

DEPENDENCY BENEFITS

- If your weekly benefit rate is less than the maximum amount payable, you may qualify to receive dependency benefits. You may be entitled to receive an extra 7% of your weekly benefit rate for your first dependent, and an extra 4% for each of the next two dependents. The most you can receive is an extra 15% for three dependents. No one may receive more than the maximum weekly benefit rate. The following rules apply:
- If your spouse or civil union partner is employed during the week you establish your claim, you cannot receive dependency benefits.
- A dependent is defined as an unemployed spouse, civil union partner or an unemployed, unmarried child (including stepchild or legally adopted child) under the age of 19 (or 22 if the child is attending school full-time).
- If you and your spouse or civil union partner are both unemployed, only one may claim dependency benefits.
- **You must provide proof of dependency.** The Division will accept, as verification of dependency status, a copy of your most recent federal or state income tax return. If this is unavailable or insufficient to prove current dependency status, the Division may consider a combination of the following documents: birth, baptismal or marriage certificate(s), civil union license(s); certified divorce, dissolution, child support, annulment or adoption order(s) or any other legal documentation. **Please send photocopies. Do not send originals.**
- **You must provide proof within six (6) weeks of the date of claim** or you will be ineligible to receive dependency benefits for the duration of the claim. No dependency benefits will be paid until this form and the required proof of dependency is provided to the Division.

APPLICATION FOR DEPENDENCY BENEFITS

If you wish to claim dependency benefits, complete items 1 to 6 below. Mail your completed application and the required proof of dependency to:

**New Jersey Department of Labor and Workforce Development
Unemployment Insurance
PO Box 908
Trenton New Jersey 08625-0908**

1. Name: _____ 2. Social Security No.: _____

3. Are you legally married or in a legal civil union? Yes No If yes, is your spouse/civil union partner employed? Yes No

4. Please complete all of the following information:

DEPENDENT'S NAME IF MARRIED OR IN A LEGALLY SANCTIONED CIVIL UNION, LIST SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER FIRST	AGE	SOCIAL SECURITY NUMBER	RELATION TO YOU	MARRIED/ IN A CIVIL UNION		EMPLOYED		LOCAL OFFICE USE ONLY			
				YES	NO	YES	NO	ELIGIBLE		VERIFICATION PROVIDED	BY
								YES	NO		

5. If any of above-listed dependent children over age 18 attend a public or other nonprofit educational institution on a full-time basis, please specify which individual(s) and provide the name(s) of the school(s). _____

6. I certify that my statements are true and I realize that the law provides penalties for false statements.

Signature: _____ Date: _____

Para Español Veá El Lado Inverso

BENEFICIOS POR DEPENDENCIA

- Si su cantidad de beneficios semanal es menos de la cantidad semanal máxima es posible que usted califique para recibir beneficios por sus dependientes. Es posible que tenga derechos a recibir un 7% adicional en su cantidad semanal por su primer dependiente y un 4% adicional por cada uno de los dos próximos dependientes. Lo más que puede coleccionar extra es 15% por tres dependientes. Nadie puede recibir mas de la cantidad máxima semanal. Las siguientes reglas aplican:
- Si su esposa(o) e unión civil esta empleado durante la semana en cual estableció su reclamación, usted no puede recibir beneficios por dependientes.
- Un dependiente es definido como su esposa(o), e unión civil si está desempleado(a), hijos que tengan 19 años o menos (incluyendo hijastros o hijos adoptivos legalmente) que no esten casados y que estén desempleados o que tengan menos de 22 años que estén asistiendo a la escuela o universidad por tiempo completo.
- Si usted y su esposa(o) e unión civil están desempleados solamente uno puede reclamar dependencia.
- Usted tiene que proveer prueba de dependencia. La División aceptará como verificación de dependencia su más reciente planillas de declaracion por impuestos federales o estatales. Si no tiene ésta información disponible o insuficiente para probar la posición actual de la dependencia, la División puede considerar una combinación de los siguientes documentos: Certificados de nacimiento, bautizo o matrimonio, licencia(s) de unión civil; certificado de divorcio, disolución, orden de sostenimiento de hijo(a), la orden de anulación o adopción o cualquier otro documento legal. **Por favor envíe fotocopias. No envíe originales.**
- **Usted tiene que proveer las pruebas por dependencia dentro de las seis semanas de la fecha de la reclamación o será ineligible en recibir beneficios por dependencia durante la duración de la reclamación.** Beneficios por dependencia no serán pagados hasta que estos formularios y pruebas requeridas por dependencia sean recibidas por la División.

RECLAMO DE BENEFICIOS POR DEPENDENCIA

Si usted desea reclamar beneficios por dependencia, complete los artículos (1) hasta (6) abajo. Envíe su aplicación completada y las pruebas requeridas al:

**Departamento de Labor y Desarrollo de Fuerza Laboral del Estado de New Jersey
Seguro por Desempleo
PO Box 908
Trenton, New Jersey 08625-0908**

1. Nombre: _____ No. Seguro Social: _____
3. ¿Usted está legalmente casado(a) en una unión civil? Sí No ¿Si es sí, su esposo(a)/unión civil está empleado(a)?
 Si No
4. Por favor complete toda la siguiente información:

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES SI ES CASADO(A), LISTE ESPOSO(A) / O LEGALMENTE SACIONADO UNIÓN CIVIL PRIMERO	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACION A USTED	CASADO(A)/ UNIÓN CIVIL		EMPLEADO(A)		PARA USO SOLAMENTE DE LA OFICINA LOCAL			
				SI	NO	SI	NO	ELEGIBLE		VERIFICACION	POR
								SI	NO		

5. Si cualquier dependiente mencionado arriba es mayor de 18 años y asiste a una institución pública o una institución sin fin lucrativo por tiempo completo, por favor indique cual individuo(s) y provea el nombre(s) de la institución(es). _____

6. Yo certifico que mi testimonio es verdadero y comprendo que ley provee multas por falsa declaraciones.

Firma: _____ Fecha: _____