

MUESTRA, este formulario es solo para referencia.

EDD Call Center
PO Box
Ciudad, Estado Código Postal



Fecha de Envío: 00/00/0000
Sólo Para Uso
Del Personal: 000000000
No. de Teléfono
del Solicitante: (000) 000-0000

Nombre del Solicitante
Dirección del Solicitante
Ciudad, Estado Código Postal

NÚMEROS DE TELÉFONO DEL EDD:
Inglés y español 1-800-300-5616
TTY (no-voz) 1-800-815-9387
edd.ca.gov

Aviso de Haber Presentado una Solicitud del Seguro de Desempleo

Usted presentó una solicitud para beneficios por desempleo vigente el **00/00/0000**.

Usted proporcionó la siguiente información:

1. Su último empleador fue: **Nombre del empleador**
Dirección del empleador
Ciudad, Estado, Código Postal
2. El último día que usted trabajó para tal empleador fue el **00/00/0000**.
3. La razón por la cual usted no está trabajando para el empleador indicado arriba es: (La razón que declaró cuando usted presentó su solicitud de beneficios).
4. Usted (está/no está) recibiendo una pensión u otra clase de ingresos que posiblemente puedan deducirse de sus beneficios por desempleo.
5. Usted (está/no está) en condiciones físicas/mentales y disponible para aceptar un empleo de tiempo completo.
6. Usted (está/no está) autorizado para trabajar legalmente en los Estados Unidos.

Revise detenidamente la información anterior.

No se requiere más de su parte si la información es correcta. Nosotros consideramos esta información correcta a menos que usted reporte información contraria dentro de 10 días de la fecha de envío de este aviso. Cualquier contestación después de los 10 días podrá resultar en demora en el pago de beneficios. Para reportar información adicional, llame o envíe su contestación a la dirección indicada arriba. Incluya su nombre y número de Seguro Social en toda la correspondencia que nos envíe.

Aunque las leyes federales y estatales prohíben revelar información sobre su empleo y su solicitud de beneficios por desempleo a su esposo/a, parientes, amigos, partes no interesadas y grupos de interés privado, la legislación federal exige que tal información se ponga a disposición de las agencias estatales y federales de asistencia pública, asistencia médica, CalFresh (anteriormente cupones para comprar comida), vivienda y manutención de hijos.

Usted tiene la opción de cancelar su solicitud de beneficios por desempleo (consulte su Notificación de otorgamiento de beneficios del Seguro de Desempleo para conocer los requisitos de cancelación). Si usted decide cancelar su solicitud de beneficios, **no haga la certificación para beneficios**. Una vez que se le paguen los beneficios, la ley no le permite cancelar su solicitud de beneficios.

Si es elegible para beneficios, puede recibir los pagos a través de una tarjeta de débito o por cheque. Consulte su Guía de los Beneficios y de los Servicios de Empleo, para obtener información acerca de la tarjeta de débito o visite edd.ca.gov/debitcard. Si a usted anteriormente se le emitió una tarjeta de débito y necesita un reemplazo, debe comunicarse con el servicio de atención al cliente de Money Network al 1-800-684-7051.