

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:	
Dirección (Ciudad/Estado):		Última Ocupación:	
4. Mi Empleo empezó en:		Fecha de Finalización:	
		<input type="checkbox"/> Finalización Total <input type="checkbox"/> Todavía Trabaja Medio-Tiempo	
Razón de Finalización: <input type="checkbox"/> Falta de Trabajo <input type="checkbox"/> Otra (Explique):		Estado donde Finalizó:	
5. ¿Ha trabajado para otro empleador desde que dejó al empleador de comercio-certificado? <input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es afirmativa, ¿en cuál Estado?			
7.- ¿Está recibiendo Beneficios por Desempleo actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es afirmativa, ¿de cuál Estado?			
Entiendo que al firmar ésta forma estoy de acuerdo con lo siguiente:			
<p>1. El Departamento de Empleo de Oregon (OED por sus siglas en inglés) podría dar información relacionada a mi participación con el Derecho de Asignaciones de Reajuste Comercial (TAA por sus siglas en inglés) a la Ley de Inversión Laboral (WIA por sus siglas en inglés), representantes locales, vendedores, instituciones educativas 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.</p> <p>2. El OED podría dar información relacionada a mi Derecho de Reajuste Comercial (TRA por sus siglas en inglés) seguro de beneficios por desempleo a facilidades educativas 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.</p> <p>3. 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.</p> <p>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</p>			
Certificación del Empleado			
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:	
FOR OED USE ONLY	Filing Date:	Cert Date:	Impact Date:
Certification #:	Exp. Date:	BYE:	