Employment Development Department
State of California

SSN: _____

CED: _____

Mailing Date: _____

Form Code: _____

Notice of Right to Continue Paid Family Leave (PFL) Benefits Pending Appeal

IF YOU DO NOT WISH TO APPEAL, DISREGARD THIS NOTICE.

TO APPEAL THIS NOTICE OF DETERMINATION, COMPLETE THIS FORM AND THE APPEAL FORM (DE 1000A); OR YOU MAY SUBMIT YOUR OWN LETTER OF APPEAL WITH THIS FORM.
(Basis: California Code of Regulations, title 22, section 2706-7)

If you file an appeal, choose one of the options below by checking the appropriate box:

☐ I request that the PFL program pay me benefits pending the decision on my appeal. I understand that if I do not win my appeal, I may be required to repay these benefits unless it would be against equity and good conscience to require payment. In addition, I understand that if I lose this appeal with the Department but decide to pursue it further with the Appeals Board, the PFL program will not continue to pay me during that process.

OR

☐ I request that the PFL program withhold my benefits pending the decision on my appeal. I understand that if I win my appeal, I will receive benefits for the time period to which I previously certified on my PFL claim form as long as I meet all other eligibility requirements.

SIGN, DATE, AND ATTACH THIS FORM TO YOUR APPEAL LETTER OR FORM. MAIL THEM TO THE OFFICE ADDRESS SHOWN BELOW.

Your Signature: _____ Date: _____

Paid Family Leave Office
PO Box 997017
Sacramento, CA 95899-7017

Phone: 1-877-238-4373

Employment Development Department
State of California

№ del Seguro Social: _____

CED: _____

Fecha de Envío: _____

Código del Formulario: _____

Aviso del Derecho a Continuar Recibiendo Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) Pendiente el Resultado de su Apelación

SI USTED NO DESEA APELAR, NO PONGA ATENCIÓN A ESTE AVISO.

PARA APELAR ESTE AVISO DE DETERMINACIÓN, COMPLETE ESTE FORMULARIO Y EL FORMULARIO DE APELACIÓN (DE 1000A) O USTED PUEDE PRESENTAR SU PROPIA CARTA DE APELACIÓN CON ESTE FORMULARIO.
(Conforme: Código de Regulaciones de California, Titulo 22, Sección 2706-7)

Si Ud. presenta a tiempo una apelación, escoga una de las opciones siguientes y marque la casilla apropiada.

☐ Yo pido que el programa (PFL) me pague beneficios mientras esté pendiente la decisión de mi apelación. Tengo entendido que si no gano la apelación, podré ser responsible por restituir tales beneficios, a menos de que sea determinado de que la restitución de dicho dinero es contraria a la equidad y buena fe. Además, comprendo de que si pierdo la apelación con el Departamento pero decido continuar apelando a la Junta de Apelaciones, el programa PFL no me continuará pagando beneficios durante el transcurso de ese proceso.

O

☐ Yo pido que el programa (PFL) retenga mis beneficios mientras esté pendiente la decisión de mi apelación. Tengo entendido de que si gano mi apelación, se me pagará solamente por el período a que tenga derecho y por el cual presenté las certificaciones PFL y en el que también reuní todos los otros requisitos.

FIRME, FECHE, Y ENVIE ESTE FORMULARIO CON SU FORMULARIO DE APELACIÓN O SU CARTA A LA DIRECCIÓN INDICADA ABAJO.

Para Muestra Solamente
Complete la versión escrita en inglés.

Su Firma: _____ Fecha: _____

Paid Family Leave Office
PO Box 997017
Sacramento, CA 95899-7017

Teléfono: 1-877-379-3819