

## RÉCORD DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

**RÉCORD DE BÚSQUEDA DE EMPLEO POR SEMANA QUE COMIENZA EL DOMINGO \_\_\_\_\_ AL SÁBADO \_\_\_\_\_**

Para tener derecho a los beneficios del UC, complete el registro de búsqueda de empleo mostrado abajo. Chequee su Manual de UC de Pennsylvania (Formulario UCP-1) o ingrese a [www.uc.pa.gov](http://www.uc.pa.gov) para tener acceso a instrucciones completas o para imprimir copias adicionales de este formulario.

Si usted está trabajando a **tiempo parcial** y gana más que su *crédito de beneficio parcial*, ponga sus iniciales aquí. \_\_\_\_\_

	SOLICITUDES DE EMPLEO/ENTREVISTAS	ACTIVIDAD DE BÚSQUEDA DE EMPLEO
#1	Fecha de solicitud _____ o fecha de entrevista _____ Empleador _____ Nombre de contacto del empleador _____ Teléfono/email del empleador _____ ¿Cómo postuló para este empleo? _____ Resultado _____	Fecha de la actividad _____ Tipo de actividad _____ Ubicación de la actividad _____ Nombre del contacto _____ Teléfono/email del contacto _____
#2	Fecha de solicitud _____ o fecha de entrevista _____ Empleador _____ Nombre de contacto del empleador _____ Teléfono/email del empleador _____ ¿Cómo postuló para este empleo? _____ Resultado _____	Fecha de la actividad _____ Tipo de actividad _____ Ubicación de la actividad _____ Nombre del contacto _____ Teléfono/email del contacto _____
#3	Fecha de solicitud _____ o fecha de entrevista _____ Empleador _____ Nombre de contacto del empleador _____ Teléfono/email del empleador _____ ¿Cómo postuló para este empleo? _____ Resultado _____	Fecha de la actividad _____ Tipo de actividad _____ Ubicación de la actividad _____ Nombre del contacto _____ Teléfono/email del contacto _____

EXENCIÓN	Nombre del empleador/servicio de empleo del sindicato o programa de capacitación	Nombre del contacto Teléfono/email del contacto
Fecha por escrito de convocatoria (adjunte copia)		
Servicio de empleo del sindicato		
Participante de Servicios de Recontratación y Evaluación de Elegibilidad (RESEA)		
Participantes del programa Trabajo Compartido (Shared Work)		
Participantes en virtud de la Ley de Reducción del Comercio (Trade Reduction Act)		

Declaro que toda la información que he dado en este documento es correcta y completa. Reconozco que todo falso testimonio en este documento es sancionable de conformidad con 18 Pa.C.S. §4904, relacionado con dar falsos testimonios –no jurado- a las autoridades.

Nombre \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ # del seguro social XXX-XX-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (4 últimas cifras)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Una persona que a sabiendas da un testimonio falso o a sabiendas retiene información para obtener los beneficios del UC está cometiendo un delito según la Sección 801 de la Ley de UC, 43 P.S. §871 y podría estar sujeta a una multa, prisión, reembolso y pérdida de beneficios futuros.

REINICIAR

IMPRIMIR

GUÁRDELO COMO