

Utilice este formulario si tiene más de un empleador.

Fecha de presentación ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)

A. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE	
Últimos cuatro números de Seguro Social o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)	Apellido
B. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SU EMPLEADOR ACTUAL	
Utilice el formulario de reclamo principal (PFL-1) para proporcionar información sobre uno de sus empleadores actuales. Utilice este formulario para cualquier empleador adicional. Debe completar y presentar este formulario para cada empleador adicional.	
Nombre de la empresa de su empleador	
Dirección de su lugar de trabajo: Calle	Ciudad Estado Código postal
Cargo	
Nombre y cargo de la persona en su lugar de trabajo con la que nos debemos comunicar sobre su reclamo (p. ej., su supervisor o su director de Recursos Humanos).	
Nombre de la persona de contacto	Cargo de la persona de contacto
Correo electrónico de la persona de contacto	Número de teléfono de la persona de contacto
Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Está actualmente contratado por el empleador antes mencionado?

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y está completa.

Firma: _____ Fecha: _____