



## Solicitud de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA) y Asistencia Alternativa para Ajuste del Comercio (ATAA)

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

La Ley de Comercio de 1974 (19 USC § 2271), según enmendada, estableció el Programa de Asistencia de 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 y 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. 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 su la agencia estatal de empleo (state workforce office) para solicitar los beneficios. Estos beneficios son proveídos sin costo para los patronos.

### Sobre el Programa de Asistencia Alternativa para Ajuste del Comercio (ATAA)

El Programa de Asistencia Alternativa para Ajuste del Comercio (ATAA – Alternative Trade Adjustment Assistance) para trabajadores mayores es una alternativa a TAA para trabajadores afectados que tienen 50 años o más. El programa ATAA alienta a los trabajadores que certifica a conseguir rápidamente un empleo a tiempo completo mediante un subsidio salarial en lugar de adiestramiento y asistencia económica. El someter una solicitud completa implica un deseo de obtener ambos TAA y ATAA. Si se certifican para ambos programas, los trabajadores tendrán la opción de solicitar TAA y sus servicios, y, si obtienen un empleo dentro de las 26 semanas luego del despido, pueden ser elegibles para recibir ATAA en vez de TAA, como decida el trabajador.

### Instrucciones de la Solicitud

- Un grupo de tres trabajadores de la misma firma, 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 y de salario.
- Las solicitudes deben ser enviadas a dos lugares: al Departamento de Trabajo en Washington D.C. y también al coordinador estatal de TAA o a la unidad de trabajadores desplazados en el estado donde se encuentra la firma.

Para presentar su solicitud con radicar vía el Departamento del Trabajo, utilice uno de los métodos descritos en esta sección abajo:

Envíe por Telefax el Formulario de Solicitud al 202-693-3584 o 202-693-3585, o 202-693-3986

Envíe por correo el Formulario de Solicitud al Departamento del Trabajo a la siguiente dirección:

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

Para presentar su solicitud con radicar a un coordinador de TAA o con a la Oficina del Estado para los trabajadores desplazados o con la Agencias Estatales de Trabajo:

Utilice la información provista abajo para encontrar la dirección adecuada Si la solicitud incluye firmas empresas o filiales de la firma empresa en diversos Estados, copias de la solicitud completa deben ser entregadas presentadas en cada Estado donde las firmas están localizadas. las firmas.

**Toll-Free Helpline Línea Telefónica Gratuita:** 1-877-US2-JOBS (TTY) 1-877-889-5627

**Internet:** <http://www.doleta.gov/tradeact/contacts.cfm#State>, or  
<http://www.servicelocator.org>

### Asistencia para completar la solicitud

Los solicitantes pueden pedir asistencia en la preparación del Formulario de Solicitud en el Centro de Trabajo One-Stop local, contactando el al Departamento del Trabajo de los EE.UU. en Washington, D.C. al 202-693-3560 (Línea General), o contactando a la oficina del Estado para los trabajadores desplazados o Agencias Estatales de Trabajo por medio de los números telefónicos o direcciones de Internet que se encuentran arriba.

### Para revisar el estado de la solicitud

Para revisar el estado de la solicitud, por favor visite:

<http://www.doleta.gov/tradeact/>

### Declaración de Imposición Pública

Las personas no son requeridas a responder a esta recopilación de información a menos que ésta 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

**Solicitud de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA) y  
~~Asistencia Alternativa para Ajuste del Comercio (ATAA)~~**

este Formulario son 20 minutos en promedio por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, copilar 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 de Trabajo a la dirección que se encuentra arriba (Paperwork Reduction Project 1205-0342).



**Solicitud de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA) y Asistencia Alternativa para Ajuste del Comercio (ATAA)**

**Sección 1. Información del Solicitante**

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 complete este Formulario de Solicitud deberá proveer el nombre del Sindicato.

|                                                                                            | <b>Solicitante 1</b>                                                | <b>Solicitante 2</b>                              | <b>Solicitante 3</b>                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 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**

Provea información de la firma que emplea al grupo de trabajadores. Complete los detalles (a)-(g h) con respecto a la firma 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 (h i)-(m) con respecto a la firma en la cual los trabajadores realizan sus labores.

NOTA: Los trabajadores que 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 a favor de 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, tantas veces como sea necesario.

Firma Empleadora

|                                                                                               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| a) Nombre de la Firma                                                                         | _____ |
| b) Dirección (localización)                                                                   | _____ |
|                                                                                               | _____ |
| Ciudad                                                                                        | _____ |
| Estado, Código Postal                                                                         | _____ |
| c) Teléfono                                                                                   | _____ |
| d) Página en la red de Internet (si se conoceida)                                             | _____ |
| e) Describa el artículo producido o el servicio suministrado por esta firma                   | _____ |
| f) ¿Cuantos 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? | _____ |

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

|                                                                                               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| h) Nombre de la Firma                                                                         | _____ |
| i) Dirección (localización)                                                                   | _____ |
|                                                                                               | _____ |
| Ciudad                                                                                        | _____ |
| Estado, Código Postal                                                                         | _____ |
| j) Teléfono                                                                                   | _____ |
| k) Describa el artículo producido o el servicio suministrado por esta firma                   | _____ |
| l) ¿Cuantos 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? | _____ |



**Solicitud de Asistencia para Ajuste del Comercio (TAA) y Asistencia Alternativa para Ajuste del Comercio (ATAA)**

**Sección 3. Efectos Comerciales en las Separaciones**

1. Hasta donde tiene conocimiento, provea razones por las cuales usted cree que las cesantías que han ocurrido o sucederán o podrían suceder en la firma de los trabajadores son debidas al comercio internacional. (Por ejemplo: La producción ha sido/está siendo reubicada a un país extranjero, los servicios están siendo subcontratados 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 podrían 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 cualquier información o documentos adicionales que apoyan esta solicitud.

He incluido información adicional o documentación que apoyan 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) Telefaxéfax          | _____     | _____     |
| 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 presentado radicado la solicitud y si sobre si el grupo de trabajadores es elegible. La falsificación de cualquier información con conocimiento de causa 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 \_\_\_\_\_