

DECLARACIÓN DE CAPACIDAD Y DISPONIBILIDAD

K-BEN 31-SA (Rev. 10-17) Web Submit

CORREO:	Unemployment Contact Center P.O. Box 3539 Topeka, KS 66601-3539
FAX:	(785) 296-3249
*EMAIL:	Submit

*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 podrá/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 se lo 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. 10-17) 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 consigaa 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/tenia 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 para trabajar solo un horario específico, explique por qué: _____

Millas que está disponible a viajar para su próximo trabajo: _____

El salario mínimo por hora que aceptaría en su proximo 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: _____