

Revisión de la evaluación de elegibilidad de desempleo del programa RESEA



Nombre:

Identificación del Solicitante de empleo:

Parte 1: ¿Puede darnos más información sobre sus solicitudes de desempleo semanales?

1. Desde que solicitó los beneficios de desempleo, ¿estuvo buscando trabajo activamente al menos 3 veces por semana? Sí No

2. Si la respuesta es no, ¿por qué?

En algunos casos, podría seguir calificando para recibir los beneficios de desempleo.

3. Desde que solicitó los beneficios de desempleo, ¿tuvo algún ingreso proveniente de un trabajo? Sí No

4. Si la respuesta es sí, ¿informó esto en su solicitud semanal para cobrar el seguro de desempleo? Sí No

Se debe informar incluso el trabajo a tiempo parcial y por cuenta propia.

5. Desde que solicitó los beneficios de desempleo, ¿recibió pagos adicionales que no provengan de un trabajo que haya realizado? Sí No

Por ejemplo, indemnización por despido, paga de vacaciones o por enfermedad, o pagos de pensión.

6. **Si la respuesta es sí**, ¿informó esto en su solicitud semanal para cobrar el seguro de desempleo?

Sí No

Parte 2: ¿Puede decirnos lo que sabe sobre los programas de capacitación?

1. ¿Está actualmente inscrito en una institución educativa o en un programa de capacitación? Sí No
-

2. **Si la respuesta es sí**, ¿ha solicitado participar en el Programa de Oportunidades de Capacitación (TOP)?

Si lo aceptan en el Programa de Oportunidades de Capacitación, puede seguir recibiendo los beneficios del seguro de desempleo (UI) mientras participa en una capacitación de tiempo completo, por hasta 26 semanas o hasta que finalice su capacitación, lo que ocurra primero. Para obtener más información, visite la página de TOP, mass.gov/dua/top

Sí No

3. ¿Sabe que debe solicitar participar del Programa TOP a más tardar en la semana 20 de pago de sus beneficios del seguro de desempleo?

Sí No

Parte 3: Aceptación

Entiendo que el Programa RESEA está diseñado para garantizar que se cumpla con los requisitos estatales y federales para recibir beneficios del seguro de desempleo. La información que proporciono aquí puede afectar mi elegibilidad para recibir esos beneficios.

Firma: _____

Fecha: _____

