



**Departamento de Comercio de Carolina del Norte
División de Seguridad de Empleo
Seguro de Desempleo**



Solicitud para Terminación de Asignación por Reajuste Comercial (TRA)

Nombre (Nombre y Apellido) ID del Reclamante
Dirección de Correo

Según la Ley de Reautorización de Asistencia para Ajustes Comerciales de 2015, asumiendo que un trabajador cumple con los otros requisitos de elegibilidad de TRA, el trabajador califica para un máximo de 13 semanas de Terminación TRA si se cumplen todos los siguientes criterios:

- 1) Las semanas requeridas son necesarias para que el trabajador complete un programa de capacitación que conduzca a la terminación de un grado o credencial reconocida por la industria.
- 2) El trabajador está participando en la capacitación en cada una de esas semanas; y
- 3) El trabajador ha cumplido sustancialmente los puntos de referencia de desempeño establecidos en el plan de capacitación aprobado; y
- 4) Se espera que el trabajador continúe progresando hacia la finalización de la capacitación aprobada; y
- 5) El trabajador podrá completar la capacitación durante el período autorizado para recibir la Terminación de TRA.

El período de elegibilidad para un máximo de 13 semanas de beneficios de Terminación TRA será el período de 20 semanas consecutivas comenzando con la primera semana en la cual el trabajador presenta un reclamo por Terminación de TRA.

CERTIFICACIÓN DE RECLAMANTE: Entiendo que estoy haciendo una solicitud de Terminación de Beneficios TRA y la información contenida en esta solicitud es completa y precisa a mi mejor saber y entender.

Firma del Reclamante: _____ FECHA: _____

La sección siguiente debe ser completada por el Gestor de Casos DWS:

Número de Petición _____ Fecha Adicional de Terminación TRA _____ Primera Semana de Solicitud de Terminación TRA _____

Nombre y Lugar de la Instalación de Capacitación _____ Fecha Esperada de Terminación de Capacitación _____

FECHA DE 20 SEMANAS

EL RECLAMANTE SÍ NO CUMPLIÓ TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS

EL RECLAMANTE SÍ NO CUMPLIÓ LAS 20 SEMANAS DE COMPLETACIÓN REQUERIDAS

* MOTIVO SI EL RECLAMANTE NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS O EL REQUISITO DE COMPLETACIÓN DE 20 SEMANAS:

FIRMA DEL GESTOR DE CASOS DWS: _____ FECHA: _____

La sección siguiente debe ser completada por el representante TRA:

LA SOLICITUD PARA TERMINAR TRA ESTÁ: APROBADA NEGADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE: _____ FECHA: _____