

ACUERDO PARA REEMBOLSO POR CHEQUES RETRASADOS DE COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO (UC)

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

NOMBRE DEL CASO (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	CO.	NÚMERO DE REGISTRO	CAT.	GG	CTR. DIG.	DIST.

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE DE COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO (UC)

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE DE UC	NOMBRE DEL SOLICITANTE DE UC (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, NOMBRE APELATIVO)		
FECHA DE INICIO DE LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR DINERO EN EFECTIVO	CANTIDAD DE PERSONAS EN EL GRUPO DE PRESUPUESTO POR LAS QUE EL SOLICITANTE ES RESPONSABLE	NÚMERO DE LA OFICINA OES LOCAL	FECHA DEL AÑO EN QUE COMENZÓ EL BENEFICIO

ACUERDO

Yo, _____

de _____

en relación con la asistencia que me otorgaron a mí o a mi cónyuge e hijos menores no emancipados a la espera de la recepción de cheques retrasados de compensación por desempleo, por la presente designo al Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania, o a su representante debidamente autorizado, como mi legítimo apoderado para firmar y endosar cualquier cheque de Compensación por Desempleo pagadero a mi orden, para contabilizar el monto de reembolso adeudado que el departamento de asistencia recibió y a devolverme todo fondo no sujeto a reembolso. El presente poder confiere un interés al mandatario.

FIRMA DEL SOLICITANTE DE UC

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO DE LA CAO

FECHA

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL OIG 176 U

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

NOMBRE DEL CASO: ingrese el nombre del pago (apellido, nombre e inicial del segundo nombre).

CO: ingrese el código de dos dígitos del condado.

NÚMERO DE REGISTRO: ingrese el número de registro de siete dígitos. Si es necesario, utilice ceros delante de un número para aumentar los dígitos hasta siete.

CAT: ingrese la(s) letra(s) que indica(n) la categoría de la asistencia en efectivo.

GG: ingrese el número único del grupo de presupuesto si hay más de un presupuesto en efectivo con la misma categoría (por ej., C y C2).

CTR. DIG.: ingrese el dígito establecido para el grupo de presupuesto en efectivo.

DISTRITO: ingrese la letra o el número de la oficina del distrito, si corresponde.

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE DE COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO (UC)

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE DE UC: ingrese el número de nueve dígitos del Seguro Social del solicitante de UC.

NOMBRE DEL SOLICITANTE DE UC: ingrese el nombre del solicitante de UC (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, nombre apelativo).

FECHA DE INICIO DE LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR DINERO EN EFECTIVO: ingrese la fecha (mm/dd/aa) en la que comenzó la elegibilidad para recibir asistencia de efectivo para el solicitante de UC.

CANTIDAD DE PERSONAS EN EL GRUPO DE PRESUPUESTO POR LAS QUE EL SOLICITANTE ES RESPONSABLE: ingrese la cantidad de personas por las cuales el solicitante de UC es legalmente responsable, incluido el solicitante de UC.

NÚMERO DE LA OFICINA OES LOCAL: ingrese el número de cuatro dígitos mediante el cual el solicitante de UC solicitó beneficios de UC. Este número de cuatro dígitos está ubicado debajo de "Centro de empleo", en el frente de la tarjeta ES-350 del solicitante.

FECHA DE COMIENZO DEL AÑO DE BENEFICIO: ingrese la fecha (mm/dd/aaaa) en la que comienza el año de beneficio de UC. El año de beneficio se encuentra en la sección interior de la tarjeta ES-350 del solicitante.

ACUERDO

ESPACIOS EN BLANCO LUEGO DE LAS PALABRAS "YO/DE": ingrese el nombre y el domicilio del solicitante de UC.

LÍNEAS DE FIRMA DEL SOLICITANTE DE UC/FECHA: obtenga la firma del solicitante de UC. Indíquelo al solicitante de UC que ingrese la fecha en la que firmó el acuerdo.

LÍNEAS DE FIRMA DEL TESTIGO DE LA CAO/FECHA: firma del trabajador del mantenimiento de ingresos y fecha en que atestigua.

DISTRIBUIR DE LA SIGUIENTE FORMA:

1. Enviar el original a la Oficina del Inspector General (OIG) a más tardar 1 día de haberlo completado.
UI Payment Services
Labor and Industry
Room 501, Boas Street
Harrisburg, PA 17105
2. Proporcionar una copia al solicitante de UC.