

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).