

Comentarios: _____

North Carolina Department of Commerce	Solicitud de Subsidio para la búsqueda de empleo
Division of Workforce Solutions	Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas

Nombre del trabajador (Apellido, primer y segundo nombre)	Número de seguridad social	Centro de costos #	Fecha de la solicitud
Dirección (Nro., calle, ciudad, estado, código postal)	Número de petición	Estado pagador	Fecha de la certificación

A. Solicitud del trabajador para el Subsidio para la búsqueda de empleo

1. ¿Estaba totalmente separado del empleo que lo afectó negativamente el último año? SI NO

2. ¿Es esta su primera solicitud para un subsidio en la búsqueda de empleo bajo la Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas? SI NO

3. Nombre y dirección de la firma donde se programó la entrevista:	Fecha de la entrevista:	Trabajo para el que lo entrevistan:
	Fecha de salida:	
	Fecha de regreso estimada:	
	Cantidad de millas: (viaje ida y vuelta)	

9. Persona de contacto:	Número telefónico:	<u>O</u> adjuntar carta de verificación
-------------------------	--------------------	--

B. Certificación del trabajador

Doy esta información para apoyar mi solicitud de subsidio de reubicación bajo la Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas. La información contenida en esta solicitud es correcta y está completa en el mejor de mis conocimientos. Entiendo que se prevén penalidades para las declaraciones fraudulentas hechas para obtener los subsidios a los que no tengo derecho.

FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA DE LA FIRMA
-----------------------------	--------------------------

C. Certificación del personal del Centro de orientación vocacional NCWORKS

1. Registrado con ES y se le han proporcionado servicios de reemplazo.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. El individuo no tiene expectativas razonables de asegurar un empleo adecuado en el área de desplazamiento diario y ha obtenido un empleo adecuado a largo plazo afuera del área de desplazamiento al trabajo.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. La solicitud para el Subsidio de reubicación se hizo en un plazo no superior a::	
a. El día 365 después de la fecha de certificación o separación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b. El día 182 después de finalizar el entrenamiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. El solicitante aceptó la referencia al empleador de DWS.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

FIRMA DEL GERENTE DEL CASO DEL TAA	FECHA DE LA FIRMA
---	--------------------------

D. Resolución de la agencia estatal

Basado en la información que ha proporcionado arriba, se determina que:

- a. Usted es elegible para los Subsidios para la búsqueda de empleo bajo la Ley de Comercio de 1974, y sus enmiendas.
- b. Usted no es elegible para los Subsidios para la búsqueda de empleo porque no se pudo hacer la entrevista de verificación de empleo.
- c. Se niega el Subsidio para la búsqueda de empleo por la(s) siguiente(s) razón(es):

FIRMA DEL COORDINADOR DEL ESTADO DEL TAA

FECHA DE LA FIRMA

E. Resultados en la búsqueda de empleo

Esta sección debe ser completada, firmada y fechada por el trabajador, y enviada al Coordinador del TAA **antes** de que se pueda efectuar el reembolso de los gastos.

Nombre de la compañía	Fecha de la entrevista	Nombre del entrevistador	Resultados
1.			
2.			
FIRMA DEL TRABAJADOR			FECHA DE LA FIRMA

F. Reembolso de los subsidios para la búsqueda de empleo para los siguientes costos:

GASTOS DE VIAJE	Costo real	Monto reembolsado
<input type="checkbox"/> a. Transporte comercial	\$	\$
<input type="checkbox"/> b. Automóvil de propiedad privada (nro. de millas ___)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Costos de alojamiento (nro. de noches__@ tarifa diaria real)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Comidas (nro. de días ___ @ costo diario real)	\$	\$
TOTAL	\$	\$

G. Derechos de apelación

Si no está de acuerdo con esta resolución, tiene el derecho de apelar. Esta resolución es definitiva a menos que la notificación de apelación se presente dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se le presentó o se le envió la resolución. Toda apelación debe ser presentada por escrito, exponiendo los motivos para apelar y ser (1) presentada en la Oficina DWS donde se presentó esta solicitud; (2) enviada a la Trade Unit, Workforce Solutions 4316 Mail Service Ctr., Raleigh, NC 27699-4316; o, (3) faxeada a la Workforce Solutions al (919) 662-4727.

Apelada _____ FIRMA DEL TRABAJADOR _____ FECHA

Razón(es) para apelar:
