

**SOLICITUD SEMANAL DE SEGURO DE DESEMPLEO  
CERTIFICACIÓN DE LA OFICINA**

C.C. N° \_\_\_\_\_ Fecha fin año benef \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

LLENE LO SIGUIENTE PARA LA SEMANA  
DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_.

¿Trabajó o ganó salarios? Sí  No

En caso afirmativo,  
nombre del empleador \_\_\_\_\_  
e importe total ganando \_\_\_\_\_

(Atención: los salarios deben informarse cuando se ganan, no cuando se cobran).

¿Aún está trabajando? Sí  No

En caso negativo, indique abajo la razón

Se acabó el empleo

Otra

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social                      Fecha fin semana

Si no estuvo disponible o no pudo trabajar, si no buscó trabajo o rechazó un empleo durante esta semana, **no envíe este formulario**. Llévelo al Centro de Carreras donde presentó su solicitud.

**Lea esta declaración antes de firmarla y fecharla:**

Certifico que durante esta semana fui capaz, estuve disponible y buscando trabajo activamente y no rechazé ningún trabajo que me ofrecieron. Toda la información que incluí en este formulario es cierta a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley establece penalidades por incluir declaraciones falsas en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante                      Fecha

DOL-421 SP (R-11/02)

**SOLICITUD SEMANAL DE SEGURO DE DESEMPLEO  
CERTIFICACIÓN DE LA OFICINA**

C.C. N° \_\_\_\_\_ Fecha fin año benef \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

LLENE LO SIGUIENTE PARA LA SEMANA  
DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_.

¿Trabajó o ganó salarios? Sí  No

En caso afirmativo,  
nombre del empleador \_\_\_\_\_  
e importe total ganando \_\_\_\_\_

(Atención: los salarios deben informarse cuando se ganan, no cuando se cobran).

¿Aún está trabajando? Sí  No

En caso negativo, indique abajo la razón

Se acabó el empleo

Otra

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social                      Fecha fin semana

Si no estuvo disponible o no pudo trabajar, si no buscó trabajo o rechazó un empleo durante esta semana, **no envíe este formulario**. Llévelo al Centro de Carreras donde presentó su solicitud.

**Lea esta declaración antes de firmarla y fecharla:**

Certifico que durante esta semana fui capaz, estuve disponible y buscando trabajo activamente y no rechazé ningún trabajo que me ofrecieron. Toda la información que incluí en este formulario es cierta a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley establece penalidades por incluir declaraciones falsas en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante                      Fecha

DOL-421 SP (R-11/02)

**SOLICITUD SEMANAL DE SEGURO DE DESEMPLEO  
CERTIFICACIÓN DE LA OFICINA**

C.C. N° \_\_\_\_\_ Fecha fin año benef \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

LLENE LO SIGUIENTE PARA LA SEMANA  
DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_.

¿Trabajó o ganó salarios? Sí  No

En caso afirmativo,  
nombre del empleador \_\_\_\_\_  
e importe total ganando \_\_\_\_\_

(Atención: los salarios deben informarse cuando se ganan, no cuando se cobran).

¿Aún está trabajando? Sí  No

En caso negativo, indique abajo la razón

Se acabó el empleo

Otra

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social                      Fecha fin semana

Si no estuvo disponible o no pudo trabajar, si no buscó trabajo o rechazó un empleo durante esta semana, **no envíe este formulario**. Llévelo al Centro de Carreras donde presentó su solicitud.

**Lea esta declaración antes de firmarla y fecharla:**

Certifico que durante esta semana fui capaz, estuve disponible y buscando trabajo activamente y no rechazé ningún trabajo que me ofrecieron. Toda la información que incluí en este formulario es cierta a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley establece penalidades por incluir declaraciones falsas en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante                      Fecha

DOL-421 SP (R-11/02)