Department of Labor and Industries
Claims Section
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

HISTORIAL DE EMPLEO

Nombre del trabajador	Página de	Número de reclamo

Historial de Empleo

Por favor provea su historial de empleo de los tres años anteriores, incluyendo empleo por su propia cuenta y trabajo como voluntario. Por favor empiece con su trabajo más reciente y continúe hacia atrás. Por favor describa cualquier interrupción en su historial de empleo. Si usted estuvo desempleado en algún momento, por favor explique por que. ¿Aplicó (o recibió) beneficios de desempleo durante ese período? Si fue así, ¿en qué fecha recibió beneficios de desempleo? ¿Buscó trabajo durante ese período? Si no lo hizo, ¿por qué no buscó empleo?
Por favor indique cada MES y AÑO. Si necesita espacio adicional, puede sacar copias de este formulario.

De:	Hasta:	Razón por la que dejó de trabajar
Mes Año	Mes Año	
/	/	
/	/	
/	/	

Nombre del negocio del empleador
_____

Fechas (mes/año): Del _____ / _____ Al: _____ / _____

Dirección del Empleador. Número y Calle
_____

Salarios:
$_____ por: ☐ Hora ☐ Día ☐ Mes

Ciudad, Estado, Código postal
_____

¿Recibió otros ingresos además de su salario?
☐ No
☐ Si: $_____ por _____ por concepto de:
☐ Propinas ☐ Trabajo por pieza ☐ Bonos ☐ Comisiones

Teléfono del empleador
(___) _____

¿El empleador contribuyó a su seguro (o de su familia) médico, dental o de la vista? ☐ No ☐ Si

Horas trabajadas:
_____ horas por día, _____ días por semana

¿Su empleador pagó o le reembolso por alimentos, vivienda, combustible u otro concepto similar?
☐ No
☐ Si:
☐ Alimentos ☐ Vivienda ☐ Combustible ☐ Otro:
_____
$_____ por _____

¿Cuál era su trabajo o actividad?
_____

Nombre del negocio del empleador
_____

Fechas (mes/año): Del _____ / _____ Al: _____ / _____

Dirección del Empleador. Número y Calle
_____

Salarios:
$_____ por: ☐ Hora ☐ Día ☐ Mes

Ciudad, Estado, Código postal
_____

¿Recibió otros ingresos además de su salario?
☐ No
☐ Si: $_____ por _____ por concepto de:
☐ Propinas ☐ Trabajo por pieza ☐ Bonos ☐ Comisiones

Teléfono del empleador
(___) _____

¿El empleador contribuyó a su seguro (o de su familia) médico, dental o de la vista? ☐ No ☐ Si

Horas trabajadas:
_____ horas por día, _____ días por semana

¿Su empleador pagó o le reembolsó por alimentos, vivienda, combustible u otro concepto similar?
☐ No
☐ Si:
☐ Alimentos ☐ Vivienda ☐ Combustible ☐ Otro:
_____
$_____ por _____

¿Cuál era su trabajo o actividad?
_____

Yo certifico que esta información es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Fecha Firma