

SOLICITUD PARA DETERMINAR EL DERECHO DE ASIGNACIONES DE REAJUSTE COMERCIAL



1. Nombre del Empleado:	NSS:	Fecha de Nacimiento:
2. Dirección del empleado:	Ciudad/Estado:	Teléfono:
3. Nombre de la Empresa:	División o Departamento:	Última Ocupación:
Dirección (Cuidad/Estado):	Fecha de Finalización:	<input type="checkbox"/> Finalización Total <input type="checkbox"/> Todavía Trabaja Medio-Tiempo
4. Mi Empleo empezó en:	Estado donde Finalizó:	
Razón de Finalización: <input type="checkbox"/> Falta de Trabajo <input type="checkbox"/> Otra (Explique):		
5. ¿Ha trabajado para otro empleador desde que dejó al empleador de comercio-certificado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si así es, haga una lista abajo:		
Empleador:	Dirección:	
Empleador:	Dirección:	
6. ¿Ha presentado su solicitud para Beneficios por Desempleo (UI)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿en cuál Estado?		
7. ¿Está recibiendo Beneficios por Desempleo actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿de cuál Estado?		

Entiendo que al firmar esta forma estoy de acuerdo con lo siguiente:

- El Departamento de Empleo de Oregon (OED por sus siglas en ingles) podría dar información relacionada a mi participación con el Derecho de Asignaciones de Reajuste Comercial (TAA por sus siglas en ingles) a la Le de Inversión Laboral (WIA por sus siglas en ingles), representantes locales, vendedores, instituciones educacionales y empleados que facilitan el desarrollo y la conclusión de cualquier capacitación conectada al TAA; búsqueda de trabajo o la nueva ubicación de beneficios que podría solicitar.
- El OED podría dar información relacionada a mi Derecho de Reajuste Comercial (TRA por sus siglas en ingles) seguro de beneficios por desempleo a facilidades educacionales a donde estoy considerando inscribirme o a los representantes de WIA cuando sea necesario para ayudarme a determinar mi elegibilidad para ayuda financiera u otros programas de apoyo.
- El representante (OED) TAA/TRA podría obtener información relacionada a mi capacitación de éstas mismas instituciones y/o a mi Empleador previamente certificado TAA para el uso en la determinación mí elegibilidad continua para los beneficios de TAA y/o TRA.

El uso de mi número de Seguro Social para los tres propósitos arriba mencionados es obligatorio para participar en los programas TAA/TRA. La autoridad para dar información queda establecida bajo 19 U.S.C. Capítulo 12, 20 CFR Parte 617, ORS 657.665 y ORS 657.670.

Proporciono ésta información para respaldar mí solicitud para determinar el derecho a Asignaciones de Reajuste Comercial. La información contenida en ésta solicitud es correcta y completa a mí mejor saber y entender. Entiendo que existen castigos por mala representación intencionada para obtener asignaciones a las que no tengo derecho.

Firma del Empleado:	Fecha:
---------------------	--------

Envíe por correo o por fax la forma completada a:
 Employment Department – UI Training Programs Unit
 875 Union Street NE
 Salem, OR 97311 or Fax: (877) 353-7700 or (503) 947-1833

Si tiene preguntas acerca del Programa TRA, llame al (800) 436-6191 o al (503) 947-1800

FOR OED USE ONLY	Filing Date:	Cert Date:	Impact Date:
Certification #:	Exp. Date:	BYE:	FO: