



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



Solicitud de Subsidios por el Trabajador en Capacitación
Ley de Comercio de 1974, Enmienda 2009

Nombre
 Dirección
 Dirección 2
 Ciudad Estado Código Postal

ID del Reclamante:
Final del Período:
Petición:

REGISTRO DE ASISTENCIA (Debe ser completado por el Instructor del Centro de Capacitación)

Instrucciones	Título del Curso	Certificado por el Instructor	SÍ	NO
Por favor escriba un signo de verificación en el recuadro apropiado para indicar si el estudiante anterior asistió a clases en el curso especificado y realizó progresos satisfactorios durante el período semanal que se muestra arriba.	1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Introduzca las fechas de inicio y finalización de cualquier interrupción programada de la capacitación. _____ (Fecha de Inicio) _____ (Fecha de Finalización)

NO RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LA SEMANA ESPECIFICADA FUE PRESENTADA POR TELÉFONO.

Instrucciones al Estudiante: Entregue, por correo o fax, el formulario completado a su oficina local según las instrucciones dadas. Si no se devuelve el formulario completo de manera oportuna, esto puede retrasar el pago de los beneficios. Asegúrese de colocar la fecha y firmar el formulario siguiente. Además de responder a las preguntas, debe obtener una certificación semanal de cada uno de sus instructores con respecto a su asistencia a clase y progreso. Debe presentar los formularios firmados por sus instructores a su oficina local según las instrucciones dadas.

Final de la Semana el Sábado _____

	SÍ				NO	
1. ¿Hizo algún trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. A. Si la respuesta es SÍ, ingrese sus ganancias antes de algo, como impuestos, se tomara de su salario en el espacio a la derecha.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Recibió algún día festivo, vacación, bono o indemnización por despido durante la semana indicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A. Si la respuesta es SÍ, ingrese la cantidad antes de que algo, como impuestos, se tomara de su salario en el espacio a la derecha.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Renunció a algún Trabajo o fue despedido de algún trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Asistió a todo el entrenamiento durante la semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Interrumpió el entrenamiento durante la semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Estudiante/Reclamante: _____

Fecha _____

Envíe un correo o fax con el formulario completo a:

Oficina Postal 25903 Raleigh,
 NC 27611-5903
 Número de Fax 919.715.7642