

## FORMULARIO DE REFERENCIA PARA BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA DESEMPLEO

NOMBRE DEL CASO:	NÚMERO DEL CASO:	FECHA:
------------------	------------------	--------

**Tiene que solicitar los beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB) antes de poder ser elegible para los beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs).**

El Condado de \_\_\_\_\_ ha determinado que es posible que usted sea elegible para recibir UIB. Por esa razón, es un requisito que se comunique con el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) y solicite esos beneficios.

### CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD DE UIB

**Usted puede presentar una solicitud de UIB usando uno de los métodos en la siguiente lista:**

- Presente su solicitud electrónicamente en [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov), o imprima la solicitud, complete el formulario, y envíelo al EDD para que sea procesado. Usted puede usar una computadora personal o puede usar una en el centro vocacional local (conocido en inglés como *One Stop Career Center*) o en el centro local de recursos del condado.
- Presente su solicitud por teléfono usando uno de los siguientes números de teléfono gratuitos:

Inglés                    1-800-300-5616  
Español                 1-800-326-8937  
Chino (Cantonés)   1-800-547-3506

Chino (Mandarín)    1-866-303-0706  
Vietnamita            1-800-547-2058  
TTY                      1-800-815-9387

(servicio de retransmisión de telecomunicaciones, sin voz,  
para personas con problemas de audición o del habla)

### Necesitará la siguiente información cuando presente su solicitud:

- Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y número de Seguro Social (SSN).
- El nombre, dirección y número de teléfono de su último empleador y la fecha en que trabajó por última vez.
- La razón específica por la que ya no está trabajando.
- Su situación de ciudadanía, y si es pertinente, el número de su tarjeta de residente legal y la fecha en que la tarjeta se vence.
- El número de su licencia de manejar o número de su tarjeta de identificación otorgada por el Estado.
- Los registros y las fechas que estuvo empleado durante los últimos 18 meses, incluyendo el nombre de cada empleador, aun los empleadores de otros estados, las fechas que trabajó y el sueldo que recibió.

Cuando presente su solicitud, recibirá la notificación de beneficios de UIB y otros documentos de parte de EDD antes de que pasen 10 días. Envíe una copia de este formulario o documentación de EDD a su oficina del condado. Por favor comuníquese con su trabajador del condado al número que aparece a continuación si no puede conseguir información de UIB por medio de EDD o si tiene alguna pregunta acerca de este requisito.

NOMBRE DEL TRABAJADOR DE ELIGIBILIDAD	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DEL TRABAJADOR
---------------------------------------	--------------------	-----------------------

**POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN Y DEVUÉLVALA A SU TRABAJADOR DEL CONDADO EN PERSONA O POR CORREO. USTED PUEDE PEDIR UNA COPIA PARA SU ARCHIVO.**

Solicitó los beneficios de UIB en \_\_\_\_\_ por (marque la casilla pertinente)

(FECHA)

Teléfono

En línea, mi número de confirmación es \_\_\_\_\_.

Correo

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	SU FIRMA	FECHA
--------------------------	----------	-------