

| | | | |
|--|---|--------|----------------------------|
| Nombre del empleador: | Apellido o el nombre completo de la empresa | Nombre | Inicial del segundo nombre |
| Dirección del empleador: | Calle | | |
| | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del empleador: | () - | | |
| Tipo de trabajo: | | | |
| Duración de su empleo: | ____/____/____ a ____/____/____ (Mes/día/año) (Mes/día/año) | | |
| Su empleo ¿era fijo, por temporada, durante todo el año o intermitente? | <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Durante todo el año <input type="checkbox"/> Intermitente | | |
| Describe las circunstancias de su salida y/o rescisión, si corresponde. | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--------|----------------------------|
| Nombre del empleador: | Apellido o el nombre completo de la empresa | Nombre | Inicial del segundo nombre |
| Dirección del empleador: | Calle | | |
| | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del empleador: | () - | | |
| Tipo de trabajo: | | | |
| Su empleo ¿era fijo, por temporada, durante todo el año o intermitente? | <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Durante todo el año <input type="checkbox"/> Intermitente | | |
| Describe las circunstancias de su salida y/o rescisión, si corresponde. | | | |
| | | | |

C. INFORMACIÓN DE INGRESOS

| | |
|--|---|
| Ingreso total en 2009 de todas las fuentes indicadas anteriormente: | \$ _____ |
| Ingreso total en 2010 de todas las fuentes indicadas anteriormente: | \$ _____ |
| Proporcione todos los demás historiales de ganancias que usted considere relevantes para respaldar su reclamación, incluido cualquier respaldo de su afirmación de que las ganancias identificadas anteriormente son precisas: | |
| ¿Redujo su empleador sus horas, finalizó su empleo y/o retiró su oferta de empleo como resultado del Derrame? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si su respuesta es "Sí", explique cómo ocasionó el Derrame que su empleador redujera sus horas, finalizara su empleo y/o retirara su oferta de empleo: | |

D. DISPONIBILIDAD PARA TRABAJAR

| | |
|--|---|
| ¿Estaba usted presente y disponible para trabajar para su empleador con la frecuencia requerida entre el 21 de abril de 2010 y el 31 de diciembre de 2010? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está usted solicitando una compensación basada en una oferta de trabajo realizada y aceptada antes del 20 de abril de 2010 para un empleo entre el 21 de abril de 2010 y el 31 de diciembre de 2010? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió "Sí" a esta pregunta, complete las preguntas a continuación: | |
| Horas proyectadas/anticipadas: | |
| Fecha de inicio propuesta: | ____/____/____ (Mes/Día/Año) |
| Fecha de finalización propuesta: | ____/____/____ (Mes/Día/Año) |
| Tarifa salarial: | \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario |
| ¿Retiro el empleador su oferta de empleo en su totalidad o en parte? | <input type="checkbox"/> En su totalidad <input type="checkbox"/> En parte |
| Explique cómo la reducción de su trabajo, la finalización del empleo y/o el retiro de una oferta de empleo para el periodo entre el 20 de abril de 2010, y el 31 de diciembre de 2010 se debió al Derrame. | |

E. DECLARACIONES JURADAS POR ESCRITO DE PATROCINADORES

Identifique el nombre y la dirección de cualquier patrocinador que haya presentado una Declaración jurada por escrito en su nombre, y especifique su relación con usted. Yo

Patrocinador 1

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|----------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Sufijo |
| Calle | | | |
| Ciudad | Condado/Distrito | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del patrocinador | () - | | |
| Relación con el reclamante | | | |

Patrocinador 2

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|----------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Sufijo |
| Calle | | | |
| Ciudad: | Condado/Distrito | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del patrocinador | () - | | |
| Relación con el reclamante | | | |

Patrocinador 3

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|----------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Sufijo |
| Calle | | | |
| Ciudad | Condado/Distrito | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del patrocinador | () - | | |
| Relación con el reclamante | | | |

F. DECLARACIONES JURADAS POR ESCRITO DE LOS ABOGADOS

Identifique el nombre y dirección de cualquier abogado(s) que presentó una Declaración Jurada por Escrito en su nombre, y especifique su relación con usted.

Abogado 1

| | | | |
|---------------------------------|----------------------------|----------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Sufijo |
| Calle | | | |
| Ciudad | Condado/Distrito | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del abogado: | () - | | |
| Relación con el reclamante | | | |

Abogado 2

| | | | |
|---------------------------------|----------------------------|----------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Sufijo |
| Calle | | | |
| Ciudad | Condado/Distrito | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del abogado: | () - | | |
| Relación con el reclamante | | | |

Abogado 3

| | | | |
|---------------------------------|----------------------------|----------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Sufijo |
| Calle | | | |
| Ciudad | Condado/Distrito | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del abogado: | () - | | |
| Relación con el reclamante | | | |

G. PAGOS RELACIONADOS CON EL DERRAME PARA PRODUCTORES DE MARISCOS

Proporcione información acerca de todos los pagos relacionados con el derrame para productores de mariscos, incluidos la fecha, la fuente, la cantidad del pago y el propósito del pago (*p. ej.*, Pago de BP, Pago de emergencia por adelantado [Emergency Advance Payment, EAP], Pago provisional [Interim Payment, IP], Pago Final, [Final Payment, FP]). Proporcione la documentación para verificar estos pagos.

| Fecha | Fuente (Pago de BP, EAP, IP o FP) | Número de expediente de BP | Identificación de reclamación de GCCF | Monto |
|----------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------|
| __/__/__ | | | | \$ |
| __/__/__ | | | | \$ |
| __/__/__ | | | | \$ |
| __/__/__ | | | | \$ |
| __/__/__ | | | | \$ |
| __/__/__ | | | | \$ |

H. FIRMA

Certifico y declaro, bajo pena de perjurio conforme a la Sección 1746 del Título 28 del Código de EE. UU., que toda la información que he proporcionado en esta Declaración (y en cualesquiera páginas que haya adjuntado o enviado con esta Declaración para proporcionar la información adicional solicitada en esta Declaración) es verdadera y precisa a mi leal saber y entender, y que los documentos de respaldo adjuntos o enviados con esta Declaración y la información contenida en la misma son verdaderos, precisos y están completos a mi leal saber y entender, y comprendo que las declaraciones o reclamaciones falsas realizadas con relación a esta Declaración podrían ocasionar multas, encarcelamiento y/o cualquier otro recurso disponible por ley para el gobierno federal, y que las reclamaciones sospechosas se enviarán a los organismos federales, estatales y locales encargados del cumplimiento de la ley para su posible investigación y acción judicial.

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|--|
| Fecha de la firma: | ____/____/____ (Mes/Día/Año) | _____ Firma _____ Nombre (en letra de imprenta o escrito a máquina) |
|---------------------------|---------------------------------|--|