



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO LIQUIDADOR
PO Box 363031
San Juan, P.R. 00936-3031

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