

## SOLICITUD PARA DERECHO DE COBERTURA POR DESEMPLEO DECLARACION JURADA

No.

### I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno		Apellido materno		Primer nombre		Segundo nombre		
Documento de identidad	Pais doc. ident. (ver tabla N° 2)	Tipo doc. ident. (ver tabla N° 3)	Número		Sexo		Fecha de nacimiento	
					M	F	Día	Mes
E-mail			Teléfonos					

### II. DOMICILIO

Tipo vía (ver tabla N° 8)		N°	Dpto.	Interior	Manzana	N° Lote	N° Km	N° Block	N° Etapa
Cód.	Nombre								
Tipo zona (ver tabla N° 9)		Referencia Principal			Referencia Secundaria				
Cód.	Nombre								
Departamento			Provincia			Distrito			

### III. EMPLEADORES DONDE LABORÉ MESES EN LOS ÚLTIMOS 36 MESES

Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o razón social empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	
Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o Razón Social Empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	
Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o razón social empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	
Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o Razón Social Empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	

Observaciones

Declaro que los datos en la presente solicitud son verdaderos, sujetándome a la verificación posterior y a las sanciones a que hubiera lugar

Se adjuntan		Total de formatos		Fecha de cese			<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;">Apellidos y nombres de operador</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;">Firma del solicitante</div> <div style="border-bottom: 1px solid black;">Firma y sello de EsSalud</div>
Folios	<input type="text"/>			Día	Mes	Año	
Resultado de la evaluación							
Aprobado	Desaprobado						
Fecha de presentación							
Día	Mes	Año					

No.

**I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Apellido paterno		Apellido materno		Primer nombre		Segundo nombre		
Documento de identidad	Pais doc. ident. (ver tabla N° 2)	Tipo doc. ident. (ver tabla N° 3)	Número		Sexo		Fecha de nacimiento	
					M	F	Día	Mes
E-mail			Teléfonos					

**II. DOMICILIO**

Tipo vía (ver tabla N° 8)		N°	Dpto.	Interior	Manzana	N° Lote	N° Km	N° Block	N° Etapa
Cód.	Nombre								
Tipo zona (ver tabla N° 9)		Referencia Principal			Referencia Secundaria				
Cód.	Nombre								
Departamento			Provincia			Distrito			

**III. EMPLEADORES DONDE LABORÉ**  **MESES EN LOS ÚLTIMOS 36 MESES**

Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o razón social empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	
Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o Razón Social Empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	
Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o razón social empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	
Desde año	mes	Hasta año	mes	Tipo documento (ver tabla N° 18)	Nombre o Razón Social Empleador			
Dirección actualizada del empleador				Código empleador		V°B° Documentos	V°B° Sistema	

Observaciones

Declaro que los datos en la presente solicitud son verdaderos, sujetándome a la verificación posterior y a las sanciones a que hubiera lugar

Se adjuntan		Total de formatos	Fecha de cese			_____ Apellidos y nombres de operador  _____ Firma y sello de EsSalud
Folios	<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
Resultado de la evaluación						
Aprobado	Desaprobado					
Fecha de presentación			Firma del solicitante			
Día	Mes	Año				

## FORMATO 1022

### SOLICITUD PARA DERECHO DE COBERTURA POR DESEMPLEO DECLARACIÓN JURADA

Solicitud para ser utilizada para la presentación de documentos para acreditar al derecho especial de cobertura por desempleo(derecho de latencia)

#### Tabla N°2 Países

Código	Descripción
032	Argentina
068	Bolivia
076	Brasil
124	Canadá
152	Chile
156	China
170	Colombia
218	Ecuador
724	España
840	Estados Unidos
380	Italia
484	México
558	Nicaragua
591	Panamá
600	Paraguay
<b>604</b>	<b>Perú</b>
710	Sudáfrica
862	Venezuela
999	Otros

#### Tabla N°3 Tipo de documento de identificación

	Descripción
01	Documento Nacional de Identidad
04	Carnet de extranjería
06	Reg. Único de Contribuyentes
07	Pasaporte
17	Cod. inscripción empleador TH
20	Número correlativo de organización - NCO
80	Documento no especificado
99	Otros

#### Tabla N°9 Tipo de zona

	Descripción
01	Urbanización
02	Pueblo joven
03	Unidad vecinal
04	Conjunto habitacional
05	Asentamiento humano
06	Cooperativa
07	Residencial
08	Zona industrial
09	Grupo
10	Caserío
11	Fundo
12	Zonificación de EsSalud
13	Zonificación de municipalidad
14	Barrio
15	Zona
99	Otros

#### Tabla N°8 Tipo de vía

Código	Descripción
01	Avenida
02	Jirón
03	Calle
04	Pasaje
05	Alameda
06	Malecón
07	Óvalo
08	Parque
09	Plaza
10	Carretera asfaltada
11	Camino afirmado
12	Trocha carrozable
13	Trocha
14	Camino rural
15	Bajada
16	Galería
17	Prolongación
18	Paseo
19	Plazuela
20	Portal
21	Boulevard
22	Autopista
99	Otros

#### Tabla N°18 Documentos requeridos

Código	Descripción
001	Acta
002	Resolución
004	Carta
008	Carta notarial
018	Directiva
021	Comprobante de pago
025	Informe
044	Solicitud
045	Otros
051	Contrato
067	Dictamen técnico
077	Informe técnico
083	Informe laboral
091	Copia de epicrisis
092	Copia de acta de defunción

#### Importante

- Consignar los datos de las personas según documento de identidad correspondiente
- No consignar información en los recuadros sombreados son de "USO ESSALUD".
- Llenar el Formulario y el(los) anexo(s) con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
- No se aceptan BORRONES NI ENMENDADURAS.