

APPLICATION FOR TRADE ADJUSTMENT ASSISTANCE (TAA)

WORKER INFORMATION

E. CERTIFICATION

NAFTA-TAA TAA Petition No.: _____
 Impact Date: _____ Termination Date: _____

TO WORKER: Complete all items in Sections A. through D.

SECTION A: Worker Information

Social Security Number	Name (First)	(MI)	(Last)	Birthdate
				/ /
Your Mailing Address	Apt.	City	State	Zip
Phone Number Where You Can be Reached ()	Female	Male		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SECTION B: Employment Information

Name of Affected Employer	Subdivision or Department	Type of Work You Did
Employer's Mailing Address	City	State Zip
Date of First Separation from Affected Employment After Impact Date	Reason for Separation	
Dates of Subsequent Separations	Reasons for Separations	
1.	1.	
2.	2.	
3.	3.	

SECTION C: Other Eligibility Information

	Yes	No	Explain All "Yes" Answers
1. Have you worked for any employer since your separation from the Employer shown in B. above?			Employer Name
Date Began Work _____			Address
			Date of Separation Reason for Separation
2. Have you filed an application for NAFTA-TAA or TAA prior to this application?			State Where Filed Date Filed
3. Have you filed a claim for Unemployment Insurance benefits since your separation from the affected employer?			Paying State Name of Program
4. How did you learn of the certification?			

SECTION D: WORKER'S CERTIFICATION

I have answered these questions for the purpose of applying for NAFTA-TAA TAA knowing that the law provides penalties for making false statement. If I now qualify for both programs, I am aware that my decision of choice is final and cannot be changed at a later date.

Signature of Worker: _____ Date Signed: _____

SECTION F: FOR DEPARTMENT USE ONLY

1. Documents attached: <input type="checkbox"/> 2403 <input type="checkbox"/> 2403T <input type="checkbox"/> IB 13 <input type="checkbox"/> 4581 <input type="checkbox"/> 9445 <input type="checkbox"/> 1709TRA <input type="checkbox"/> Other _____			
2. <input type="checkbox"/> Referred on _____ to Job Service for: <input type="checkbox"/> CalJOBS sm <input type="checkbox"/> Training Assessment 3. <input type="checkbox"/> Active CalJOBS sm			
4. Seek Work Plan _____ 5. Interstate—Paying State is _____			
6. Issued: <input type="checkbox"/> 1709TRA <input type="checkbox"/> 8392 <input type="checkbox"/> 8394 7. Advised Worker of: <input type="checkbox"/> NAFTA-TAA <input type="checkbox"/> TAA time limits			
8. Signature of EDD Interviewer	9. Date Signed	10. FO#	11. Interviewer's Telephone No.

**SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA TRABAJADORES
DESEMPLEADOS DEBIDO AL AUMENTO DE PRODUCTOS IMPORTADOS (TAA)**

INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJADOR

E. CERTIFICACIÓN

AL TRABAJADOR: Complete todo en la Sección A a la D.	<input type="checkbox"/> NAFTA-TAA <input type="checkbox"/> TAA No. de Petición: _____ Fecha de Impacto: _____ Fecha de Terminación: _____
--	--

SECCIÓN A: Información sobre el Trabajador

Número de Seguro Social	Nombre (Primero)	(Segundo)	(Apellidos)	Fecha de Nacimiento / /	
Su Dirección Postal	Apt.	Ciudad		Estado Zona Postal	
No. de Teléfono Donde Podemos Comunicarnos con Usted ()		Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>		

SECCIÓN B: Información sobre el Empleo

Nombre del Empleador/Patrón Afectado	Subdivisión o Departamento	Clase de Trabajo que Usted Hacía		
Dirección Postal del Empleador/Patrón	Ciudad	Estado	Zona Postal	
Fecha de la Primera Separación de Empleo Afectado Después de la Fecha de Impacto	Razón de la Separación			
Fechas de las Separaciones Posteriores	Razones de las Separaciones			
1.	1.			
2.	2.			
3.	3.			

SECCIÓN C: Otra Información para Determinar el Derecho

	Sí	No	Explique Todas las Respuestas "Sí"	
1. ¿Ha trabajado para algún empleador desde su separación del Empleador indicado en B. arriba?			Nombre del Empleador/Patrón	
Fecha en que Empezó a Trabajar _____			Dirección	
			Fecha de la Separación	Razón de la Separación
2. ¿Ha presentado una solicitud para NAFTA-TAA o TAA antes de esta solicitud?			Estado donde la Presentó	Fecha en que la Presentó
3. ¿Ha presentado una solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo desde su separación del empleador afectado?			Estado que Paga	
			Nombre del Programa	
4. ¿Cómo se enteró de la certificación?				

SECCIÓN D: CERTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

He contestado estas preguntas con el propósito de solicitar NAFTA-TAA TAA con pleno conocimiento de que la ley provee sanciones por hacer declaraciones falsas. Si ahora yo reúno los requisitos para ambos programas, estoy consciente de que mi decisión sobre la opción es final y no puede ser cambiada en una fecha posterior.

Firma del Trabajador: _____ Fecha en que se Firmó: _____

SECCIÓN F: PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO

1. Documents attached: <input type="checkbox"/> 2403 <input type="checkbox"/> 2403T <input type="checkbox"/> IB 13 <input type="checkbox"/> 4581 <input type="checkbox"/> 9445 <input type="checkbox"/> 1709TRA <input type="checkbox"/> Other _____	
2. <input type="checkbox"/> Referred on _____ to Job Service for: <input type="checkbox"/> CalJOBS sm <input type="checkbox"/> Training Assessment 3. <input type="checkbox"/> Active CalJOBS sm	
4. Seek Work Plan _____	5. Interstate—Paying State is _____
6. Issued: <input type="checkbox"/> 1709TRA <input type="checkbox"/> 8392 <input type="checkbox"/> 8394	7. Advised Worker of: <input type="checkbox"/> NAFTA-TAA <input type="checkbox"/> TAA time limits
8. Signature of EDD Interviewer	9. Date Signed
	10. FO#
	11. Interviewer's Telephone No.