



COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS SOLICITUD PARA COMPLEMENTO POR REAJUSTE COMERCIAL

Use este formulario para solicitar Complemento por Reajuste Comercial (TRA).

Regrese la solicitud llenada a:

CORREO

Texas Workforce Commission
P.O. Box 149137
Austin, Texas 78714-9137

FAX- (512) 936-3250

Para uso de la TWC – Recibida el: _____		Fecha de IC: _____	
Sección 1- Información personal			
1. Número de Seguro Social:			
2. Nombre:	3. Inicial:	4. Apellido:	
5. Dirección de correo:			
6. Ciudad:	7. Estado:	8. Código postal:	
9. Número de teléfono (incluyendo código de área):			
Sección 2- Información del empleador afectado por comercio exterior			
10. Número de petición: (si lo sabe)			
11. Nombre de la compañía:			
12. Dirección del empleador:			
13. Ciudad:	14. Estado:	15. Código postal:	
16. Número de teléfono : (incluyendo código de área)		17. Número de fax: (incluyendo código de área)	
18. Puesto de trabajo:			
19. Primer día trabajado: (mm/dd/aa)		20. Último día trabajado: (mm/dd/aa)	
21. Razón de separación de trabajo (marque una): <input type="checkbox"/> Falta permanente de trabajo <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Falta temporal de trabajo (dé la fecha cuando regresará a trabajar) mm/dd/aa: _____ <input type="checkbox"/> Disputa labor (Huelga-Paro patronal)			
22. Sitio de trabajo:		23. Sub-división o Departamento:	
24. ¿Durante las 52 semanas (un año) antes de su separación del empleador afectado por comercio exterior, estaba recibiendo compensación al trabajador, discapacidad, vacaciones o permiso aprobado por el empleador, o prestó servicio militar o como representante laboral para el empleador afectado por comercio exterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, especifique el tipo de pago y fecha cuando lo recibió o el servicio prestado: _____ Del (mm/dd/aa): _____ al (mm/dd/aa): _____			
25. ¿Está interesado en capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si “Sí,” especifique el tipo de capacitación. (¿Qué habilidades nuevas quiere aprender?):			
He contestado estas preguntas con el fin de obtener una resolución sobre ser elegible para Asistencia por Ajuste Comercial. Entiendo que la ley dicta castigos si doy declaraciones falsas o si a sabiendas no divulgo hechos importantes para obtener o aumentar mis beneficios de desempleo. Certifico que soy la persona nombrada anteriormente y que la información que he dado en este formulario es correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que la Fracción 1137 de la ley del Seguro Social dice que toda la información relacionada con mi reclamo solo se le puede dar a otras dependencias de ser pedida. En otros casos, la información que yo proporcione será confidencial y la TWC protegerá esta confidencialidad.			
26. Firma:		27. Fecha llenada:	