



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO LIQUIDADOR
400 Calle Calaf, PMB 165 San Juan, Puerto Rico 00918-1314
Tel. 787-999-4777

Fecha: _____

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA EMPLEADOS

Nombre del Reclamante: _____

Dirección Postal y Física: _____

Número de Teléfono: _____

Núm. Licencia de Conducir o Pasaporte: _____

Núm. Seguro Social: _____

Importe Reclamado \$ _____

Indique la fecha del periodo reclamado: _____

Evidencia que se somete junto con la Reclamación:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

Firma del Reclamante

AFFIDAVIT NÚM. _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, por _____,
mayor de edad, _____, y vecino de _____,
a quien doy fe de conocer personalmente o he identificado mediante _____,
Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Firma del Notario Público

SELLO DEL NOTARIO