

APPLICATION FOR TRADE ADJUSTMENT ASSISTANCE (TAA)

<p>Complete all items in Sections A through D Mail to: SPECIAL CLAIMS OFFICE TRA STATE OF CALIFORNIA EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT PO BOX 419076 RANCHO CORDOVA, CA 95741-9076</p>	<p>SECTION E: Department Use -TAA Certification Information Petition No: _____ Impact Date: _____ Certification Date: _____ Termination Date: _____</p>		
SECTION A: Worker Information			
Social Security Number	Name (First) (M) (Last)	Birthdate	
Your Mailing Address	Apt.	City State Zip	
Phone Number Where You Can be Reached ()	Female <input type="checkbox"/>	Male <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	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 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 TAA benefits, knowing that the law provides penalties for making false statements.			
Signature of Worker: _____ Date Signed: _____			
SECTION F: Department Use - Field Office TAA specialists - Document Incumbent Worker requests for TAA pre-separation training. Worker must complete Section A – D, excluding separation information.			
Documentation Supporting Worker Threatened With Layoff/Termination From Affected Employment			
<input type="checkbox"/> Identified From Employer List (Attach Letter From TAA Unit, Central Office)	<input type="checkbox"/> Notice From Employer (Attach Layoff Notice or Signed Statement)	<input type="checkbox"/> Other _____ (Attach Supporting Document)	
Employer Contact Name	Employer Contact Phone Number	Employer Contact Fax Number	
Date of Initial Contact (On or After Cert Date)	Expected Separation Date		
<input type="checkbox"/> No Documentation to Support Worker is Threatened With Separation (Complete DE 8320 IW, Including Section E. Provide Copy to Worker)	<input type="checkbox"/> Worker Determined Incumbent (Complete DE 8320 IW and DE 2403T)		
Interviewer Signature: _____ Date Signed: _____ F.O. # _____			

SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA ASISTENCIA PARA AJUSTE DEL COMERCIO (TAA)

Complete todos los incisos en las secciones de A a la D Envíe a: SPECIAL CLAIMS OFFICE TRA STATE OF CALIFORNIA EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT PO BOX 419076 RANCHO CORDOVA, CA 95741-9076	SECTION E: Department Use -TAA Certification Information Petition No: _____ Impact Date: _____ Certification Date: _____ Termination Date: _____
--	---

SECCIÓN A: Información sobre el Trabajador

Número de Seguro Social	Nombre (Primero)	(Segundo)	(Apellidos)	Fecha de Nacimiento
Su Dirección Postal	Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Donde Podamos Comunicarnos con Ud. ()	Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>		

SECCIÓN B: Información sobre el Empleo

Nombre del Empleador Afectado	Subdivisión o Departamento	Clase de Trabajo que Ud. Hacia
Dirección Postal del Empleador	Ciudad	Estado Código 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 Elegibilidad

	Sí	No	Explique Todas las Respuestas que contestó "Sí"
1. ¿Ha trabajado para algún empleador desde su separación del Empleador indicado en B anteriormente?			Nombre del Empleador
Fecha en que Empezó a Trabajar			Dirección
Fecha de la Separación			Razón de la Separación
2. ¿Ha presentado una solicitud para 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 le Paga Beneficios Nombre del Programa
4. ¿Cómo se enteró de la certificación?			

SECCIÓN D: CERTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

He contestado estas preguntas con el propósito de solicitar para beneficios de TAA con pleno conocimiento de que la ley provee sanciones por hacer declaraciones falsas.

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

SECTION F: Department Use - Field Office TAA specialists - Document Incumbent Worker requests for TAA pre-separation training. Worker must complete Section A – D, excluding separation information.

Documentation Supporting Worker Threatened With Layoff/Termination From Affected Employment

Identified From Employer List (Attach Letter From TAA Unit, Central Office) Notice From Employer (Attach Layoff Notice or Signed Statement) Other _____ (Attach Supporting Document)

Employer Contact Name _____ Employer Contact Phone Number _____ Employer Contact Fax Number _____

Date of Initial Contact (On or After Cert Date) _____ Expected Separation Date _____

No Documentation to Support Worker is Threatened With Separation (Complete DE 8320 IW, Including Section E. Provide Copy to Worker) Worker Determined Incumbent (Complete DE 8320 IW and DE 2403T)

Interviewer Signature: _____ Date Signed: _____ F.O. # _____