

نمونه، این صفحه فقط برای ارجاع است.

# State of California

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT  
CENTRALIZED OVERPAYMENT  
PO BOX 980105  
WEST SACRAMENTO CA 95798-0105  
تلفن: 1-866-401-2849

## اطلاعیه مردود شدن مزایا و اضافه پرداخت



ماه/روز/سال تاریخ ارسال پستی:

ماه/روز/سال :BYB  
0000000000 نام پرونده:

نام کوچک نام خانوادگی  
4321 نامتراپا، نابایخ نموند 1234  
شهر من 99999-9999 CA

0000.00 \$ مزایا اضافه پرداخت شده است:  
0000.00 جریمه:  
0000.00 \$ مبلغ سررسید:

بیمه بیکاری برای هفته‌های نشان داده شده در زیر به شما اضافه پرداخت شده‌است. این اداره برای اولین اعلامیه پاسخ دریافت کرد. حقایقی که ما به شما نشان دادیم حقی در مورد میزان مزایایی که به شما پرداخت شده بود نداشتند. تصمیمات بر اساس قانون بیمه بیکاری کالیفرنیا (CUIC) است.

### تصمیم(ها):

1. مزایا مردود می‌شوند یا کاهش می‌یابند، زیرا شما کار کرده‌اید و/یا با مقادیر نشان داده شده در هفته‌های زیر درآمد داشته‌اید..  
مزایا برای هفته‌هایی که «CUIC 1252» در کنار آنها نشان داده شده است، رد می‌شود. مزایا برای هفته‌های «CUIC 1279» (بخش‌های) CUIC 1252 و 1279 کاهش می‌یابند.
2. شما به مدت ### هفته از دریافت مزایا محروم هستید زیرا زمانی که برای هفته(های) نشان داده شده شهادت کتبی دادید، درآمد صحیح خود را گزارش نکردید. این مردودی از ماه/روز/سال (ش‌خ‌ب (CUIC 1257 (a) آغاز می‌شود.

برای بازپرداخت مزایا، شما باید:

- A. یک دعوی معتبر ثبت کنید.
  - B. صلاحیت دریافت مزایا را داشته باشید.
  - C. برای مزایای هر هفته ای که از دریافت آن مردود شده اید، شهادت کتبی بدهید.
- اگر مطالبه مزایا ندارید، این مردودی بعد از 3 سال حذف می‌شود (بخش (d) CUIC 1260).

کارفرما: نام شرکت

---درآمد---

CUIC	مبلغ اضافه پرداخت	مزایای پرداختی	گزارش شده توسط شما	گزارش شده توسط کارفرما	پایان هفته
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال

**نمونه، این صفحه فقط برای ارجاع است.**

شمار پرونده: 0000000000

---درآمد---

CUIC	مبلغ اضافه پرداخت	مزایای پرداختی	گزارش شده توسط شما	گزارش شده توسط کارفرما	پایان هفته
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال
12??	000.00	000.00	.00	000.00	ماه/روز/سال

مبلغی که شما بدهکار هستید 0000 دلار است. 00.30 درصد جریمه در مبلغ بدهی شما لحاظ می شود (بخش 1375.1 CUIC). اگر قادر به پرداخت کل مبلغ نیستید، می توانید برای یک طرح بازپرداخت ماهانه درخواست دهید. مقدار مزایای اضافه پرداختی می تواند از مزایای بیکاری یا از کار افتادگی آینده کسر شود (بخش (d) 1379 CUIC).

همچنین، ایالت ممکن است مبلغی را که شما از بازپرداخت مالیات فدرال (فصل 26، قانون ایالات متحده، بخش (f) 6402)، بازپرداخت مالیات ایالتی، دارایی مطالبه نشده، و برنده شدن های لاتاری (قانون دولت کالیفرنیا، بخش 13419.5))، دریافت کنید، دریافت کند. با عدم پرداخت این اضافه پرداخت، اداره می تواند اقدام قانونی انجام دهد. در این صورت، هزینه این اقدام به مبلغ بدهی شما افزوده می شود (بخش (a)-(c) 1379 CUIC).

**تجدید نظر:**

اگر با تمام یا بخشی از این تصمیم موافق نبودید، حق دارید درخواست تجدید نظر کنید.

برای تجدید نظر، شما باید تمامی موارد زیر را انجام دهید:

- A. فرم درخواست تجدید نظر ضمیمه (DE 1000A) را تکمیل کنید یا نامه ای بنویسید که می خواهید درخواست تجدید نظر کنید. توضیح دهید که چرا با رد صلاحیت ها موافق نیستید. شماره تامین اجتماعی خود را روی نامه خود بنویسید (فصل 22، قوانین و مقررات کالیفرنیا، بخش 5008).
- B. DE 1000A یا نامه خود را به آدرس دفتر مذکور در صفحه اول این اطلاعیه ارسال کنید.
- C. درخواست تجدیدنظر خود را ظرف سی (30) روز از تاریخ پستی این اعلان یا حداکثر تا ماه/روز/سال ارسال کنید (برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست های تجدیدنظر، به پشت اطلاعیه مراجعه کنید).

**سایر خدمات:** برای اطلاعات درباره موارد زیر به وب سایت EDD به [edd.ca.gov](http://edd.ca.gov) مراجعه کنید:  
 (1) ارجاعات شغلی، (2) بیمه از کار افتادگی، (3) سایر خدمات EDD،  
 (4) خدمات ارائه شده توسط سایر ادارات.