

Departamento de Servicios de Empleo

Oficina de Compensación por Desempleo

Declaración jurada de reclamantes de servicios civiles federales, salarios y motivos de la pérdida 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 \$ _____ Sí ___ No___

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)