

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE FRAUDE DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Enviar a: Benefit Payment Control, Room 206, 1100 North Eutaw Street, Baltimore, MD 21201 o Fax al 410-767-2610

Persona recibiendo beneficios de desempleo

Número de Seguro Social (si se sabe)

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono

**Esta persona está: (marque todo lo que corresponda y complete la información necesaria)**

**Empleado y solicitando beneficios de desempleo**

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Primer día de trabajo (aproximado) \_\_\_\_\_

**Trabajando por su propia cuenta**

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Página del web \_\_\_\_\_ ¿Cuándo comenzó a trabajar? \_\_\_\_\_

**Encarcelado/Cárcel**

Nombre de la institución \_\_\_\_\_ Fecha de encarcelamiento \_\_\_\_\_

**Discapacitada y no está disponible para trabajar**

Razón (ej. enfermedad, etc.) \_\_\_\_\_

Fecha de restricción \_\_\_\_\_

**Fuera del estado o país**

Dónde (ubicación/dirección) \_\_\_\_\_

Motivo: Trabajando  Vacaciones/Motivos Personales  Fechas \_\_\_\_\_

**En la escuela**

Dónde \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

**Otra Razón**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor proporcione cualquier información adicional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con la persona que recibe el beneficio de desempleo? \_\_\_\_\_

Deseo permanecer en el anonimato Sí  NO

(Nota: Puede permanecer en el anonimato, pero es importante que el investigador pueda comunicarse con usted para obtener información adicional).