

**Departamento de Servicios de Empleo  
Oficina de Compensación por Desempleo  
Declaración jurada de reclamantes de servicios civiles  
federales, salarios y motivos de la terminación del empleo**

Nombre del reclamante, \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/año): \_\_\_\_\_

Fecha de reclamo (mm/dd/año): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ No. de identificación federal: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_ No. de tel. del supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía: \_\_\_\_\_

*\*La compañía debe estar ubicada en el Distrito de Columbia*

Fechas de empleo (mes/día/año) Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Período base	Ingrese los salarios brutos	
Final del trimestre	Año	Ingrese las cantidades de dólares enteros solamente
Julio, agosto, septiembre	2018	
Octubre, noviembre, diciembre	2018	
Enero, febrero, marzo	2019	
Abril, mayo, junio	2019	
Julio, agosto, septiembre	2019	

**Pago de indemnización:** ¿Recibió o tiene derecho a recibir el pago de indemnización provisto por alguna ley federal o acuerdo entre la agencia y los empleados? Sí No Si es así, complete la siguiente información:

Cantidad semanal\$	Número de semanas	Total\$	Período de indemnización por despido	
			Desde:	Hasta:

**Pensión:** ¿Tiene derecho a recibir una pensión de alguna sucursal del gobierno federal? Si es así, ingrese la pensión mensual bruta \$ \_\_\_\_\_

**Razón del despido:**

\_\_\_\_\_

Yo, el reclamante, entiendo: 1) que las leyes son proporcionadas por la ley para individuos que hacen declaraciones falsas para obtener beneficios; 2) que cualquier determinación basada en este affidavit no es final; 3) que estoy sujeto a la corrección en el recibo del salario y la información del despido de la agencia federal para la que trabajé; 4) que los pagos beneficios hechos como resultado de dicha determinación pueden tener ajuste en base a la información proporcionada por la agencia federal; 5) que cualquier cantidad de sobre pago deberá ser devuelta o serán descontados de beneficios futuros.

Yo, el reclamante, afirmo bajo juramento que los datos consignados en la presente declaración son correctos y completos y que no he omitido ni falseado dato alguno que la misma deba contener.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
Firma del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)