



DEPARTMENT OF COMMERCE

Division of Workforce Solutions

**Programa de Evaluación de Servicios y Elegibilidad de Reempleo (RESEA)
Formulario de Revisión de Elegibilidad**

Nombre: _____ **Últimos 4 dígitos de SS#:** _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Por favor complete este formulario, así podemos revisar su elegibilidad continuada para los beneficios de seguro de desempleo (SD) y ayudarle con los servicios de reempleo.

1. ¿Cuenta con una registración activa en NCWorks Online, www.ncworks.gov , nuestro recurso integral en línea para buscar trabajo y empleadores en Carolina del Norte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Cuenta con un currículum actualizado en www.ncworks.gov ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Qué fue su último trabajo?		
4. ¿Cuál fue el salario en su último trabajo?		
5. ¿Qué trabajos está buscando?		
6. Describa cómo busca trabajo:		
7. Enumere las áreas geográficas en donde está buscando trabajo.		
8. ¿Expandió su búsqueda de trabajo desde que comenzó a recibir el seguro de desempleo (SD)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Cómo llegará al trabajo? <input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> otro: _____		
10. ¿Cuál es la mayor distancia que está dispuesto a viajar de ida por un trabajo? _____ millas		
11. ¿Cuál es el salario más bajo que aceptaría?		
12. Desde que presentó su solicitud, ¿fue capaz y estuvo disponible para trabajar, buscar trabajo, y mantener un registro de su búsqueda de trabajo como se le indicó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. Desde que presentó su solicitud, ¿recibió algún pago por días festivos, vacaciones, bonos, o disociación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. Desde que presentó su solicitud, ¿empezó a recibir o hizo algún cambio a cualquier tipo de pensión por retiro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. Desde que presentó su solicitud, ¿tuvo algún trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

16. Desde que presentó su solicitud, ¿rechazó algún trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. Desde que presentó su solicitud, ¿renunció o fue despedido de un trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18. Desde que presentó su solicitud, ¿trabajó como autónomo o en base a comisiones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19. Desde que presentó su solicitud, ¿asistió a la escuela o capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. ¿Cuenta con una oferta de empleo definida? Si es así, introduzca su fecha de inicio programada _____ Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: (Número y calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Firma de solicitante _____ **Fecha** _____

Firma de revisor _____ **Fecha** _____

(07/14)

Un programa de oportunidad equitativa/empleador de acción afirmativa
Los servicios y ayudas auxiliares están disponibles bajo pedido de individuos con discapacidades.