

# DECLARACIÓN DE CAPACIDAD Y DISPONIBILIDAD

K-BEN 31-SA (Rev. 4-16) Web Submit

CORREO:	Unemployment Contact Center P.O. Box 3539 Topeka, KS 66601-3539
FAX:	(785) 296-3249
*EMAIL:	KDOLforms@dol.ks.gov

\*Vea una notificación importante en la red.

Nombre de Reclamante: _____	SSN: _____
-----------------------------	------------

La Ley de Seguridad de empleo requiere que para recibir beneficios de desempleo usted debe estar capaz e inmediatamente disponible para el empleo sin restricciones indebidas. Usted ha indicado que tiene las siguientes restricción/es que podra/ian impedir que acepte empleo o limitar su disponibilidad para trabajar:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Encarcelamiento                   | <input type="checkbox"/> Fuera de la Ciudad/Área/Estado  | <input type="checkbox"/> Trabajo Parcial |
| <input type="checkbox"/> Razones Personales o Desconocidas | <input type="checkbox"/> Proveedor de Atención y Cuidado | <input type="checkbox"/> Transporte      |

Para cada restricción marcada anteriormente complete la sección relacionada. Usted también debe completar la última sección y la certificación. Favor de completar este formulario y regresarlo dentro de los siete días a partir de la fecha en que presentó su reclamo. **El no responder para esta fecha puede resultar en una negación de beneficios o un posible sobre pago y cobro de beneficios recibidos anteriormente.**

### ENCARCELAMIENTO:

¿Está actualmente encarcelado?  SI  NO Fecha en que comenzó su encarcelamiento (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_  
Fecha de despido (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Lugar de encarcelamiento: \_\_\_\_\_

### FUERA DE LA CIUDAD/ÁREA/ESTADO:

Fecha en que se fué (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Fecha en que regresó (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_  
Razón del viaje: \_\_\_\_\_

### TRABAJO PARCIAL:

Tipo de trabajo que busca:  Completo  Parcial  Ambos  
¿Aceptaría un trabajo de 40 horas o más si selo ofrecen?  SI  NO  
Si su respuesta es NO, explique: \_\_\_\_\_  
Su empleo durante los últimos 18 meses ha sido tiempo:  Completo  Parcial

Promedio de horas que ha trabajado por semana: \_\_\_\_\_

### RAZONES PERSONALES O DESCONOCIDAS:

Fechas que no pudo trabajar debido a razones personales (mm/dd/yyyy): Primer día \_\_\_\_\_ Último día \_\_\_\_\_  
Razón/es por las que no estaba disponible para trabajar: \_\_\_\_\_

### PROVEEDOR DE ATENCIÓN Y CUIDADO:

Anote las edades de los individuos a los que usted cuida: \_\_\_\_\_  
Fecha en que perdió su proveedor de cuidado (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_  
Fecha en que contrato un proveedor de cuidado (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_  
¿Si le ofrecen algún trabajo tiene quien le ayude con el cuidado de los que están bajo su atención?  SI  NO

**Declaración De Capacidad Y Disponibilidad**

K-BEN 31-SA (Rev. 4-16) Web Submit

Nombre de Reclamante: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Si contesta SI, provea el nombre, dirección y número de teléfono del proveedor de cuidado. *(Puede ser una amistad, familiar, vecino o un arreglo temporal hasta que se acomode a algo permanente.)*

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Si contesta NO, explique cómo es que estaría disponible para aceptar un trabajo que se le ofrezca: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE:**

¿Tiene/tenía transportación para ir a trabajar y buscar trabajo? *(Si usted tiene una manera de atender a las entrevistas de trabajo y al trabajo, responda SI, esto podría ser amigos, parientes o transporte público.)*

SI  NO

Fecha en que perdió el transporte (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Fecha que obtuvo transporte (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

**La sección y la certificación a continuación deben ser completadas por todos.**

¿Está buscando trabajo?  SI  NO

Si contesto NO, explique: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo está buscando? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted experiencia o entrenamiento en este tipo de trabajo?  SI  NO

Si contesto SI, ¿Cuánta experiencia tiene? Número de años: \_\_\_\_\_ Número de meses: \_\_\_\_\_ Número de días: \_\_\_\_\_

Número de días a la semana que está disponible trabajar: \_\_\_\_\_

Horarios que está dispuesto trabajar (marque todos los que conciernan)  1ro.  2do.  3ro.

Si solo está disponible trabajar solo un horario específico, explique por qué: \_\_\_\_\_

Millas que está disponible viajar para su próximo trabajo: \_\_\_\_\_

El salario mínimo por hora que aceptaría en su siguiente trabajo: \$ \_\_\_\_\_

Anote sus esfuerzos de búsqueda de trabajo durante los últimos siete días:

Día de Contacto	Nombre de Empleador	Método de Contacto	Resultados de Contacto

Si no hubo contactos explique por qué: \_\_\_\_\_

**Certificación:**

Yo certifico que la información que he proporcionado es correcta y completa, y entiendo que el acto de retener información intencionalmente, falsificar o el no divulgar material esencial puede ser castigado según La Ley de Seguridad de Empleo de Kansas.

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Someter**