

PLAN DE TRABAJO COMPARTIDO – PARTICIPANTE INDIVIDUAL

K-BEN 103 S (Rev. 11-24)

Llene este formulario y envíelo a su empleador. Es necesario completar todas las secciones para poder participar. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su empleador, ya que ellos se encargarán de su reclamo. El Departamento de Trabajo utiliza esta información para confirmar su identidad y crear su reclamo.

Si no desea participar en el Plan de Trabajo Compartido, puede optar por no participar. De todas formas, deberá proporcionar su nombre y número de Seguro Social. Luego, marque la casilla al final de la página, firme, ponga la fecha y devuelva el formulario a su empleador.

Nombre completo: _____

Incluya cualquier otro nombre que haya usado durante los últimos 18 meses: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Sexo: Masculino Femenino

Raza (Indique seleccionando una o más):

- Negro o Afroamericano Blanco
- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático
- Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico No identificado

Etnicidad (Seleccione una opción):

- No Hispano o Latino Hispano o Latino No identificado

¿Ciudadano de los Estados Unidos? Sí NO

Si NO, Tipo de documento extranjero:

- I-551 (Tarjeta de residente extranjero) I-94 Llegada/Salida
- I-766 (Autorización de Empleo) Certificado de Naturalización

Número de documento.: _____ Fecha de vencimiento: _____

¿Tiene alguna discapacidad? Sí NO

Si es Sí, tipo de discapacidad:

- Discapacidad física y mental Discapacidad física
- Discapacidad mental No deseo revelar

¿Ha sido parte del servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

- Sí NO

Si es Sí, indique el tipo de veterano:

- Veterano de la era de Vietnam Veterano discapacitado
- Campaña especial para discapacitados
- Otro Veterano Otro Eligible N/A

Rama militar de EE. UU.:

- Fuerza Aérea Ejército Guardia Costera
- Cuerpo de Marine Marina

Separación:

- Deshonorable Honorable Otro N/A

Entrenamiento de TAP

- Sí, actualmente Sí, Anteriormente No

¿Es usted el esposo/a de un veterano en servicio activo, o con una discapacidad del 100% relacionada con el servicio, o que falleció mientras estaba en servicio activo o debido a una discapacidad relacionada con el servicio?

- Sí NO

Ha trabajado como trabajador agrícola estacional durante los últimos 12 meses? Sí NO

Nivel más alto de educación completado (marque una opción):

Escuela primaria/secundaria: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Escuela preparatoria: 9 10 11

Graduado de preparatoria con diploma

Entrenamiento técnico:

Asistió, recibió certificado Asistió, no recibió certificado N/A

Años de universidad: 1 año 4 años 5 años 7 años

Recibió certificado sin titulación

Título de Asociado Licenciatura o equivalente

Maestría Doctorado

Licencia de conducir o identificación estatal Sí NO

Si es sí, estado que emitió: _____

Número de licencia/ identificación _____

Clase de licencia: A B C M Clase A CDL

Clase B CDL Clase C CDL

Fecha de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Altura ___ pies ___ pulg.

Dirección postal: _____

Dirección (línea 2) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

País: EE. UU. Canadá México Otro

¿La dirección residencial es la misma que la dirección postal?

- Sí NO Si es NO, complete la información residencial.

Dirección residencial: _____

Dirección (línea 2) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

País: EE. UU. Canadá México Otro

Si es residente de Kansas, nombre del condado: _____

Teléfono principal: _____ Celular: _____

Optar por mensajes de texto: Sí NO

Método de contacto

Correo electrónico Servicio Postal de Estados Unidos

¿Ha trabajado como empleado civil del gobierno federal en los últimos 18 meses? Sí NO

Si es así, ¿dónde?

En Kansas Estados Unidos, pero no en Kansas Fuera de los EE.UU.

¿Fue separado del servicio militar en los últimos 18 meses?

- Sí NO

¿Trabajó en otro estado que no sea Kansas en los últimos 18 meses?

(no federal ni militar) Sí NO

Si es así, ¿en qué estado? _____

¿Ha recibido beneficios de desempleo en los últimos 18 meses?

- Sí NO

OPTAR POR NO PARTICIPAR: Deseo optar por no participar en el Programa de Trabajo Compartido de KDOL.

Certificación

Certifico que la información que he proporcionado es precisa y completa. Entiendo que proporcionar información falsa intencionalmente o retener detalles importantes es una violación de la Ley de Seguridad del Empleo de Kansas y puede resultar en sanciones. Además, entiendo que cada semana debo comunicar a mi empleador las horas trabajadas para otras empresas, en caso de que las haya. Al firmar este documento, doy permiso para que el Departamento de Trabajo de Kansas presente una solicitud inicial de beneficios si es necesario para participar en el Plan de Trabajo Compartido.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

Número de plan: _____ Número de subplan: _____ Número de Cuenta del Empleador: _____

Información del Plan: Kansas Federal Militar Tipo de reclamo: Nuevo Adicional