

OFICINA DEL EDD
P.O. BOX
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

A V I S O D E P A G O I N D E B I D O

NOMBRE DE SOLICITANTE
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

NÚMEROS DE TELÉFONOS DEL EDD:
ESPAÑOL 1-800-326-8937
INGLÉS 1-800-300-5616

RE: 33 SO:06 PGM:UI

NO. DE S.S.	FECHA DE LA SOLICITUD	CANTIDAD DEBIDA	PAGO INDEBIDO	MULTA	CANTIDAD PERDONADA	FECHA DE ENVÍO
000 00 0000	00 / 00 / 00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 0.00	\$ 00	00 / 00 / 00

UN PAGO INDEBIDO EN LA CANTIDAD DE \$ 000.00 HA SIDO CARGADO A SU CUENTA RELACIONADA CON SU SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO. BENEFICIOS FUERON PAGADOS ANTES DE QUE SE SUPIERA DE QUE UD. HABÍA DEJADO SU TRABAJO SIN RAZONES JUSTIFICADAS.

VEA EL AVISO DE DETERMINACIÓN ADJUNTO

EL PAGO INDEBIDO ES POR LAS SEMANAS QUE TERMINAN EL:
00 / 00 / 00 \$ 0 00 / 00 / 00 \$ 0 00 / 00 / 00 \$ 0 00 / 00 / 00 \$ 0

LA CANTIDAD DE SU PAGO INDEBIDO INCLUYE UNA MULTA CONFORME A LA SECCIÓN 1375.1 DEL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO, EL QUE ESPECÍFICA QUE CUANDO UNA PERSONA HA SIDO PAGADA BENEFICIOS INDEBIDAMENTE, YA SEA POR QUE LA PERSONA EFECTUÓ INTENCIONALMENTE UNA DECLARACIÓN FALSA O NO SUMINISTRÓ INFORMACIÓN PERTINENTE, SE LE IMPONDRÁ UNA MULTA DEL TREINTA POR CIENTO (30%) DE LA SUMA TOTAL DEL PAGO INDEBIDO.

USTED ES RESPONSABLE DE RESTITUIR ESTE PAGO INDEBIDO. EL NO HACERLO PODRÁ RESULTAR EN MEDIDAS LEGALES. HAGA SU CHEQUE O GIRO PAGABLE AL "EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT," INCLUYA SU NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL, Y ENVIÉLO A LA OFICINA A LA DIRECCIÓN INDICADA ARRIBA. SI UD. NO PUEDE PAGAR LA SUMA TOTAL, SE PODRÁ EFECTUAR UN CONVENIO DE RESTITUCIÓN DE PAGOS. NUESTROS EMPLEADOS PUEDEN CONTESTARLE CUALQUIER PREGUNTA ADICIONAL QUE UD. TENGA.

LA SECCIÓN 12419.5 DEL CÓDIGO GUBERNAMENTAL FACULTA AL CONTRALOR DEL ESTADO A PODER RECAUDAR CUALQUIER CANTIDAD QUE UNA PERSONA LE DEBA AL ESTADO, REDUCIÉNDOLA DE LA CANTIDAD QUE EL ESTADO LE DEBA A ESA PERSONA, INCLUYENDO DEL REEMBOLSO DE IMPUESTOS ESTATALES O PREMIOS DE LA LOTERÍA.

APELACIÓN:

SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON TODA O PARTE DE ESTA DECISIÓN, USTED TIENE EL DERECHO DE PRESENTAR UNA APELACIÓN.

PARA APELAR, USTED TIENE QUE EFECTUAR TODOS LOS PASOS SIGUIENTES:

- A. COMPLETAR EL FORMULARIO ADJUNTO DE APELACIÓN (DE 1000M), O ESCRIBIR UNA CARTA, INDICANDO QUE USTED QUIERE APELAR ESTA DECISIÓN. SI USTED ESCRIBE UNA CARTA PARA APELAR, EXPLIQUE LA RAZÓN POR LA CÚAL USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN

DEL DEPARTAMENTO. ESCRIBA SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, EN CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE PRESENTE AL DEPARTAMENTO. (SECCIÓN 5008, DEL CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE CALIFORNIA (CCR), DEL TÍTULO 22).

- B. ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO 1000M, O SU CARTA, A LA DIRECCIÓN DE LA OFICINA, QUE SE INDICA EN LA PRIMER PÁGINA DE ESTA DECISIÓN.
- C. PRESENTAR SU APELACIÓN EN UN PLAZO DE VEINTE (20) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO DE ESTA NOTIFICACIÓN O A MÁS TARDAR EL 10 / 31 / 05.

SU PANFLETO TITULADO, "UNA GUÍA DE LOS BENEFICIOS Y DE LOS SERVICIOS DE EMPLEO," PROPORCIONA MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS APELACIONES. SI USTED NO TIENE UN PANFLETO COMUNÍQUESE A LA OFICINA QUE SE INDICA EN LA PRIMER PÁGINA DE ESTA NOTIFICACIÓN.

INFORMACIÓN REFERENTE A LAS APELACIONES:

CUANDO SE RECIBA SU APELACIÓN, SE EVALUARÁ SU CASO. SI LA DECISIÓN SIGUE IGUAL, ENVIAREMOS SU APELACIÓN A LA OFICINA DE APELACIONES. SI USTED APELA DESPUÉS DEL PLAZO DE 20 DÍAS, USTED TIENE QUE INCLUIR LA RAZÓN DE LA DEMORA. EL/LA JUEZ DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA DETERMINARÁ SI USTED TUVO UNA RAZÓN JUSTIFICADA PARA LA DEMORA. SI EL/LA JUEZ DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA DETERMINA QUE USTED NO TUVO UNA RAZÓN JUSTIFICADA PARA PRESENTAR SU APELACIÓN RETRASADA, SU APELACIÓN SE DARÁ POR TERMINADA.

LA OFICINA DE APELACIONES LE ENVIARÁ UNA CARTA CON LA FECHA, LUGAR Y HORA DE SU AUDIENCIA, ASI COMO UN FOLLETO, QUE EXPLICA LOS PROCEDIMIENTOS DE LA AUDIENCIA DE APELACIONES. EN LA AUDIENCIA, EL/LA JUEZ DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA LE ESCUCHARÁ A USTED, EXAMINARÁ LOS HECHOS, Y TOMARÁ UNA DECISIÓN. USTED PUEDE TENER A UN (A) REPRESENTANTE O A ALGUIEN QUE LE AYUDE.

SI USTED ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS CONTINUOS:

MIENTRAS USTED ESPERA LA DECISIÓN DEL/DE EL/LA JUEZ DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA (ALJ), USTED TIENE QUE CONTINUAR ENVIANDO POR CORREO SUS FORMULARIOS DE SOLICITUD DE BENEFICIOS AL EDD. SI USTED NO RECIBE LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD DE BENEFICIOS, O UN FORMULARIO DE LA OFICINA DE APELACIONES, COMUNÍQUESE A LA OFICINA, QUE SE INDICA EN LA PRIMER PÁGINA DE ESTA NOTIFICACIÓN. SI EL/LA JUEZ DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA DECIDE QUE USTED TIENE DERECHO A RECIBIR BENEFICIOS, SOLAMENTE PODEMOS PAGARLE BENEFICIOS, SI SE RECIBIERON LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD DE BENEFICIOS CONTINUOS, PARA ESA SEMANA.

OTROS SERVICIOS: COMUNÍQUESE CON EL EDD PARA OBTENER INFORMACIÓN ACERCA DE (1) DESPACHOS A EMPLEOS, (2) SEGURO DE INCAPACIDAD, (3) OTROS SERVICIOS QUE OFRECEN OTRAS DEPENDENCIAS/AGENCIAS.