

**ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR LA PANDEMIA (PUA)**  
**DECLARACIÓN DE EMPRESA Y GANANCIAS**

Regrese la forma completa y documentación de apoyo subiendo a través del Claimant Portal o por fax al (208)780-5130.

NOMBRE COMPLETO:				
PRIMER FECHA DE AFECTACIÓN POR LA PANDEMIA:			NÚMERO DE RECLAMANTE:	
¿USTED O SU EMPRESA <u>EMITIO</u> ALGUNA FORMA 1099-MISC EN 2018 O 2019?		2018 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2019 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿USTED O SU EMPRESA <u>RECIBIO</u> ALGUNA FORMA 1099-MISC EN 2018 O 2019?		2018 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2019 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿USTED O SU EMPRESA ARCHIVO DECLARACION DE IMPUESTOS EN 2018 O 2019?		2018 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2019 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿USTED RECIBIO ALGUNA FORMA W-2 EN 2018 O 2019?		2018 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2019 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuántas horas por semana trabajó para la empresa en 2019? _____ Marque todos los meses que trabajo en 2019: <input type="checkbox"/> Ene <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Abr <input type="checkbox"/> May <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Sept <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dic				
NOMBRE DE LA EMPRESA:			DIRECCION (ALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL):	
NUMERO DE TELEFONO:				
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA (EIN) :			NUMERO DE TRABAJADORES EN SU EMPRESA Antes de la Pandemia: _____ Durante de la Pandemia: _____	
TIPO DE PROPIEDAD: <input type="checkbox"/> Propietario Único (Forma Federal Schedule C) <input type="checkbox"/> Sociedad (Forma Federal 1065) <input type="checkbox"/> C Corporación (Forma Federal 1120) <input type="checkbox"/> S Corporación (Forma Federal 1120S) <input type="checkbox"/> Empresa de Responsabilidad Limitada (LLC) clasificada como: <input type="checkbox"/> Propietario Único <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> C Corporación <input type="checkbox"/> S Corporación <input type="checkbox"/> Otro tipo de propiedad: _____				
FECHA QUE INICIO SU NEGOCIO EN IDAHO: _____ EN QUE ESTADO(S) REGISTRO SU NEGOCIO: _____ Trabajo en otro estado(s)? <input type="checkbox"/> Si – En qué Estado(s): _____ <input type="checkbox"/> No				
IDENTIFIQUE A LOS DUEÑOS DE LA EMPRESA (INCLUYA PAGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)				
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	TELEFONO	TITULO	PORCENTAJE DE PROPIEDAD
¿Trabajando por cuenta propia fue su trabajo y sustento principal durante la pandemia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique.				
¿Qué método, aparte de palabra de boca, ha utilizado para anunciar su empresa en Idaho? (i.e. sitio web, tarjetas de presentación, otro tipo de promoción, etc.)				
¿Su trabajo requiere una licencia especial o requiere que trabaje con un individuo con licencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué tipo de licencia se necesita?				

¿Es propietario, alquila, o mantiene una oficina o edificio para su empresa?  Sí  No  
 Incluya la dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal), si es diferente a la que menciono anteriormente en la primer pagina.

¿Para cuantos clientes realizo servicios por medio de su empresa en 2019? \_\_\_\_\_

¿Durante los últimos dos años, ha pagado \$1,500 o más en contratos labores o salarios durante algún trimestre?  Sí  No

¿Cuáles fueron sus ingresos brutos o ventas (antes de los gastos) en 2019? \$ \_\_\_\_\_  
 Indique sus gastos mensuales recurrentes:

ALQUILER/HIPOTECA	\$	SALARIO DE EMPLEADOS	\$
CONTRATO LABORAL	\$	GASTOS MENSUALS PARA VIVIR	\$

¿Ha cerrado su empresa debido a la pandemia?  Sí – Fecha que cerro su empresa: \_\_\_\_\_  No  
 Si es así, ¿ha cerrado su empresa permanente o temporal?  Permanente  Temporal  
 Si es temporal, cuándo planea reanudar operaciones? \_\_\_\_\_

¿Tiene otro trabajo aparte de su trabajo por cuenta propia?  Sí - Completa lo siguiente.  No  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 HORAS SEMANALES: \_\_\_\_\_ GANANCIA EN BRUTO SEMANAL: \_\_\_\_\_  
 EFECTO DE LA PANDEMIA EN ESTA OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

**RECONOCIMIENTO DEL RECLAMANTE** (NO FIRMAR PODRÍA RESULTAR EN RETRASO O NEGACIÓN DE BENEFICIOS)

Yo entiendo que hacer esta auto certificación es bajo pena de perjurio. Reconozco que mi solicitud de reclamo puede ser sujeta a auditoria hasta tres años después de haberse archivado, que incluye verificación con otra información federal y estatal. Si hago una declaración falsa o intencionalmente retengo información necesaria para determinar mi elegibilidad, puedo ser requerido pagar de regreso cualquier beneficio junto con penalidades e interés y seré inelegible para beneficios adicionales del seguro de desempleo. También puedo ser sujeto a acción judicial estatal y federal.

FIRMA DEL RECLAMANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE** (NO FIRMAR PODRÍA RESULTAR EN RETRASO O NEGACIÓN DE BENEFICIOS)

Yo certifico que mis respuestas a las preguntas en este formulario son correctas y verdaderas, y que soy capaz de trabajar y estoy disponible para trabajar, pero no puedo trabajar debido a la emergencia de salud pública del COVID-19 Coronavirus. Yo entiendo que es MI responsabilidad aclarar la información que es requerida por el Departamento si tengo alguna duda de lo que me están pidiendo.

FIRMA DEL RECLAMANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_