

APPLICATION FOR TRADE ADJUSTMENT ASSISTANCE (TAA)

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				SECTION E: Department Use -TAA Certification Information Petition No: _____ Impact Date: _____ Certification Date: _____ Termination Date: _____			
SECTION A: Worker Information							
Social Security Number XXX-XX-		Name (First) (MI) (Last)		Birthdate			
Your Mailing Address		Apt.	City	State	Zip		
Phone Number Where You Can be Reached ()		Female ☐	Male ☐				
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							
☐ 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. # _____							

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 XXX-XX-	Nombre (Primero)	(Segundo)	(Apellidos)	Fecha de Nacimiento	
Su Dirección Postal	Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono Donde Podemos Comunicarnos con Ud. ()	Mujer ☐	Hombre ☐			
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. # _____	