiendo que la información está sujeta a verificación y convengo en proporcionar la documentación que se requiera. Entiendo que es posible que se de mi número de seguro social a otras agencias no gubernamentales y del gobierno federal, estatal y local.

Firma del reclamante: _____ Fecha: _____

Autorizo al Department of Economic Opportunity a que pueda enviarme vía correo electrónico cualquier información adicional pertinente a mi reclamo.

Mi Correo Electrónico es: _____
Entiendo que el Department of Economic Opportunity mantendrá confidencialmente mi dirección de correo electrónico según la sección 443.1715, Estatutos de Florida.

***DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

La información que usted proporciona a este Departamento es voluntaria y confidencial pero se necesita para procesar su solicitud. Conforme al Código de Ingresos Internos de 1986, la Ley de Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1 y s.443.091(1)(h), F.S, la divulgación de su número de Seguro Social es obligatoria. Este Departamento utilizará los números de Seguro Social para informar los beneficios que usted recibe al Servicio de Ingresos Internos como posibles ingresos sujetos a impuestos. De acuerdo con la Ley Federal de Reducción del Déficit, una enmienda a la Ley Federal de Seguro Social y la 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted proporcione está sujeta a ser verificada a través de programas de comparación por computadora y la información acerca de sus ingresos y solicitud puede ser proporcionada a otras agencias federales, estatales y locales o sus contratistas para verificar la admisibilidad bajo otros programas gubernamentales para garantizar que los beneficios se hayan pagado adecuadamente y para fines estadísticos y de investigación.

Los empleadores se hallan autorizados legalmente a proporcionar a este Departamento la información necesaria para determinar su admisibilidad para recibir beneficios. Esta información incluye las fechas en que estuvo empleado, los ingresos pagados y la razón de su desvinculación laboral. La información que proporcione sobre por qué dejó un empleo específico puede divulgarse a ese empleador para que este Departamento pueda determinar su admisibilidad para los beneficios.

Certifico que estoy presentando esta solicitud de asistencia de reempleo para mí y que toda la información proporcionada es precisa y que las respuestas a todas las preguntas son verdaderas y correctas. Sé que la ley de Florida establece sanciones y/o encarcelamiento por declaraciones falsas para obtener beneficios y que este Departamento persigue activamente los beneficios recaudados de manera fraudulenta.

Por la presente, reconozco que este Departamento verificará mi información para asegurar su exactitud. Al seleccionar "SI", reconozco que toda la información proporcionada es completa y precisa según mi leal saber y entender; además, entiendo que dar falso testimonio o tergiversar a sabiendas o no divulgar un hecho material a sabiendas puede ser procesado como un delito grave de tercer grado conforme con la sección 443.071, Leyes de Florida.

He leído y acepto lo anterior: SI NO Número de Seguro Social:

Declaración de fraude

La Ley de Florida sostiene que hacer una declaración fraudulenta a sabiendas, para poder obtener o incrementar sus beneficios de Reempleo, es un delito grave de tercer grado sancionable con hasta \$5.000 en penalidades y cinco años en la cárcel. También es ilegal presentar una solicitud o reclamar semanas de beneficios para otra persona. Todos los casos que se determinen como fraudulentos pueden ser referidos a la oficina del Fiscal Estatal para su enjuiciamiento. Cada semana de beneficios reclamada fraudulentamente es un delito separado para su enjuiciamiento.

Si usted proporciona información fraudulenta o un Número de Seguro Social falso cuando presenta su solicitud, usted podría ser arrestado por fraude.

Reconozco que entiendo esta declaración y deseo continuar presentando mi solicitud.

36. HISTORIAL DE TRABAJO: Complete lo siguiente con relación a los últimos 3 trabajos que ha tenido durante los últimos 18 MESES ANTES del empleo que consignó en el ítem 12 del formulario UC310. Incluya todo empleo por cuenta propia, trabajo a tiempo parcial, servicio militar y empleo con una agencia gubernamental. Incluya todos los empleadores, independientemente del lugar, tipo de trabajo realizado o duración del empleo.

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)	
Dirección de la calle del empleador:			Fechas en que trabajó: DE: _____ A: _____	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$	
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o cargo:	
Número de teléfono del empleador:			Herramientas/Equipos usados:	
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)	
Explique el motivo de la cesantía:				
Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)	
Dirección de la calle del empleador:			Fechas en que trabajó: DE: _____ A: _____	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$	
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o Título:	
Número de teléfono del empleador:			Herramientas/Equipos usados:	
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)	
Explique el motivo de la cesantía:				
Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)	
Dirección de la calle del empleador:			Fechas en que trabajó: DE: _____ A: _____	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$	
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$	
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o Título:	
Employer's Telephone Number:			Herramientas/Equipos usados:	
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)	
Explique el motivo de la cesantía:				

Información Adicional sobre Admisibilidad

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Desde que está desempleado, fue referido a un trabajo por el Centro de CareerSource y rehusó/no aceptó el referido? | SI | NO |
| ¿Realizó servicios como deportista profesional para algún empleador desde el martes 1 de enero de 2019? | SI | NO |
| ¿Está buscando solamente trabajo de tiempo parcial? | SI | NO |
| ¿Ha aceptado una oferta de trabajo con un empleador nuevo? | SI | NO |
- Si contesta "Sí", ingrese la fecha de comienzo del empleo:

Dirección del domicilio del reclamante

Atención:

Dirección línea 1:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

País:

Notificación

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. ¿Trabajó o trabajará Usted a tiempo completo durante la semana de presentación? (dom.-sáb.) | YES | NO |
| 2. ¿Trabajó o trabajará Usted y ganó o ganará, como mínimo, \$275 durante la semana de presentación?(dom.-sáb.) | YES | NO |

Preguntas iniciales

1. Indique TODO(s) tipo(s) de empleo que usted tuvo desde 1/1/2019.

- Empleado en Florida (excluyendo el empleo militar y civil federal)
- Empleado en un Estado que no sea Florida (excluyendo el empleo militar y civil federal)
- Empleado por las Fuerzas Armadas en Servicio Activo
- Empleado como empleado civil federal?
- Empleado por cuenta propia o como contratista independiente
- No he estado empleado desde 1/1/2019

- | | | |
|---|----|----|
| 2. Desde 4/7/2019, ¿ha solicitado beneficios de reemplazo en un estado que no sea Florida? | SI | NO |
| 3. ¿Está solicitando desde Florida? | SI | NO |
| 4. Si usted no está solicitando desde Florida, seleccione el estado en el que está solicitando. | | |
| 5. por favor ingrese la ubicación desde donde está presentando esta solicitud. | | |

Correspondencia preferida

¿Cómo le gustaría recibir su correspondencia? Electrónico Correo postal de los EE. UU.

Ingrese su dirección de correo electrónico:

Indique su idioma preferido:

Información general – Retención de impuestos

Los beneficios de Asistencia de Reempleo son totalmente imponibles si usted está obligado a presentar una declaración de impuestos.

Ley Pública 103-465 requiere que el Departamento de Oportunidad Económica deduzca y retenga el impuesto federal al ingreso sobre la Asistencia de Reempleo si la persona que recibe los beneficios solicita voluntariamente tal deducción y retención. Usted podría solicitar una deducción en concepto de retención para sus impuestos federales al ingreso igual al 10% de su asistencia semanal.

A fines de enero se le entregará un comunicado, la Forma 1099-G, que indicará el monto de las prestaciones pagadas y retenidas durante el año anterior. La misma información se transmitirá al Servicio de Rentas Internas (IRS).

Los montos retenidos en concepto de impuesto al ingreso se mantienen en fideicomiso para el Gobierno de los EE. UU. Todos los reembolsos correspondientes a todo pago en exceso de impuesto al ingreso se deben obtener del IRS.

El Departamento no es responsable por el reembolso de los impuestos retenidos.

Podría ser necesario que usted haga pagos de impuestos estimados. Para obtener más información sobre cuándo se deben hacer estos pagos, consulte la publicación del IRS titulada "Retención de Impuestos e Impuesto Estimado" o comuníquese con el Servicio de Impuestos Internos. DIRIJA TODAS SUS PREGUNTAS SOBRE SU OBLIGACIÓN TRIBUTARIA AL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS.

Selección de retención de impuestos

¿Quiere se le retengan los impuestos federales sobre el ingreso sobre todo tipo de asistencia de reempleo que se pague a usted?

Por la presente autorizo al Departamento de Oportunidad Económica a NO deducir ni retener de mi asistencia de reempleo el impuesto federal sobre el ingreso.

Por la presente autorizo al Departamento de Oportunidad Económica a deducir y retener de mi asistencia de reempleo el impuesto federal sobre el ingreso.

Verificación de identidad

Verifique su identidad mediante el ingreso de su número de Seguro Social:

Certifico que estoy haciendo la selección arriba mencionada con respecto a mi estado de la retención de los impuestos federales sobre e ingreso.

Información general – sobre Correo Postal.

Si Usted lleva este formulario impreso a un centro participante de FedEx, ellos lo enviarán por correo al Departamento de forma gratuita. Vea los centros participantes y más detalles en: <https://www.floridajobsresources.com>

Reconocimientos

Inscripción en Workforce

Comprendo que la ley de la Florida requiere que me inscriba en los servicios de Workforce vía Employ Florida Marketplace para continuar mi admisibilidad para pagos de beneficios.

Después de haber sometido mi aplicación, se me proveerá un enlace y también estará disponible en mi página de inicio en mi cuenta, si yo deseara completarla más tarde.

Yo comprendo que el pago de mi reclamación será retrasado o negado si mi inscripción en los servicios de Workforce no se completara con anterioridad a solicitar mis pagos de beneficios por primera vez.

Estoy de Acuerdo

Centro de CareerSource

Comprendo que se me notificará si se me requiere asistir a un seminario del Centro de CareerSource. Dejar de asistir en la fecha señalada, podría conllevar la demora o pérdida de mis beneficios de asistencia de reemplazo.

Si un Centro de CareerSource me da un referido laboral, comprendo que no proseguir este referido podría conllevar la pérdida de los beneficios de asistencia de reemplazo.

Estoy de Acuerdo

Solicitud de pagos de beneficios

Comprendo lo siguiente:

- Se me requiere solicitar pagos de beneficios por cada semana que yo desee recibir beneficios.
- La primera semana de un nuevo año de beneficio para el cual yo fuera apto para recibir beneficios de asistencia de reemplazo será una semana de espera que no es pagadera.
- Si existe un asunto pendiente sobre mi reclamación debo continuar solicitando los pagos de beneficios para que se me puedan pagar esas semanas si después se determina que soy apto.

Estoy de Acuerdo

Información de ingresos

Comprendo que si hago algún trabajo, incluyendo el entrenamiento pago en la reserva militar o trabajo por cuenta propia, debo informar la cantidad total de ingreso (cantidad previa a las deducciones por impuestos), ya sea que me hayan pagado o no cuando solicite el pago de beneficios por esa semana.

Estoy de Acuerdo

Requisitos de búsqueda laboral

Regular:

Comprendo que se me requerirá someter un mínimo de cinco (5) contactos o los detalles de una visita al Centro CareerSource cuando solicite mis pagos de beneficios. Cada semana se me requerirá someter:

- Fecha de contacto
- Método de contacto
- Nombre de la empresa, número de teléfono, sitio web (URL), o dirección de correo electrónico
- Resultado de cada contacto
- Tipo de trabajo buscado

Estoy de Acuerdo

Información sobre los derechos a beneficios

Comprendo que es mi responsabilidad leer la Información sobre los Derechos a Beneficios que explican mis derechos y responsabilidades cuando esté recibiendo asistencia de reemplazo. Al final de esta aplicación y en la página inicial de mi cuenta se halla un enlace para la Información sobre los Derechos a Beneficios.

Estoy de Acuerdo



Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida

A continuación hallará las estructuras de tasas de tarjeta de débito de las que usted ya ha acusado recibo y que ha revisado. Dependiendo de los servicios de Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida que usted utilice, Usted podría ser responsable de estas tasas.

Tarjeta prepaga de la Asistencia de Reempleo de Florida emitida por Comérica

<p>Usted tiene varias opciones para recibir sus pagos: depósito directo en su cuenta bancaria, depósito directamente en su cuenta de prepago personal o por defecto a esta tarjeta de prepago. Usted no tiene la obligación de aceptar esta tarjeta de prepago. Pregúntenos sobre otras formas de recibir sus fondos. Por favor, inicie sesión en https://connect.myflorida.com para ingresar la información de su cuenta bancaria o de prepago. Pregunte por otras maneras de recibir sus fondos.</p>			
Tarifa mensual \$0	Por compra \$0	Extracción por cajero automático (ATM) \$0 (dentro de la red) \$1.90 (fuera de la red)	Recarga de efectivo No corresponde
Consulta de saldo por cajero automático (ATM) (dentro o fuera de la red)			\$0 or \$0.75
Servicios al cliente (automático o con agente en vivo)			\$0.50*
Inactividad			\$0
Cobramos otros 2 tipos de tasas. Son estas.			
Tasa por reemplazo de tarjeta (entrega regular o rápida)			\$4* or \$18.50*
Extracción de dinero en efectivo con cajero por mostrador			\$3.00*
<p>*Esta tarifa puede ser menor dependiendo de cómo y cuándo se usa esta tarjeta. Vea la comunicación por separado acerca de las formas de acceder a sus fondos y a la información sobre su saldo sin cargo. Se le permite el reemplazo sin cargo de una tarjeta común por período de beneficio.</p>			
No existen funciones de sobregiro ni de crédito			
<p>Sus fondos califican para ser asegurados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC). Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid. Obtenga detalles y condiciones sobre todas las tasas y servicios en el acuerdo del titular de la tarjeta.</p>			

He revisado la Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida y entiendo que si selecciono la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida como mi método de pago y utilizo los servicios mencionados anteriormente, seré responsable de toda tasa que se me cobre por esos servicios.

Lista de todas las tasas de la Tarjeta Prepaga Way2Go de la Asistencia de Reemplazo de Florida

Todas las tasas	Monto	Detalles
Comienzo		
Obtención de tarjeta	\$0	No se cobran tasas por la obtención de una cuenta de tarjeta.
Uso de fondos		
Puntos de venta (Point-of-Sale (POS))	\$0.00	No se cobran tasas por transacciones en POS realizadas en los Estados Unidos utilizando su firma o el número de identificación personal (PIN).
Obtener dinero en efectivo		
Extracciones por el cajero automático (ATM) (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por extracciones por cajero automático (ATM) dentro de la red, realizadas en los ATM de Comérica y de MoneyPass. "Dentro de la red" se refiere a la red de cajeros automáticos de Comérica y MoneyPass. Los lugares que se hallan dentro de la red pueden encontrarse en https://locations.comerica.com/ y moneypass.com/atm-locator.html . Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones por ATM (fuera de la red)	\$1.90	Esta es nuestra tasa. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos (ATM) fuera de las redes de ATM de MoneyPass o del Banco Comérica. Se le cobrará una tasa por cada extracción por ATM realizada en un ATM fuera de la red. El operador del ATM también podría cobrarle una tasa, aun cuando Usted no complete la transacción. Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones de dinero en efectivo asistidas por un cajero (OTC, por el mostrador)*	\$3.00	Esta es nuestra tasa. Se le permite una (1) extracción por depósito, sin cargo, en las ventanillas de cajeros de Mastercard Member Bank o Credit Union.
Información		
Servicio al cliente (automático o con agente en vivo)*	\$0.50*	Se le permiten cinco (5) llamados al Servicio al Cliente con Respuesta por Voz Interactiva (IVR) o con agente en vivo sin cargo, por mes, para verificar su saldo o para escuchar el historial de transacciones. Se le cobrará una tasa por cada llamado adicional.
Consulta de saldo en cajero automático (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por consulta de saldo por cajero automático (ATM) realizadas dentro de las redes de ATM de MoneyPass y Banco Comérica.
Consulta de saldo en cajero automático (ATM) (fuera de la red)	\$0.75	Esta es nuestra tasa. Se le cobrará una tasa por cada consulta de saldo por ATM realizada en un ATM fuera de la red.
Uso de su tarjeta fuera de los Estados Unidos		
Tasa por transacción internacional	3%	La tasa de conversión es una tasa de Mastercard sobre el monto de cada transacción realizada fuera de los EE.UU.
Otros		
Reemplazo de tarjeta	\$4	Se le permite un (1) reemplazo de tarjeta sin cargo, por período de beneficios. Se le cobrará una tasa por cada tarjeta de reemplazo adicional que solicite. Las tarjetas se envían por correo postal normal. La entrega estándar es de 7 a 10 días calendario.
Entrega rápida de la tarjeta	\$14.50	Si usted solicita el reemplazo de su tarjeta por entrega rápida en vez de recibirla por correo postal normal, se le cobrará la tasa por entrega rápida, además de toda otra tasa que corresponda por reemplazo de tarjeta. La entrega rápida puede esperarse que sea entre 3 a 5 días calendario.
Transferencia de fondos a través de Respuesta por Voz Interactiva (IVR por teléfono) o sitio web.	\$0.00	No se le cobrará ninguna tasa por cada transferencia de fondos desde su cuenta de tarjeta hacia su cuenta bancaria personal en un banco de los EE.UU.
<p>*Las transacciones "Libres de tasas" caducan al final de cada mes calendario, si no se utilizan.</p> <p>Sus fondos califican para el seguro FDIC y se mantendrán en / o se transferirán al Banco Comérica, una institución asegurada por el FDIC. Una vez allí, sus fondos están asegurados por el FDIC hasta \$250.000 en el caso de que el Banco Comérica quiebre, si se cumplen los requisitos específicos de seguro de depósito. Para obtener detalles vea fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html.</p> <p>No existen funciones de sobre giro ni de crédito</p> <p>Comuníquese con el Servicio al Cliente del Programa Go llamando al 1-833-888-2780, por correo postal a P.O. Box 245997, San Antonio, TX 78224-5997 o visite www.GoProgram.com.</p> <p>Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid.</p> <p>Si tiene alguna queja acerca de una cuenta prepaga, llame a la Oficina de Protección Financiera de los Consumidores al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.</p>		