

# PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO DE SEIU USWW

---

**Cómo Completar el Formulario de  
Solicitud Inicial y Certificación de Pago**



Building Skills Partnership  
& SEIU USWW



**Si esta pensado en presentar un reclamo** de Beneficios de desempleo del Programa de Trabajo Compartido, **debe:**



**Verificar con su empleador o su representante de la Unión que su edificio o lugar de trabajo esté participando en el programa de trabajo compartido**



**Esperar a que su empleador le entregue dos formularios para completar:**

**1**

Formulario de reclamo inicial y certificación de pago  
(completado una vez para la primera semana de Trabajo Compartido)

**2**

Formulario de certificación de trabajo compartido  
(completado cada 2 semanas a partir de la segunda semana de Trabajo Compartido)



**EDD notificará al reclamante por correo si es elegible para recibir beneficios, si es así, se le enviará por correo una tarjeta de BofA del EDD**



**Continúe completando y enviando por correo el formulario de Certificación de trabajo compartido para todas las semanas de trabajo compartido**

# La Información que necesitará:

- Nombre y número de seguro social
- Dirección postal y residencial, y número de teléfono
- Estatus de ciudadanía: debe proporcionar prueba de ser residente legal o tener autorización de trabajo
- Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación
- Historial de empleo y cálculo de ingresos de los últimos 18 meses
- Información sobre algún otro empleador, incluyendo el nombre de la empresa, la dirección y sus ingresos
- Fecha en la que solicitó el seguro de desempleo por última vez, **si alguna vez lo tuvo**
- Información sobre su pensión, **si la recibe en este momento o la recibirá dentro de un año**

# Solicitud Inicial y Certificación de Pago (DE 8648)

- Complete este formulario para presentar su reclamo de beneficios de desempleo de Trabajo Compartido
- Solo necesita completarlo **una vez**
- Los formularios en blanco serán enviados por correo y distribuidos por el empleador, NO por el sindicato (la Unión), ni por BSP



EDD Employment Development Department State of California		INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION																																								
<p><b>WORK SHARING (WS) EMPLOYER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Please complete Section A - Employer's Information and Certification for the employee participating in the Work Sharing Plan. An original signature is required.</li> <li>• Instructions for completion of this form are contained in the <i>Guide for Work Sharing Employers, DE 8684</i>.</li> <li>• This form must be issued to the employee for the FIRST work sharing week within 14 calendar days after the <b>Week Ending</b> date shown below.</li> </ul> <p><b>WORK SHARING (WS) CLAIMANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Please complete Section B - Claimant Certification and Section C - Claimant Information of this form. If you have questions regarding the completion of this form, call the Special Claims Office at 916-464-3300.</li> <li>• Print your responses to Section C. Review your form before mailing it to avoid delays.</li> <li>• This form must be mailed to the Special Claims Office, P.O. Box 419076, Rancho Cordova, CA 95741-9076 within 14 calendar days from the date your employer issued it.</li> </ul>																																										
<b>SECTION A - EMPLOYER'S INFORMATION AND CERTIFICATION</b>																																										
LAST NAME:		FIRST NAME:	SOCIAL SECURITY NUMBER:																																							
<p><b>EMPLOYER'S CERTIFICATION FOR THE WEEK ENDING:</b>    /    /   </p> <p><b>Note:</b> If your payroll period is other than weekly, you must report the percentage of reduced hours and wages on a CALENDAR WEEK beginning Sunday and ending Saturday.</p> <table border="0"> <tr> <td>Normal Weekly Wages</td> <td><input type="text"/></td> <td>TOTAL Wages Paid</td> <td><input type="text"/></td> <td>% of Wages Reduced for WS</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Normal Hours of Work Per Week</td> <td><input type="text"/></td> <td>TOTAL Hours Worked</td> <td><input type="text"/></td> <td>% of Hours Reduced for WS</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>1. Was the employee absent from work for reasons other than Work Sharing, including a holiday, jury duty, illness, personal leave, or vacation during this week? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>a. If yes, was the absence approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Enter the date(s) and reason:    /    /       /    /       /    /       /    /       /    /       /    /   </p> <p>2. Did the employee refuse any work you made available during hours scheduled off due to your Work Sharing Plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. Enter the date(s) and hour(s) used for Work Sharing reductions during this week:</p> <table border="0"> <tr> <td>Date</td> <td>Hours</td> <td>Date</td> <td>Hours</td> <td>Date</td> <td>Hours</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> </table> <p>I certify that the above information concerning the status of this company and the status/earnings of this employee for the purpose of participating in the Work Sharing program is true and correct. At least two employees, and not less than 10 percent, of the regular permanent work force involved in the affected work unit(s), participated in the Work Sharing program, or in at least one week of a two consecutive week period. This company will maintain employees' health and retirement benefits under the same terms and conditions as prior to the reduction in hours and wages or to the same extent as other employees not participating in the Work Sharing plan pursuant to the California Unemployment Insurance Code Section 1279.5(c)(4)(A).</p> <table border="1"> <tr> <td>BUSINESS NAME AND ADDRESS:</td> <td>TITLE:</td> <td>DATE ISSUED TO EMPLOYEE:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PRINTED NAME OF SIGNER:</td> <td>EMPLOYER TELEPHONE NUMBER:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:</td> <td>EMPLOYER ACCOUNT NUMBER:</td> </tr> </table>				Normal Weekly Wages	<input type="text"/>	TOTAL Wages Paid	<input type="text"/>	% of Wages Reduced for WS	<input type="text"/>	Normal Hours of Work Per Week	<input type="text"/>	TOTAL Hours Worked	<input type="text"/>	% of Hours Reduced for WS	<input type="text"/>	Date	Hours	Date	Hours	Date	Hours	/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		BUSINESS NAME AND ADDRESS:	TITLE:	DATE ISSUED TO EMPLOYEE:		PRINTED NAME OF SIGNER:	EMPLOYER TELEPHONE NUMBER:		EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:	EMPLOYER ACCOUNT NUMBER:
Normal Weekly Wages	<input type="text"/>	TOTAL Wages Paid	<input type="text"/>	% of Wages Reduced for WS	<input type="text"/>																																					
Normal Hours of Work Per Week	<input type="text"/>	TOTAL Hours Worked	<input type="text"/>	% of Hours Reduced for WS	<input type="text"/>																																					
Date	Hours	Date	Hours	Date	Hours																																					
/ /		/ /		/ /																																						
/ /		/ /		/ /																																						
BUSINESS NAME AND ADDRESS:	TITLE:	DATE ISSUED TO EMPLOYEE:																																								
	PRINTED NAME OF SIGNER:	EMPLOYER TELEPHONE NUMBER:																																								
	EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:	EMPLOYER ACCOUNT NUMBER:																																								
DE 4511WS Rev. 8 (6-14)		Page 1 of 4																																								

# Solicitud Inicial y Certificación de Pago



## INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION

### WORK SHARING (WS) EMPLOYER

- Please complete Section A - Employer's Information and Certification for the employee participating in the Work Sharing Plan. An original signature is required.
- Instructions for completion of this form are contained in the *Guide for Work Sharing Employers, DE 8684*.
- This form must be issued to the employee for the **FIRST** work sharing week within **14** calendar days after the **Week Ending** date shown below.

### WORK SHARING (WS) CLAIMANT

- Please complete Section B - Claimant Certification and Section C - Claimant Information of this form. If you have questions regarding the completion of this form, call the Special Claims Office at 916-464-3300.
- Print your responses to Section C. Review your form before mailing it to avoid delays.
- This form must be mailed to the Special Claims Office, P.O. Box 419076, Rancho Cordova, CA 95741-9076 within **14** calendar days from the date your employer issued it.

Su empleador completará la Sección A antes de entregarle el formulario

Usted debe completar las secciones **B y C** y enviar el formulario dentro de **14 días de la fecha en cual su empleador se lo entregó. Envíela a esta dirección:**

EDD Special Claims Office  
P.O. Box 41906  
Rancho Cordova, CA 95741-9076

# Sección A - Información del Empleador y Certificación

Su empleador completará la sección A con información sobre la semana escrita en el formulario, incluyendo su:

- Nombre y número de Seguro Social
- Horas e ingresos normales y reducidas
- Ausencias
- Horario de Trabajo

Ultimo dia de la semana en cual comenzó el programa

SECTION A - EMPLOYER'S INFORMATION AND CERTIFICATION					
LAST NAME:	FIRST NAME:	SOCIAL SECURITY NUMBER:			
EMPLOYER'S CERTIFICATION FOR THE WEEK ENDING: ____ / ____ / ____					
<i>Note:</i> If your payroll period is other than weekly, you must report the percentage of reduced hours and wages on a CALENDAR WEEK beginning Sunday and ending Saturday.					
Normal Weekly Wages	TOTAL Wages Paid	% of Wages Reduced for WS			
Normal Hours of Work Per Week	TOTAL Hours Worked	% of Hours Reduced for WS			
1. Was the employee absent from work for reasons other than Work Sharing, including a holiday, jury duty, illness, personal leave, or vacation during this week? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
a. If yes, was the absence approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
b. Enter the date(s) and reason: ____ / ____ / ____					
2. Did the employee refuse any work you made available during hours scheduled off due to your Work Sharing Plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
3. Enter the date(s) and hour(s) used for Work Sharing reductions during this week:					
Date	Hours	Date	Hours	Date	Hours
____ / ____ / ____	____	____ / ____ / ____	____	____ / ____ / ____	____
____ / ____ / ____	____	____ / ____ / ____	____	____ / ____ / ____	____
I certify that the above information concerning the status of this company and the status/earnings of this employee for the purpose of participating in the Work Sharing program is true and correct. At least two employees, and not less than 10 percent, of the regular permanent work force, involved in the affected work unit(s), participated in the Work Sharing program, or in at least one week of two consecutive week period. This company will maintain employees' health and retirement benefits under the same terms and conditions as prior to the reduction in hours and wages or to the same extent as other employees not participating in the Work Sharing plan pursuant to the California Unemployment Insurance Code Section, 1279.5(c)(4)(A).					
BUSINESS NAME AND ADDRESS:		TITLE:	DATE ISSUED TO EMPLOYEE:		
			____ / ____ / ____		
		PRINTED NAME OF SIGNEE:	EMPLOYEE IDENTIFICATION NUMBER:		
		( )	( )		
		EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:	EMPLOYER ACCOUNT:		

Fecha que fue entregada al empleado

**Nota:** Tiene 14 días a partir de la fecha que se le entregó para enviar el formulario completo al EDD

# Sección B - Pregunta #1

## Empleo Adicional

Pregunta #1: Marque "No":

Si **no trabajó** para nadie más o si **no trabajó** por cuenta propia **durante la semana escrita en la Sección A.**

Después, omita las partes a, b, c y pase a la Pregunta #2

Pregunta #1: Marque "Sí":

Si **trabajó** para otro empleador o si **trabajó** por cuenta propia **durante la semana escrita en la Sección A** e incluya:

- Nombre y dirección del empleador, y último día trabajado durante la semana indicada
- Ganancias totales, antes de impuestos para esa misma semana
- Si todavía sigue trabajando por el empleador escrito o no

**SECCIÓN B - CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:** Favor de contestar las preguntas de abajo acerca de la Semana que Termina que fue proporcionada por su empleador en la Sección A, para determinar el pago por la semana.

1. ¿Trabajó usted para alguien más aparte de su empleador de Trabajo Compartido? (Esto incluye trabajo por cuenta propia.)

Sí  No

a. Si contesta sí, anote el nombre y la dirección del empleador así como la última fecha en que trabajó durante esta semana:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Última Fecha en que Trabajó: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

b. Anote sus sueldos/salarios, antes de las deducciones, de un trabajo por cuenta propia o de otro trabajo, sin importar si le hayan pagado o no: \$ \_\_\_\_\_

c. ¿Sigue trabajando para este empleador?  Sí  No

Si contesta No, explique la razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Sección B - Pregunta #2: Impuestos Federales y Firma

**Pregunta #2:** Si desea pagar impuestos federales sobre sus beneficios de la semana escrita en la sección A, **marque la casilla.**

- **Si no**, se le cobrará impuestos sobre sus beneficios cuando presente sus impuestos el próximo año

(Nota: Los \$600 del CARES Act no pagan impuesto)

2. Si usted desea que se retengan impuestos federales para la semana indicada en la Sección A, marque esta casilla:

La información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que la ley impone una multa y/o encarcelamiento por hacer declaraciones falsas o por retener información para recibir, fraudulentamente, beneficios del Seguro de Desempleo.

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha en que se Firmó:** \_\_\_\_\_

Una vez que complete la sección B, **firmé y coloque la fecha**



# Sección C - Pregunta #1

## Información Personal

**Paso #1:** Llene su información básica:

- Apellido, Nombre, e Inicial del segundo nombre (si corresponde)
- Fecha de nacimiento
- Indique su género (M o F)

**Pregunta #1:**

Marque "**Sí**": Si el nombre escrito en las casillas coincide con el nombre en su tarjeta de seguro social.

Después, pase a la Pregunta #2

**SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:** Proporcione esta información para presentar su solicitud.

APPELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
1. ¿Es el nombre usado en este formulario el mismo que aparece en su tarjeta de Seguro Social? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si contesta no, escriba el nombre como aparece en la tarjeta de Seguro Social. Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____				
a. Indique otros nombres y/o números de Seguro Social que usted haya usado: _____				

Marque "**No**": Si el nombre que escribió es **diferente** al nombre en su tarjeta de Seguro Social. Después:

- Ingrese el nombre que aparece en su tarjeta de Seguro Social
- *1a: Si ha utilizado otros nombres adicionales, inclúyalos en esta sección*

# Sección C - Pregunta #2:

## Dirección

Anote su dirección de correo postal y dirección de residencia.

Si son la misma, marque "Si" en "2a" y vaya a la Pregunta #3.

2. DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL: \_\_\_\_\_ UNIDAD/APTO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

a. ¿Es la dirección de su domicilio la misma que la de correo postal?  Sí  No

Si contesta No, proporcione la dirección de su domicilio. (Incluya su ciudad, estado, Código Postal, y número de apartamento.)

**NOTA:** Un Apartado Postal de correo no es una dirección de domicilio.

DIRECCIÓN DE CALLE: \_\_\_\_\_ UNIDAD/APARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Anote su número telefónico

# Sección C - Preguntas #3-4

## Pregunta #3:

- Si usted presentó un reclamo por seguro de desempleo o seguro de discapacidad en California en los últimos 2 años, marque **"Sí"** y escriba el **tipo de reclamo y la fecha en que lo presentó**
- Si no presentó un reclamo, marque **"No"**

3. ¿Ha presentado usted en los últimos 2 años una solicitud para beneficios del Seguro de Desempleo o del Seguro de Incapacidad en el estado de California?

Sí       No

Si contesta Sí, indique el tipo de solicitud y la(s) fecha(s) cuando fue(ron) presentada(s).

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Durante los últimos 18 meses, ¿trabajó usted para una agencia del gobierno federal o prestó servicio militar?

Sí       No

## Pregunta #4:

- Si trabajó para una agencia federal o sirvió en el ejército en los últimos 18 meses, marque **"Sí"**
- si no lo hizo, marque **"No"**

# Sección C - Preguntas #5-6

## Pregunta #5:

- Si trabajó fuera de California en los últimos 18 meses, marque "Sí" y escriba el estado donde trabajó
- Si no lo hizo, marque "No" y pase a la pregunta #6

## SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: (Continúa)

5. ¿Trabajó usted en otro estado que no sea California, en los últimos 18 meses?  Sí  No  
Si contesta sí, proporcione el nombre del estado(s) \_\_\_\_\_
6. ¿Solicitó para beneficios del Seguro de Desempleo en otro estado en los últimos 12 meses?  Sí  No

## Pregunta #6:

- Si solicitó seguro de desempleo en otro estado en el último año, marque "Sí"
- Si no lo hizo, marque "No" y pase a la pregunta #7

# Sección C - Pregunta #7: Identificación

## Pregunta #7:

- Si tiene licencia de conducir o una tarjeta de identificación de cualquier estado, marque "Sí" e ingrese el estado en el que se emitió y el número de licencia o identificación
- Si no tiene uno, marque "No"

7. ¿Tiene usted licencia de manejar o Tarjeta de Identificación?

Sí

No

Si contesta sí, proporcione el nombre del estado que la emitió y el número de su licencia o el número de la tarjeta de identificación.

Nombre del estado que la emitió: \_\_\_\_\_ Número de Licencia /Tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_

**Nota: No se requiere licencia de conducir o tarjeta de identificación para completar un reclamo**

# Section C - Question #8: Work Authorization

**Pregunta #8:**  
Si es ciudadano o residente de EE. UU., Marque "Sí" y pase a la pregunta #9

8. ¿Es usted ciudadano(a) o nacional de los Estados Unidos?  Sí  No

**Si contesta no, conteste las siguientes preguntas:**

a. ¿Está usted registrado(a) con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos de (USCIS, por sus siglas en inglés y anteriormente conocida como INS) y autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos?  Sí  No

b. ¿Cuál es el nombre de su documento del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos? Marque una de las siguientes:

<input type="checkbox"/> Tarjeta de Registro de Extranjero (I-151)	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia Temporal (I-688)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residente Permanente (I-551)	<input type="checkbox"/> Registro de Entrada/Salida (I-94)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Autorización de Empleo (I-688A)	<input type="checkbox"/> Permiso de Reingreso (I-327)
<input type="checkbox"/> Documento de Autorización de Empleo (I-688B)	<input type="checkbox"/> Documento de Viaje para Refugiado (I-571)
<input type="checkbox"/> Sello de VISA	<input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero Vigente
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Autorización de Empleo (I-766)	<input type="checkbox"/> Otro Documento _____

**NOTA:** (El Sello de VISA debe de decir lo siguiente en inglés: "Processed for I-551 Temporary Evidence of Lawful Admission of Permanent Residence valid until MM/DD/YYYY, Employment Authorized.")

c. ¿Cuál es su número de Registro de Extranjero **O** su número de autorización en su documento? \_\_\_\_\_

d. ¿Cuál es la fecha de expiración de su autorización para trabajar? \_\_\_\_\_

e. ¿Estuvo usted legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos en los últimos 19 meses?  Sí  No

**Si no es ciudadano o residente de EE. UU., Responda las preguntas 8a-8e.**

Deberá proporcionar información de su documento de autorización de trabajo, que incluye:

- 8.b. Tipo de documento
- 8.c. Registro de extranjeros **O** número de autorización en el documento
- 8.d. Fecha de caducidad de la autorización de trabajo
- 8.e. Si tuvo autorización de trabajo en los EE. UU. Durante los últimos 19 meses

# Sección C - Pregunta #9:

## Información sobre la Pensión

9. ¿Está usted recibiendo o recibirá dentro del próximo año, una pensión que no sea del Seguro Social o de Jubilación para Empleados de Ferrocarriles que es basada en su propio trabajo o salarios/sueldos?  Sí  No

Si contesta Sí:

- a. ¿Quién le paga a usted el cheque de la pensión? \_\_\_\_\_
- b. ¿Cómo está recibiendo sus pagos de su pensión?  Mensualmente  Anualmente  En un solo pago
- c. ¿Efectuó usted pagos al fondo de su pensión o retiro?  Sí  No
- d. ¿Pagó alguno de los empleadores para quien usted trabajó durante los últimos 18 meses, al fondo de pensión?  Sí  No  No estoy seguro

Si contesta sí, ¿cuál es el nombre de la compañía que paga al fondo de la pensión? \_\_\_\_\_

**Pregunta #9:** Si está recibiendo o recibirá dentro del próximo año, una pensión basada en su trabajo o salario, marque "Sí" y proporcione:

- 9.a. ¿Quién paga su pensión?
- 9.b. ¿Cómo recibe/recibirá sus pagos de pensión?
- 9.c. ¿Si usted pagó hacia su pensión?
- 9.d. ¿Alguno de sus empleadores en los últimos 18 meses pagó al fondo?

Si no está / no recibirá pagos de pensión en el próximo año, marque "No"

# Sección C - Pregunta #10: Historial de Empleo

10. Indique los empleadores para quién usted trabajó en los últimos 18 meses, comenzando con el más reciente al más antiguo. Indique los empleadores adicionales en una hoja de papel por separado. Asegúrese de incluir toda y la misma información que se le pide en esta pregunta.

(Nota: Cómo le pagaban; por favor especifique, por hora, semanal o mensual, anual, por comisión o por pieza.)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHAS TRABAJADAS	SALARIO/SUELDO	CÓMO LE PAGABAN
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____

Si necesita espacio adicional puede añadir un papel

**Pregunta #10:** Deberá proporcionar su historial de empleo de los últimos 18 meses, incluyendo:

- **Nombre del empleador o empleadores**
- **Fechas trabajadas:** fechas en las que trabajó para ellos
- **Ganancias:** Ganancias totales, antes de impuestos, mientras estuvo empleado
- **Cómo se le pagó:** especifique si le pagaron semanalmente, quincenalmente o mensualmente



# Sección C - Pregunta #11: Su Empleador por más tiempo

## SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: (Continúa)

11. ¿Con cuál empleador trabajó usted más tiempo? \_\_\_\_\_
- a. ¿Qué tipo negocio operaba este empleador?  
(Por favor sea específico. Por ejemplo, restaurante, tintorería, construcción, librería, etc). \_\_\_\_\_
- b. ¿Qué clase de trabajo desempeñaba usted con este empleador?  
(Por favor sea específico: cajero(a), obrero, plomero, etc.) \_\_\_\_\_
- c. ¿Cuánto tiempo trabajó usted con este empleador?      Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

**Pregunta #11:** Responda las siguientes preguntas sobre el empleador para el que más trabajó (de los anotados en la pregunta #10). **Incluya el nombre del empleador y:**

- 11.a. El tipo de negocio. **Ejemplo:** empresa de limpieza
- 11.b. El tipo de trabajo que realizó. **Ejemplo:** servicios de limpieza
- 11.c. Cuánto tiempo trabajó para el empleador en años y meses

## Sección C - Preguntas #12-13

### Pregunta #12:

Si usted no ha sido el director de una compañía o ha tenido acciones dentro de una corporación, marque “No”

12. ¿Es usted ahora, o ha sido usted en los últimos 18 meses un director corporativo o un accionista único o mayoritario de una corporación?  Sí  No

13. Está usted recibiendo o espera recibir beneficios de Compensación para Trabajadores (WC, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

Si contesta sí, proporcione el nombre de la compañía de seguros y si es posible, el número del caso.

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número del caso: \_\_\_\_\_

### Pregunta #13:

- Si está recibiendo o recibirá beneficios *Workers Compensation o compensación por discapacidad* marque “Si”. Después, anote el nombre de la Aseguradora y su número de caso.
- Si no está recibiendo o recibirá, marque “No”

# Sección C - Preguntas #14-15:

## Idioma Preferido

### Pregunta #14:

Seleccione su idioma preferido para comunicaciones escritas (Ej. Documentos por correo)

14. ¿Prefiere usted sus formularios escritos en español o en inglés?

español  inglés

15. ¿Qué idioma prefiere usted hablar?

inglés

español

Otro: \_\_\_\_\_

### Pregunta #15:

Seleccione su idioma preferido para comunicaciones orales (Ej. Si EDD necesita llamarlo para hacerle una pregunta sobre su reclamo)

# Sección C - Preguntas #16-17:

## Perfil Demográfico

### Estas Preguntas son Opcionales

Las dos siguientes preguntas son optativas:

16. ¿Con qué raza o grupo étnico se identifica? Marque una de las casillas siguientes:

- |   |                                    |  |  |  |
|---|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco         | <input type="checkbox"/> Negro     | <input type="checkbox"/> Hispano                           | <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Chino          | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Filipino                          | <input type="checkbox"/> Guamaniano            | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico            |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Japonés   | <input type="checkbox"/> Coreano                           | <input type="checkbox"/> Laosiano              | <input type="checkbox"/> Samoano                             |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita     | <input type="checkbox"/> Hawaiano  | <input type="checkbox"/> Otro ( <i>Especifique</i> ) _____ | <input type="checkbox"/> Opto por no responder |  |

17. ¿Tiene usted una discapacidad?  Sí  No  Opto por no responder

(Una discapacidad es un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades de la vida, tales como cuidarse a sí mismo(a), realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender, o trabajar.)

#### Pregunta #16:

¿Con cuál raza o etnia se identifica?  
Seleccione una.

#### Pregunta #17:

¿Tiene alguna discapacidad? Conteste "Sí", "No" o "Prefiero no responder"

Nota: Una discapacidad es una condición física o mental que limita significativamente una o muchas actividades de la vida diaria

# Sección C - Firma

Por este medio solicito beneficios. Soy un solicitante de Trabajo Compartido y trabajo horas reducidas. He contestado estas preguntas consciente de que la ley impone sanciones por hacer declaraciones falsas.

En lo referente a la Pregunta 8, situación de ciudadanía, declaro BAJO PENA DE PERJURIO, conforme a las leyes del Estado de California, que mi respuesta es verdadera y correcta. Entiendo que la información que proporciono en este formulario se puede revelar a otras agencias gubernamentales según lo permita la ley.

Firma Original del Solicitante

número de Seguro Social

Fecha en que se Firmó

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DEL EDD

BYB	TRANS	1254	UCX	UCFE	CIT	DOT	SIC	OC	ETH	HS	PER 99	CORR
-----	-------	------	-----	------	-----	-----	-----	----	-----	----	--------	------

Interviewer's Initials: \_\_\_\_\_

Una vez que haya verificado la información que proporcionó: **Firme, anote su Número de Seguro Social y coloque la fecha en el formulario**

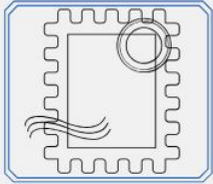
**Al firmar, usted está certificando que tiene permiso legal para trabajar en los Estados Unidos y que es elegible para reclamar beneficios de desempleo del Programa de Trabajo Compartido**

---

**¡Revise su  
información  
antes de enviarla  
por correo!**

¡Para evitar retrasos en la recepción de sus beneficios, revise su información más de una vez para asegurarse de que esté correcta!

# Envíe su aplicación por correo dentro de los 14 días de haber recibido el formulario

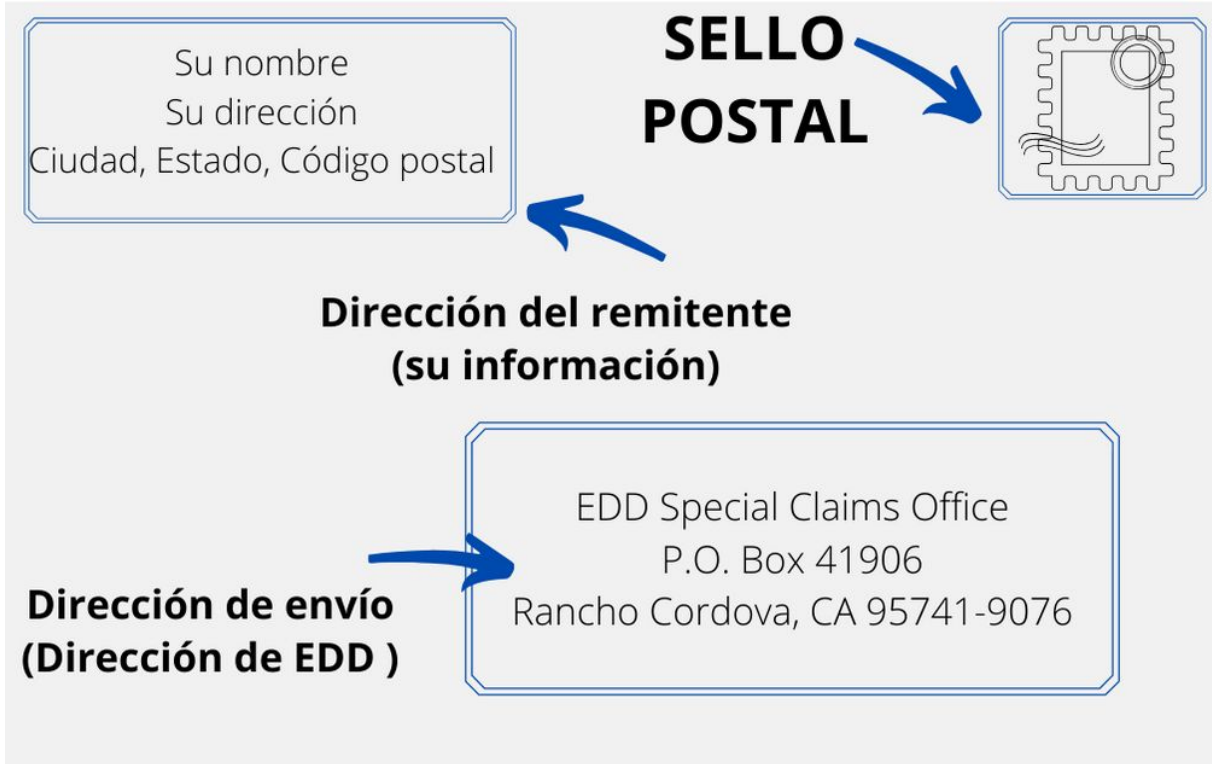
**SELO POSTAL** 

Su nombre  
Su dirección  
Ciudad, Estado, Código postal

**Dirección del remitente  
(su información)**

**Dirección de envío  
(Dirección de EDD )**

EDD Special Claims Office  
P.O. Box 41906  
Rancho Cordova, CA 95741-9076



El EDD revisará su reclamo y verificará su autorización de trabajo en los EE. UU.



El EDD le enviará por CORREO una carta de adjudicación en 2 a 3 semanas con información sobre su reclamo y beneficios



Si recibe beneficios, se le enviará por correo una tarjeta de débito de Bank of America donde se depositarán los beneficios.

Si ya tiene una tarjeta de débito de un reclamo de desempleo anterior, se utilizará esa misma tarjeta.



**Ya apliqué,**  
**¿ahora qué?**



# Formulario de Certificación del Solicitante de Beneficios de Trabajo Compartido

Para poder continuar recibiendo beneficios, debe completar el Formulario de Certificación del Solicitante de Beneficios de Trabajo Compartido cada 2 semanas.

**El formulario tiene 2 páginas:**

Página 1 la llena el empleador

Página 2 la llena usted, el que reclama los beneficios



**Usted es responsable de enviar su formulario a EDD dentro de 14 días a partir de la fecha que se le fue entregada que aparece escrita por su empleador en la página 1**



**Vea un tutorial en como completar el formulario paso a paso en nuestra página de YouTube!**



# Detalles importantes para recordar

#1

Si no está seguro de si usted cumple con los requisitos para reclamar beneficios del Programa de Trabajo Compartido, Consulte con BSP.

#2

Usted decide si reclama beneficios o no en el Programa de Trabajo Compartido, con tal de que cumpla con los requerimientos.

#3

La duración del programa de Trabajo Compartido variará por lugar de trabajo, dependiendo de las órdenes locales de cuarentena y las necesidades del edificio.

#4

Si tiene otro trabajo, deberá reportar ese ingreso y esto puede afectar cuánto reciba en beneficios.

#5

Los días de enfermedad o vacaciones serán reportados en el **Formulario de Certificación** y esto puede afectar los beneficios que reciba.

# Recursos Adicionales

Visite la página web de [Building Skills Partnership](https://www.buildingskills.org) o la de [SEIU-USWW](https://www.seiu-usww.org) para ver:

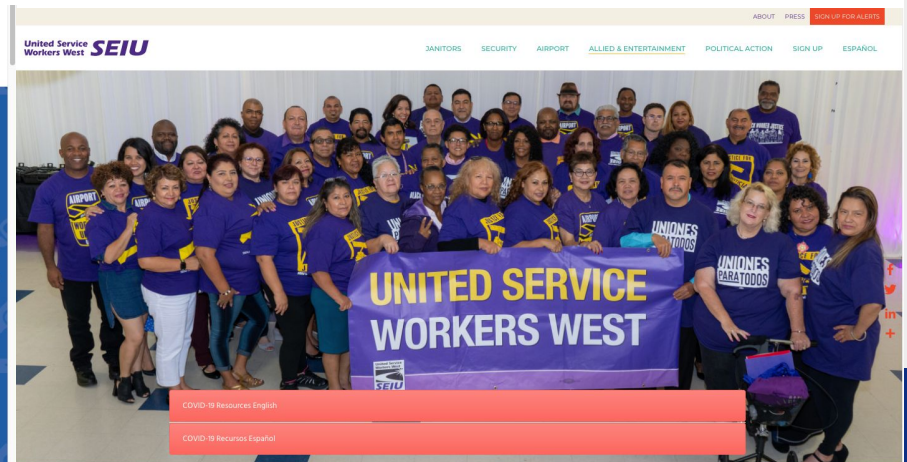
- Guía paso a paso para completar el formulario de Certificación de Reclamación inicial y Pago
- Guía paso a paso para completar el formulario de Trabajo Compartido
- Preguntas y respuestas frecuentes de SEIU-USWW
- Recursos adicionales para la comunidad durante el COVID-19

[buildingskills.org/workshare](https://www.buildingskills.org/workshare)

[seiu-usww.org/trabajo-compartido](https://www.seiu-usww.org/trabajo-compartido)



The screenshot shows the Building Skills Partnership website. At the top left is the logo with the text "BUILDING SKILLS PARTNERSHIP". The navigation menu includes "WHO WE ARE", "WHAT WE DO", "OUR IMPACT", "RESOURCES", "NEWS & MEDIA", "GET INVOLVED", and "DONATE". The main content area has a blue background with white icons representing various professions and healthcare. The text reads "COVID-19 Response and Resources for Workers" and "Recursos Sobre El Corana Virus (COVID-19)". A button below says "LEARN MORE / APRENDIA MAS".



The screenshot shows the SEIU-USWW website. At the top right is the text "ABOUT | PRESS | SIGN UP FOR AEBITS". The navigation menu includes "JANITORS", "SECURITY", "AIRPORT", "ALLIED & ENTERTAINMENT", "POLITICAL ACTION", "SIGN UP", and "ESPAÑOL". The main content area features a large group photo of workers in purple shirts holding a banner that says "UNITED SERVICE WORKERS WEST". Below the photo are two buttons: "COVID-19 Resources English" and "COVID-19 Recursos Español".

# Recursos Adicionales

Para hacer preguntas y aprender mas sobre el program de **SEIU USWW Trabajo Compartido** únete a una llamada de **Zoom** dirigida por tu sindicato:

---

**Cuando:** Cada sabado a las 12pm

**Como Unirte:**

*Llama al: (213) 338 - 8477*



*Ingresa el numero de junta en la aplicación de Zoom:*

*965-7589-0541*



*Copia el enlace: <https://zoom.us/j/96575890541>*

# Recursos Adicionales

## PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO LINEA DE EMERGENCIAS

¿Tiene preguntas sobre los beneficios del Programa de Trabajo Compartido o necesita ayuda para llenar los formularios?

BSP LO AYUDA, LLAME AL:

**(402) 235-6677**

**9:00am - 5:00pm**

**Lunes a Viernes**

Si su llamada no es atendida, por favor deje un mensaje y le devolveremos la llamada



# GRACIAS

---

