NOTIFICATION OF ADDRESS CHANGE

In order to ensure receipt of adjustment checks, determinations, tax statements and informational notices, you are required to notify the Division of Unemployment Insurance and/or the Division of Temporary Disability Insurance if you move within two (2) years from the date of your claim.

Use this form to send address change information **after** you stop collecting unemployment and/or temporary disability benefits. Do not use this form to report an address change while you are collecting benefits.

Social Security Number: _____

Date of Claim: _____

Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____

Zip Code: _____

Signature: _____ *Date:* _____

MAIL THIS FORM TO UNEMPLOYMENT INSURANCE IN THE ONE-STOP CAREER CENTER

NOTIFICACION DE CAMBIO DE DIRECCION

Para poder asegurar recibos de los cheques de ajuste, determinaciones, estado de cuenta de impuestos y notificaciones informativas, se le requiere que notifique a la Oficina de Seguro de Reclamación de Desempleo y/o la División de Seguro de Incapacidad Temporal, si se ha mudado durante los últimos dos (2) años de la fecha de su reclamación.

Ulilize Este Formulario para enviar el cambio de dirección **después** que haya parado de recibir beneficios de desempleo y/o beneficio temporeros de incapacidad. Si se mudó mientras reclamaba los beneficios use su formulario de reclamación.

Número de Seguro Social: _____

Día de reclamación: _____

Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Firma: _____ *Fecha:* _____

ENVIE ESTE FORMULARIO al SEGURO DE DESEMPLEO en EL CENTRO DE ONE-STOP CAREER