



Instrucciones para Completar la Solicitud de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA)

Sobre el Programa de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA)

La Ley de Comercio de 1974 (19 USC § 2271), según enmendada, estableció el Programa de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA- Trade Adjustment Assistance Program) para proveer servicios a los trabajadores empleados por firmas impactadas por el comercio internacional. Los beneficios del programa incluyen adiestramiento a largo-plazo y ayuda financiera. TAA provee asistencia rápida e temprana. El presentar esta solicitud es el primer paso hacia calificar para los beneficios y la asistencia. Después de recibir la solicitud, el Departamento de Trabajo de los EE.UU. determinará si un número o proporción significativa de los trabajadores de la firma ha sido totalmente o parcialmente cesanteada o si está amenazada con ser totalmente o parcialmente cesanteada, y si las importaciones o la reubicación de la producción o servicios a un país extranjero contribuyó de manera importante a dichas cesantías y a una disminución de las ventas o producción de artículos o suministro de servicios. Los trabajadores en agencias públicas también pueden calificar para asistencia cuando una agencia ha adquirido de un país extranjero servicios que son similares o directamente competitivos con aquellos suministrados por la agencia. Si una solicitud es aprobada y los trabajadores son certificados como elegibles para participar en el programa TAA, los trabajadores cubiertos por una certificación pueden contactar a la agencia estatal de empleo (state workforce office) para solicitar los beneficios. **Estos beneficios son proveídos sin costos para los patronos.**

Instrucciones de la Solicitud

- **Un grupo de tres trabajadores de la misma firma en la misma ubicación de trabajo, o un funcionario de sindicato, o un representante de una agencia local o estatal en un Centro de Trabajo One-Stop, o un funcionario empresarial, u otro representante legalmente autorizado debe completar este Formulario de Solicitud, contestando todas las preguntas antes de presentarlo al Departamento del Trabajo de los EE.UU.**
- **Usted debe fechar y entregar el formulario de la solicitud en el plazo de UN (1) AÑO a partir de la fecha en la cual los trabajadores fueron despedidos o sufrieron una reducción en el número de sus horas de trabajo o de salario.**
- Las solicitudes deben ser enviadas dos lugares: al Departamento de Trabajo en Washington D.C. **y también** al coordinador estatal de TAA o la unidad de trabajadores desplazados en el estado donde se encuentra la fábrica, firma o agencia pública.
 - **Para radicar vía el Departamento del Trabajo, utilice uno de los métodos descritos en esta sección (envíe electrónicamente o por telefax para procesar rápidamente):**
Entregue Electrónicamente el Formulario de Solicitud al enlace <http://www.doleta.gov/tradeact/petitions.cfm>, o **Envíe Telefax** el Formulario de Solicitud al 202-693-3584, 202-693-3585, Y 919-733-1656
Envíe por correo el Formulario de Solicitud al Departamento del Trabajo a la dirección:

U.S. Department of Labor
Trade Adjustment Assistance Program
200 Constitution Ave NW, Room N-5428
Washington, DC 20210

Y

Employment Security Commission of NC
Workforce Development Unit
PO Box 26988
Raleigh, NC 27611

- **Para radicar a un coordinador de TAA o a la oficina del Estado para los trabajadores afectados:**
Utilice la información provista abajo para encontrar la dirección adecuada Si la solicitud incluye firmas o filiales de la firma en diversos Estados, copias de la solicitud completa deben ser entregadas en cada Estado donde están localizadas las firmas o agencias públicas.

Toll-Free Helpline:

Internet:

1-877-US2-JOBS (TTY) 1-877-889-5627

<http://www.servicelocator.org>

Para asistencia en completar una solicitud

Los solicitantes pueden pedir asistencia en la preparación del Formulario de Solicitud en el Centro de Trabajo One-Stop local, contactando el Departamento del Trabajo de los EE.UU. en Washington, D.C. al 1-888-DOL-OTAA (1-888-365-6822) o contactando la oficina del Estado para los trabajadores desplazados o Agencia de Seguridad de Empleo por medio de los números telefónicos o direcciones de Internet que se encuentran arriba.

Declaración de Imposición Pública

Las personas no son requeridas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget-OMB). Responder a este Formulario de Solicitud es un requisito para obtener o mantener los beneficios (19 USC 2321). Se estima que la recopilación de información para la completar este Formulario son 20 minutos en promedio por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, copiar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la colección de información. Envíe comentarios con respecto al estimado de esta carga o cualquier otro aspecto de esta compilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento del Trabajo a la dirección que se encuentra arriba (Paperwork Reduction Project 1205-0342).



Solicitud de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA)

Sección 1. Información del Solicitante

1. Provea información del solicitante en esta sección. Tres trabajadores en la misma ubicación de trabajo deben llenar y completar este Formulario en las tres columnas. Otros solicitantes deben completar solamente la columna del Solicitante 1. Un funcionario del sindicato que completa este Formulario de Solicitud debe proveer el nombre del Sindicato.

	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3
a) Nombre	_____	_____	_____
b) Título	_____	_____	_____
c) Dirección	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Ciudad	_____	_____	_____
Estado, Código Postal	_____	_____	_____
d) Teléfono – Principal	_____	_____	_____
e) Teléfono – Secundario	_____	_____	_____
f) Correo Electrónico (Email)	_____	_____	_____
g) Fecha de Cesantía:	_____	_____	_____
h) Categoría de Solicitante:	Tres Trabajadores <input type="checkbox"/>	Oficial de la Compañía <input type="checkbox"/>	Oficial del Sindicato <input type="checkbox"/>
(seleccione uno)	Oficina "State Workforce" <input type="checkbox"/>	Socio del One-Stop local <input type="checkbox"/>	Otro Representante Autorizado <input type="checkbox"/>
i) Describa el grupo de trabajadores en cuyo nombre esta solicitud está siendo presentada:	_____		

Sección 2. Información de la Compañía/Agencia Pública de los Trabajadores

Provea información de la firma o agencia pública que emplea al grupo de trabajadores. Complete los detalles (a)-(h) con respecto a la firma o la agencia pública empleadora. Si los trabajadores trabajan en una ubicación diferente a la de su patronos (por ejemplo, si los trabajadores están contratados por medio de una agencia de empleo pero trabajan en una firma de manufactura), también complete los detalles (i)-(m) con respecto a la firma o agencia pública en la cual los trabajadores realizan sus labores.

NOTA: Los trabajadores completando este Formulario de Solicitud deben proveer información de la ubicación donde trabajan. Todas las otras categorías de solicitantes pueden presentar esta solicitud a nombre de más de una ubicación. Oficinas estatales y socios del One-Stop local pueden presentar la solicitud para trabajadores en varias ubicaciones de una firma dentro de su Estado. Si decide presentar la solicitud en nombre de trabajadores en más de una ubicación, favor anexar copias de esta parte del Formulario de Solicitud, tal como sea necesario.

Firma Empleadora o Agencia Pública

a) Nombre de la Firma/ Agencia Pública	_____
b) Dirección (localización)	_____

Ciudad	_____
Estado, Código Postal	_____
c) Teléfono	_____
d) Página en la red de Internet (si conocida)	_____
e) Describa el artículo producido o el servicio suministrado por esta firma o agencia pública.	_____
f) ¿Cuántos trabajadores han sido o podrán ser cesanteados (si se sabe)?	_____
g) ¿Estará cerrando la firma o alguna parte de la firma (si se sabe)? Si afirmativo, ¿cuándo?	_____



Solicitud de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA)

Si los trabajadores trabajan en una ubicación diferente de aquella mencionada en detalles a) y b), favor completar detalles i) al m) para esa ubicación:

- h) Nombre de la Firma/ Agencia Pública _____
- i) Dirección (localización) _____
- _____
- Ciudad _____
- Estado, Código Postal _____
- j) Teléfono _____
- k) Describa el artículo producido o el servicio suministrado por esta firma o agencia pública. _____
- l) ¿Cuántos trabajadores han sido o podrán ser cesanteados (si se sabe)? _____
- m) ¿Estará cerrando la firma o alguna parte de la firma (si se sabe)? Si afirmativo, ¿cuándo? _____

Sección 3. Efectos Comerciales en las Separaciones

1. Hasta donde tiene conocimiento, provee razones por las cuales usted cree que las cesantías que han sucedido o podrían suceder en la firma o agencia pública de los trabajadores son debidos al comercio internacional. (Por ejemplo: La producción ha sido/está siendo reubicada a un país extranjero, los servicios están siendo reubicados a un país extranjero, un aumento de importaciones de artículos o servicios, una pérdida de negocios con una firma certificada para TAA).

2. Si usted posee cualquier información adicional o documentos que usted cree podría asistir en la determinación sobre si el grupo es elegible para los beneficios de TAA, favor presentarlos como anexo al Formulario de Solicitud. Marque el encasillado abajo si usted ha incluido documentos que apoyan esta solicitud.

He incluido información adicional o documentación que apoya esta solicitud.

3. Provea información de dos oficiales empresariales. Juntos o separadamente, estos oficiales deberían estar informados con todos los siguientes aspectos: empleo, funciones laborales, y ventas o producción en cada una de las ubicaciones de trabajo. de los aspectos comerciales en cada firma/filial de la firma.

	Oficial 1	Oficial 2
a) Nombre	_____	_____
b) Título	_____	_____
c) Teléfono- Principal	_____	_____
d) Teléfono- Secundario	_____	_____
e) Teléfax	_____	_____
f) Correo electrónico	_____	_____

Sección 4. Afirmación de la Información

La información que usted provea en esta solicitud será utilizada para determinar la elegibilidad del grupo de trabajadores y para avisar a los solicitantes, a los trabajadores, y al público en general que se ha radicado la solicitud y sobre si el grupo del trabajador es elegible. La falsificación con conocimiento de cualquier información en esta solicitud es una ofensa federal (18 USC § 1001) y una violación de la Ley de Comercio (19 USC § 2316). Para que esta solicitud sea válida, cada solicitante listado en la pregunta 1 debe firmar abajo y la solicitud debe ser fechada. Al firmar, está(n) de acuerdo con la siguiente declaración:

"Bajo penalidad legal, declaro que hasta donde tengo conocimiento, la información que he provisto es cierta, correcta, y completa."

- a) Firma del solicitante _____
- b) Nombre (letra de molde) _____
- c) Fecha de la Solicitud _____

▪ Esta solicitud está disponible para inspección pública y para ser copiada bajo el "Freedom of Information Act", según enmendada (5 USC § 552), Orden Ejecutiva 12600, y 29 CFR Parte 70, si se solicita por escrito al Departamento del Trabajo.