

**DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY  
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES**

Por favor imprima su información en tinta negro o azul solo para todos los elementos. (a ambos lados de la aplicación) y firmar este formulario. Completar un suplemento para otro empleo que ha tenido durante los últimos 18 meses.

1. Nombre (Nombre, Inicial, Apellido)				*Social Security Number: (see Privacy Act Statement on back of form)																																											
— —				<b>SOLO PARA USO DE LA OFICINA, NO ESCRIBA EN LA SECCION GRIS ABAJO</b>																																											
1a. Otros nombres que usted uso diferente durante el empleo				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">EFF Date</td> <td style="width:10%;">M</td> <td style="width:10%;">D</td> <td style="width:10%;">Y</td> <td style="width:10%;">DATE FILED</td> <td style="width:10%;">M</td> <td style="width:10%;">D</td> <td style="width:10%;">Y</td> </tr> <tr> <td>CLAIM</td> <td>NEW</td> <td>ADD'L</td> <td>R/O</td> <td>T</td> <td>REQUALIFY</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>STATUS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TYPE:</td> <td>UC</td> <td>X</td> <td>FE</td> <td>CWC</td> <td>EB</td> <td>OTHE R</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>				EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y	CLAIM	NEW	ADD'L	R/O	T	REQUALIFY			STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			TYPE:	UC	X	FE	CWC	EB	OTHE R			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EFF Date	M	D	Y	DATE FILED	M	D	Y																																								
CLAIM	NEW	ADD'L	R/O	T	REQUALIFY																																										
STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
TYPE:	UC	X	FE	CWC	EB	OTHE R																																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
2. Direccion postal local:				ISSUE: (check one)																																											
Direccion de la calle:		Apto.#		UCB-13		MODS																																									
Ciudad:	Estado:	Zip:	Residence County:	STDK		METHO D																																									
3. Numero de telefono:				1. LOCAL OFFICE																																											
( ) —		Numero de telefono alterno:		FIPS		RES. COUNTY																																									
or ( ) —				2.		WDB																																									
4. Fecha de nacimiento:				3. IND																																											
Mes	Dia	Ano	5. Sexo:	W/S		ERP																																									
			<input type="checkbox"/> M	MCS																																											
			<input type="checkbox"/> F	4.																																											
6. Altura/Peso				IB4 STATE/FIPS CODE																																											
7. (Solo para uso estadístico) Es usted de descendencia Hispana? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Primary DOT Code: Mo. Exp. Secondary DOT Code: Mo. Exp.																																											
Indicar su afiliación primaria:				Disaster Date: Disaster #: FL																																											
<input type="checkbox"/> Blanco (1)		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Esquimal (4)		Announcement																																											
<input type="checkbox"/> Afro-americano o Negro (2)		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas Pacificas (5)		Documentation presented:																																											
<input type="checkbox"/> Asiatico (3)		<input type="checkbox"/> Informacion no esta disponible (6)		TYPE:																																											
8. Identificación (ID):				Primary DOT Code: Mo. Exp. Secondary DOT Code: Mo. Exp.																																											
#de Licencia de Conducir:		Estado que la Emitió:		10. Esta usted incapacitado come se define en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																											
#de la Tarjeta de identificación Estatal: Estado que la Emitió:				Definición: Una persona esta incapacitada si tiene un impedimento Físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales del vivir diario; tiene un historial de tal impedimento; o se considera que tiene dicho impedimento.																																											
Otro # de ID: Clase de ID:				Nota: esta información solo se usara para fines estadísticos; se Solicita en forma voluntaria; y se mantendrá confidencial.																																											
9. Marque el numero que corresponda al grado más alto que haya completado:																																															
1. No complete la escuela secundaria-Grado más alto completado fue:																																															
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12																																															
2. Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/>																																															
3. Certificado de curso vocacional/técnico AA o de postsecundaria <input type="checkbox"/>																																															
4. BS/BA <input type="checkbox"/> 5. MS/MA <input type="checkbox"/> 6. Doctorado <input type="checkbox"/>																																															
11. Soy ciudadano de los estados Unidos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				No. de Reg. de Extranjero:																																											
Si es no, estoy autorizado para trabajar en este país. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Fecha de vencimiento:																																											
11a. Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de US/Nacionalizado <input type="checkbox"/> Haitiano entrante				11b. Si no domina el ingles. Que idioma prefiere usar??																																											
<input type="checkbox"/> Cubano entrante <input type="checkbox"/> Otro																																															
<input type="checkbox"/> Extranjero o refugiado admitido legalmente																																															
12. Por este medio solicito beneficios por por el period que empieza:				No. de Ident del empleador																																											
_____				_____																																											
13. TIPO DE NEGOCIAO DE SU EMPLEADOR:				14. Mi desempleo fue el resultado del COVID-19 porque:																																											
15. Nombre de empleador al tiempo del Pandemia:																																															
Dirección de la calle del empleador:				Fechas en que trabajo: Ocupación:																																											
Ciudad	Condado	Estado	Cod. postal	De:		A:																																									
Nombre del Supervisor:		Condado en el que trabajo:		Mes	Dia	Ano	Mes																																								
							Dia																																								
							Ano																																								
Numero de telefono del empleador:				Total de ingresos brutos ganados: \$																																											
( ) —		Tasa salarial:		Total de ingresos brutos ganados		\$																																									
		\$		Desde el Domingo de esta semana:																																											
		Por*		Ocupación o título:																																											
		(*Hora, Semana, mes, Ano)																																													

**DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY  
REEMPLOYMENT ASSISTANCE APPLICATION FOR SERVICES**

Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo	Herramientas/Equipos usados:  Está programado para regresar al trabajo con este empleador? <input type="checkbox"/> SI                      Caundo? <input type="checkbox"/> NO
Explique el motivo de la cesantía:	
16. Esta actualmente empleado, empleado por cuenta propia, o ha estado empleado por cuenta propia durante el pasado año? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> YES      <input type="checkbox"/> NO</span>	
17. Existe algún motivo por el cual no puede buscar o aceptar empleo a tiempo completo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> YES      <input type="checkbox"/> NO</span>	
17A. Ha rehusado alguna oferta de trabajo desde que quedo desempleado? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> YES      <input type="checkbox"/> NO</span>	
18. Ud. Aplico o recibió, o sería elegible para recibir: (Marque "Y" para sí y "N" ara no cerca de cada pregunta)	
<input type="checkbox"/> Una pérdida de sueldo debido a enfermedad o incapacidad? <input type="checkbox"/> Una cantidad de pensión o de anualidades? <input type="checkbox"/> Cualquier tipo de seguridad privada para la protección de ingresos? <input type="checkbox"/> Compensación obrera por causa de muerte de la cabeza del hogar?  <input type="checkbox"/> Cualquier suma de beneficio suplemental de desempleo?	
19. ha recibido, o recibirá, alguno de los siguientes pagos?	
Indemnización por despido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Salarios en lugar de aviso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pago de vacaciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad: \$ _____  De: _____ A: _____
20. Tiene planes específicos de matricularse o asistir a la escuela o recibir capacitación vocacional dentro de los próximos 12 meses Si es así, cuando? (fecha) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
21. Está recibiendo, o recibirá una pensión de jubilación? Si es si, fecha en que comenzó/comenzara el pago: _____ Nombre del empleador: _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
22. Durante los últimos 18 meses, ha usted:	
a. Estado en el servicio militar? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
b. Tenido un trabajo civil federal? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
c. Trabajado en algun otro estado? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
23. Ha solicitado beneficios de Asistencia de Reempleo en los últimos 12 meses? Si es así, en que estado? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
24. Si recibió, o recibirá, pagos de Compensación por Accidentes en el Trabajo, está clasificado:	
Total temporal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Parcial temporal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Ingreso por impedimento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Total permanente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Ingreso suplementario <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
25. Es miembro de un sindicato laboral que busca/obtiene trabajo para sus miembros? Si es así, indique el número del Sindicato: _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
26. Que tipode trabajo está buscando?	
27. Es usted un veteran que cumple con una o más de las siguientes condiciones? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
a. Estuvo en servicio active por un period mayor a 180 días y recibió una baja que no sea deshonrosa.	
b. Fue usted un reservista que gano una insignia de campana y fue dado de manera que no haya sido deshonrosa?	
c. Fue dado de baja o retirado del servicio debido a una discapacidad relacionada con el servicio?	
<b>Si contest si a la Pregunta 25 que estas arriba, por favor conteste las preguntas de la 26 a la 30 a continuación, de lo contrario vaya a la pregunta 31.</b>	
28. Fue retirado del servicio military active dentro de los últimos tres años (36 meses)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
29. Estuvo en servicio active durante una Guerra, campana o expedición por la cual se haya autorizado una insignia de campana? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
30. Es usted un veteran discapacitado? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span> <b>Definición:</b> Usted tiene una discapacidad relacionada con el servicio que le da derecho a recibir una compensación o que hizo que fuera retirado o dado de baja del servicio active	
31. Es usted un veteran discapacitado? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span> <b>Definición:</b> usted tiene derecho a compensación por una discapacidad relacionada con el servicio, que ha sido considerada en 30 por ciento o más o Discapacidad relacionada conel servicio.	
32. Es usted un veteran sin hogar? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span>	
33. Es usted conyuge de alguna de las siguientes personas? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO</span> (a) un veteran que fallecio debido a una discapacidad relacionada con el servicio; (bun veteran que tiene una discapacidad total relacionada con el servicio; (c) un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio active que haya sido listado por más de 90 días en alguna de las siguientes categorías: (I) desaparecido en acción; (II) capturado en la línea del deber por fuerzas hostiles; o (III) detenido a la fuerza en la línea del deber por un gobierno extranjero.	
34. Si contest Si a la Pregunta 25 o 31 que se encuentra arriba, usted califica para el Servicio de Asistencia Especial de Trabajo para Veteranos a través Del centro local "One Stop Center" en su area y, a menos que se le indique lo contrario en el momento en que complete este formulario, usted debe presentarse a esa oficina para registrarse para la asistencia a veteranos.	

DEPARTMENT OF ECONOMIC OPPORTUNITY  
UNEMPLOYMENT COMPENSATION APPLICATION FOR SERVICES

Por este medio reclamo beneficios bajo la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida. No estoy solicitando beneficios de reempleo bajo ningún otro sistema estatal o federal. A discreción del departamento, esta solicitud de beneficios puede ser aceptada como mi inscripción para obtener servicios de trabajo y empleo. Entiendo que la Ley de Asistencia Reempleo de la Florida dispone sanciones por hacer a sabiendas declaraciones falsas con el fin de obtener beneficios. Declaro que las declaraciones hechas en relación con esta reclamación son verdaderas y correctas a mi mayor saber y entender. Acuerdo y entiendo que cualquier declaración falsa intencional de los datos puede causar que pierda mi estatus en el programa de WIA y podría estar sujeto a acción legal. Entiendo que la información está sujeta a verificación y convengo en proporcionar la documentación que se requiera. Entiendo que es posible que se de mi número de seguro social a otras agencias no gubernamentales y del gobierno federal, estatal y local.

Firma del reclamante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo al Department of Economic Opportunity a que pueda enviarme vía correo electrónico cualquier información adicional pertinente a mi reclamo.

**Mi Correo Electrónico es:** \_\_\_\_\_

Entiendo que el Department of Economic Opportunity mantendrá confidencialmente mi dirección de correo electrónico según la sección 443.1715, Estatutos de Florida.

**\*EDICTO DE PRIVACIDAD**

La información provista a este departamento es voluntario y confidencial pero es requerida para procesar su reclamo. Según el Código de Rentas Internas del 1986, el acta del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y s. 443.091(1)(h), F.S., proveer el número de su Seguro Social es mandatorio. Los números del Seguro Social serán usados por el departamento para reportar los beneficios que le hayan sido otorgados al Servicio de Rentas Internas como posible base contributiva. De acuerdo con el acta de Reducción de la Deuda Federal, una enmienda a el acta de Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted provee es sujeta a verificación a través de pareo automatizado y la información sobre ingresos y su reclamo pueden ser facilitada al gobierno federal, estatal, local, o sus delegados para verificación de elegibilidad en otros programas, garantizar que los beneficios han sido propiamente pagados y para estadísticas o estudios.

Programa/Empresa que ofrece igualdad de oportunidades. Los asistentes y servicios auxiliares están disponibles a pedido de personas con incapacidades.

36. HISTORIAL DE TRABAJO: Complete lo siguiente con tinta azul o negra con relación a los últimos 3 trabajos que ha tenido durante los últimos 18 MESES ANTES del empleo que consignó en el ítem 12 del formulario UC310. Incluya todo empleo por cuenta propia, trabajo a tiempo parcial, servicio militar y empleo con una agencia gubernamental. Incluya todos los empleadores, independientemente del lugar, tipo de trabajo realizado o duración del empleo.

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)
Dirección de la calle del empleador:			FECHAS EN QUE TRABAJÓ: DE: _____ A: _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$ _____
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$ _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o cargo:
Número de teléfono del empleador: ( ) —			Herramientas/Equipos usados:
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)
Explique el motivo de la cesantía:			

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)
Dirección de la calle del empleador:			FECHAS EN QUE TRABAJÓ: DE: _____ A: _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$ _____
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$ _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o Título:
Número de teléfono del empleador: ( ) —			Herramientas/Equipos usados:
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)
Explique el motivo de la cesantía:			

Próximo empleador más reciente:			No. de Ident. del empleador (Sólo para uso de la oficina)
Dirección de la calle del empleador:			FECHAS EN QUE TRABAJÓ: DE: _____ A: _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Total de ingresos brutos ganados con este empleador: \$ _____
Dirección postal local del empleador (si es diferente a la anterior):			Total de ingresos brutos ganados con este empleador desde el domingo de esta semana: \$ _____
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	Ocupación o cargo:
Número de teléfono del empleador: ( ) —			Herramientas/Equipos usados:
Motivo de la cesantía: <input type="checkbox"/> Cesantía permanente <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Cesantía temporal <input type="checkbox"/> Licencia de ausencia <input type="checkbox"/> Renuncia o cesantía voluntaria <input type="checkbox"/> Despido, desempeño laboral <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas <input type="checkbox"/> Despido, otro motivo			Tasa salarial: \$ Por: _____ (Hora, Semana, Mes, Año)
Explique el motivo de la cesantía:			

**\*EDICTO DE PRIVACIDAD**

La información provista a este departamento es voluntario y confidencial pero es requerida para procesar su reclamo. Según el Código de Rentas Internas del 1986, el acta del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y s. 443.091(1)(h), F.S., proveer el número de su Seguro Social es mandatorio. Los números del Seguro Social serán usados por el departamento para reportar los beneficios que le hayan sido otorgados al Servicio de Rentas Internas como posible base contributiva. De acuerdo con el acta de Reducción de la Deuda Federal, una enmienda a el acta de Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted provee es sujeta a verificación a través de pareo automatizado y la información sobre ingresos y su reclamo pueden ser facilitada al gobierno federal, estatal, local, o sus delegados para verificación de elegibilidad en otros programas, garantizar que los beneficios han sido propiamente pagados y para estadísticas o estudios.

Programa/Empresa que ofrece igualdad de oportunidades. Los asistentes y servicios auxiliares están disponibles a pedido de personas con incapacidades.

Sírvase enviar por correo postal a la siguiente dirección  
Florida Department of Economic Opportunity  
P.O. Box 5350  
Tallahassee, FL 32314-5350



REEMPLOYMENT ASSISTANCE PROGRAM  
PO BOX 5250  
TALLAHASSEE, FL 32314-5250

**Ron DeSantis**  
Governor

**Ken Lawson**  
Executive Director

### Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida

A continuación hallará las estructuras de tasas de tarjeta de débito de las que usted ya ha acusado recibo y que ha revisado. Dependiendo de los servicios de Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida que usted utilice, Usted podría ser responsable de estas tasas.

Tarjeta prepaga de la Asistencia de Reempleo de Florida emitida por Comérica

Usted tiene varias opciones para recibir sus pagos: depósito directo en su cuenta bancaria, depósito directo en su cuenta prepaga personal o esta tarjeta prepaga. Usted no tiene obligación de aceptar esta tarjeta prepaga. Consúltenos sobre otras formas de recibir sus fondos.			
Tarifa mensual <b>\$0</b>	Por compra <b>\$0</b>	Extracción por cajero automático (ATM) <b>\$0</b> (dentro de la red) <b>\$1.90</b> (fuera de la red)	Recarga de efectivo <b>No corresponde</b>
Consulta de saldo por cajero automático (ATM) (dentro o fuera de la red)			\$0 o \$0.75
Servicios al cliente (automático o con agente en vivo)			\$0.50*
Inactividad			\$0
<b>Cobramos otros 2 tipos de tasas. Son estas.</b>			
Tasa por reemplazo de tarjeta (entrega regular o rápida)			\$4* o \$18.50*
Extracción de dinero en efectivo con cajero por mostrador			\$3.00*
*Esta tarifa puede ser menor dependiendo de cómo y cuándo se usa esta tarjeta. Vea la comunicación por separado acerca de las formas de acceder a sus fondos y a la información sobre su saldo sin cargo. Se le permite el reemplazo sin cargo de una tarjeta común por período de beneficio.			
<b>No existen funciones de sobregiro ni de crédito</b>			
Sus fondos califican para ser asegurados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC). Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite <a href="http://cfpb.gov/prepaid">cfpb.gov/prepaid</a> . Obtenga detalles y condiciones sobre todas las tasas y servicios en el acuerdo del titular de la tarjeta.			

He revisado la Estructura de Tasas de la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida y entiendo que si selecciono la Tarjeta de Débito Way2Go de la Asistencia de Reempleo de Florida como mi método de pago y utilizo los servicios mencionados anteriormente, seré responsable de toda tasa que se me cobre por esos servicios.

Lista de todas las tasas de la Tarjeta Prepaga Way2Go de la Asistencia de Reemplazo de Florida

Todas las tasas	Monto	Detalles
<b>Comienzo</b>		
Obtención de tarjeta	\$0	No se cobran tasas por la obtención de una cuenta de tarjeta.
<b>Uso de fondos</b>		
Puntos de venta (Point-of-Sale (POS))	\$0.00	No se cobran tasas por transacciones en POS realizadas en los Estados Unidos utilizando su firma o el número de identificación personal (PIN).
<b>Obtener dinero en efectivo</b>		
Extracciones por el cajero automático (ATM) (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por extracciones por cajero automático (ATM) dentro de la red, realizadas en los ATM de Comérica y de MoneyPass. "Dentro de la red" se refiere a la red de cajeros automáticos de Comérica y MoneyPass. Los lugares que se hallan dentro de la red pueden encontrarse en <a href="https://locations.comerica.com/">https://locations.comerica.com/</a> y <a href="https://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> . Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones por ATM (fuera de la red)	\$1.90	Esta es nuestra tasa. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos (ATM) fuera de las redes de ATM de MoneyPass o del Banco Comérica. Se le cobrará una tasa por cada extracción por ATM realizada en un ATM fuera de la red. El operador del ATM también podría cobrarle una tasa, aun cuando Usted no complete la transacción. Cuando utilice su tarjeta en un ATM, el monto máximo que se puede extraer de su cuenta de tarjeta, por día calendario es \$500.00.
Extracciones de dinero en efectivo asistidas por un cajero (OTC, por el mostrador)*	\$3.00	Esta es nuestra tasa. Se le permite una (1) extracción por depósito, sin cargo, en las ventanillas de cajeros de Mastercard Member Bank o Credit Union.
<b>Información</b>		
Servicio al cliente (automático o con agente en vivo)*	\$0.50*	Se le permiten cinco (5) llamados al Servicio al Cliente con Respuesta por Voz Interactiva (IVR) o con agente en vivo sin cargo, por mes, para verificar su saldo o para escuchar el historial de transacciones. Se le cobrará una tasa por cada llamado adicional.
Consulta de saldo en cajero automático (dentro de la red)	\$0	No se cobran tasas por consulta de saldo por cajero automático (ATM) realizadas dentro de las redes de ATM de MoneyPass y Banco Comérica.
Consulta de saldo en cajero automático (ATM) (fuera de la red)	\$0.75	Esta es nuestra tasa. Se le cobrará una tasa por cada consulta de saldo por ATM realizada en un ATM fuera de la red.
<b>Uso de su tarjeta fuera de los Estados Unidos</b>		
Tasa por transacción internacional	3%	La tasa de conversión es una tasa de Mastercard sobre el monto de cada transacción realizada fuera de los EE.UU.
<b>Otros</b>		
Reemplazo de tarjeta	\$4	Se le permite un (1) reemplazo de tarjeta sin cargo, por período de beneficios. Se le cobrará una tasa por cada tarjeta de reemplazo adicional que solicite. Las tarjetas se envían por correo postal normal. La entrega estándar es de 7 a 10 días calendario.
Entrega rápida de la tarjeta	\$14.50	Si usted solicita el reemplazo de su tarjeta por entrega rápida en vez de recibirla por correo postal normal, se le cobrará la tasa por entrega rápida, además de toda otra tasa que corresponda por reemplazo de tarjeta. La entrega rápida puede esperarse que sea entre 3 a 5 días calendario.
Transferencia de fondos a través de Respuesta por Voz Interactiva (IVR por teléfono) o sitio web.	\$0.00	No se le cobrará ninguna tasa por cada transferencia de fondos desde su cuenta de tarjeta hacia su cuenta bancaria personal en un banco de los EE.UU.
<p>*Las transacciones "Libres de tasas" caducan al final de cada mes calendario, si no se utilizan.</p> <p>Sus fondos califican para el seguro FDIC y se mantendrán en / o se transferirán al Banco Comérica, una institución asegurada por el FDIC. Una vez allí, sus fondos están asegurados por el FDIC hasta \$250.000 en el caso de que el Banco Comérica quiebre, si se cumplen los requisitos específicos de seguro de depósito. Para obtener detalles vea <a href="https://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html">fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html</a>.</p> <p>No existen funciones de sobre giro ni de crédito</p> <p>Comuníquese con el Servicio al Cliente del Programa Go llamando al 1-833-888-2780, por correo postal a P.O. Box 245997, San Antonio, TX 78224-5997 o visite <a href="http://www.GoProgram.com">www.GoProgram.com</a>.</p> <p>Para obtener información general acerca de las cuentas prepagas, visite <a href="https://cfpb.gov/prepaid">cfpb.gov/prepaid</a>.</p> <p>Si tiene alguna queja acerca de una cuenta prepaga, llame a la Oficina de Protección Financiera de los Consumidores al 1-855-411-2372 o visite <a href="https://cfpb.gov/complaint">cfpb.gov/complaint</a>.</p>		