



## COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS

### Instrucciones para solicitud para Asistencia por Reajuste Comercial alternativa/de Re-empleo

Debe reunir requisitos específicos cuando esté nuevamente empleado para ser elegible para Asistencia por Reajuste Comercial alternativa/de Re-empleo (ATAA/RTAA).

**Presente la solicitud solo si todo lo siguiente es cierto:**

#### Para ATAA:

1. Está nuevamente empleado de tiempo completo.
2. Tiene 50 años o más cuando está nuevamente empleado.
3. No regresó a trabajar para el empleador afectado por comercio exterior en el mismo puesto del cual se vio separado.
4. No ha recibido beneficios de Asistencia por Reajuste Comercial (TRA).

#### Para RTAA:

1. Está nuevamente empleado:
  - a. Cuando menos 30 horas por semana para uno o más empleadores; o
  - b. Cuando menos 20 horas por semana para uno o más empleadores y está inscrito en capacitación de TAA aprobada.
2. Tiene 50 o más años.
3. No regresó a trabajar para el empleador afectado por comercio exterior del cual se separó.
4. No está actualmente recibiendo beneficios de Asistencia por Reajuste Comercial (TRA).

Aviso: Si está trabajando para varios empleadores, debe presentar solicitudes de ATAA/RTAA para cada empleador. Si se le aprueba para ATAA/RTAA, debe declarar ganancias de todos sus empleadores cuando presente sus formularios de reclamo de subsidio de ATAA/RTAA.

#### Regrese la solicitud con copias de las siguientes cosas:

- Una licencia de conducir válida, certificado de nacimiento, pasaporte, u otro documento legal aceptable que verifique que tenía cuando menos 50 años, cuando volvió a estar empleado.
- Un talón de cheque de su empleador actual o una carta de oferta de trabajo que muestre sus salarios actuales.
- Un talón de cheque de su ex empleador afectado por comercio exterior, (de ser posible la última semana completa que trabajó).

Mande la solicitud y documentos de apoyo:

CORREO  
Texas Workforce Commission-TRA Department  
P.O. Box 149137  
Austin, TX 78714-9137

FAX  
Claim Services (512) 936-3250

Puede recibir, examinar, y corregir información que la TWC recopila acerca de Ud. comunicándose con Open Records de la TWC al 1-866-274-0940. Los individuos sordos o con deficiencias auditivas, marque Relay Texas 711.



## COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS

### Solicitud para Asistencia por Reajuste Comercial ~~en~~ de Re-empleo

Sección 1. Información personal			
1. Número de Seguro Social:		2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):	
3. Nombre:	4. Inicial:	5. Apellido:	
6. Dirección de correo:			
7. Ciudad:	8. Estado:	9. Código postal:	
10. Número de teléfono (incluyendo código de área):		11. ¿Recibe SSI o SSDI?	
12. ¿Es veterano del servicio militar?		13. Hasta que año cursó:	
14. Género:    Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		15. ¿Habla y entiende inglés?	
16. ¿Es ciudadano de los Estados Unidos?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (si no, conteste a.)			
a.) Número de registro de extranjero:			
Sección 2. Información del ex empleador afectado por comercio exterior			
17. Nombre del empleador:		18. Número de petición:	
19. Paga por hora o sueldo anual, si se le pagaba salario:			
20. ¿Cuántas horas trabajó durante una semana completa antes de su separación?			
21. ¿Cuántos años estuvo empleado por el empleador afectado por comercio exterior?			
Sección 3- Información de los nuevos empleadores			
22. Nombre del empleador:			
23. Dirección del empleador:			
24. Ciudad:	25. Estado:	26. Código postal:	
27. Número de teléfono (incluyendo código de área):			
28. Persona de contacto:		29. Primer día que trabajó (MM/DD/AA):	
30. ¿Cuál es su paga por hora o sueldo anual, si se le paga salario?			
31. ¿Se le considera como un empleado de tiempo completo, que trabaja 30 o más horas por semana?			
Empleador actual: La firma del nuevo empleador solo se necesita para esos trabajadores que no han presentado un talón de cheque de paga o documentación de empleo adecuada desde la fecha de esta solicitud.			
_____		_____	
Firma y puesto del nuevo empleador		Fecha cuando firmó	
<b>Por la presente solicito que se me considere para certificación para ser elegible individualmente bajo el programa de Reajuste Comercial <del>en</del> de Re-empleo (CVCCIRTA). Entiendo que recibir pagos de CVCCIRTA puede afectar que sea elegible para <del>el</del> Ajuste Comercial, que incluye beneficio de Asistencia por Ajuste Comercial.</b>			
_____		_____	
Firma del solicitante de ATAA/RTAA		Fecha cuando firmó	
_____		_____	
Firma del representante de TAA o de UI		Fecha cuando firmó	