



SAMPLE, this page for reference only.

NOTICE OF POTENTIAL OVERPAYMENT

00/00/0000
Date

Field Office Address:

- EDD Call Center
- PO Box
- City, CA ZIP Code

Claimant's Name
Claimant's Address
City, CA ZIP Code

000-00-0000
Social Security Number

The Department has information, shown below, that indicates you may have been overpaid Unemployment Insurance benefits. If you do not provide any facts to the contrary, within ten days, we will assume our information is correct and assess an overpayment of \$000.00.

If you do not agree with this information:

- Write to the above address.
- Telephone 000-000-0000
- The Department has this information:
- The employer(s) listed has given payroll information indicating you did not report all wages earned during weeks you were paid Unemployment Insurance.

<u>EMPLOYER(S)</u>	<u>WEEK ENDING</u>	<u>EARNINGS EMPLOYER REPORTED</u>	<u>EARNINGS YOU REPORTED</u>	<u>BENEFITS PAID</u>
ABC CO.	00/00/00	\$000.00	\$000.00	\$000.00
		\$	\$	\$

- If it is found that you willfully made a false statement or did not reveal pertinent information, a 30 percent cash penalty of \$000.00 must be paid in addition to the amount shown above. Also, the Department will assess a penalty denying future benefits that you might claim, for up to 23 weeks.
- If it is found that the overpayment was not your fault, you may be eligible to have the overpayment waived. To apply for this waiver, complete and return the attached financial statement within ten days.

DEPARTMENT REPRESENTATIVE



MUESTRA, este formulario es solo para referencia.

NOTIFICACIÓN DE LA POSIBILIDAD DE PAGO INDEBIDO

00/00/0000
Fecha

Dirección de la Oficina Local:

- Centro de Llamadas del EDD
PO Box
Ciudad, CA Código Postal
-

Nombre del Solicitante
Dirección del Solicitante
Ciudad, CA Código Postal

000-00-0000
Número de Seguro Social

El Departamento posee información, descrita a continuación que indica que es posible que se le hayan pagado beneficios excesivos del Seguro de Desempleo. Si Ud. no suministra información que demuestre lo contrario, dentro de diez (10) días, asumiremos que nuestra información es correcta y se le asignará un pago indebido en la cantidad de \$000.00.

Si Ud. no está de acuerdo con esta información:

- Escriba a la dirección indicada anteriormente.
- Llame al teléfono 000-000-0000
- El Departamento tiene la siguiente información:

- El(los) empleador(es)/patrón(es) enumerado(s) a continuación nos proporcionó(aron) información de las planillas de pago que indican que Ud. no reportó todos los salarios ganados durante las semanas por las cuales le pagamos beneficios del Seguro de Desempleo.

EMPLEADOR(ES)/ PATRÓN(ES)	SEMANA(S) QUE TERMINA(N)	SALARIOS/JORNALES REPORTADOS POR EL EMPLEADOR	SALARIOS/JORNALES QUE UD. REPORTÓ	BENEFICIOS PAGADOS
ABC CO.	00/00/00	\$000.00	\$000.00	\$000.00
		\$	\$	\$

- Si es determinado que Ud. efectuó una declaración falsa intencionalmente o que Ud. no suministró información pertinente. Ud. será responsable por la cantidad indicada anteriormente, más una multa del 30% en dinero efectivo de \$000.00. Además, el Departamento está obligado a imponerle una sanción administrativa que podrá afectar su derecho a recibir beneficios por un período máximo de 23 semanas.
- Si es determinado que Ud. recibió un pago indebido sin tener culpa de su parte, Ud. podrá tener derecho de que el Departamento desista de que Ud. restituya el pago indebido. Para solicitar tal trámite, complete y regrese la declaración financiera adjunta dentro de diez (10) días.

REPRESENTANTE DEL DEPARTAMENTO