

MUESTRA, este formulario es solo para referencia.

Respuesta al Posible Sobrepago de Beneficios y Sanción por Haber Hecho una Declaración Falsa

Fecha de envío: MM/DD/YYYY

Nombre: FIRSTNAME M LASTNAME

No. del Caso: 000000000

Use este formulario para corregir información incorrecta u ofrecer más información sobre su posible sobrepago o sanción por haber hecho una declaración falsa.

Complete y devuelva este formulario para la fecha indicada abajo **si no está de acuerdo** con los ingresos reportados por sus empleadores o si hay algo más que se debería tomar en cuenta, como información sobre la posible declaración falsa. Adjunte copias de cualquier registro que respalde la información que proporcione (por ejemplo, fichas de control o talones de pago que indiquen los ingresos recibidos durante las semanas pertinentes).

Si no recibimos su formulario de respuesta para MM/DD/YYYY, tomaremos una decisión basada en la información que está disponible, incluida la información proporcionada por su empleador. Si necesita más tiempo, llámenos al 1-866-401-2849 para ampliar el plazo.

Información sobre su empleo y sus ingresos

Empleador: _____

Primer día de trabajo: _____ Último día de trabajo: _____

Información sobre sus ingresos u otros hechos importantes: _____

Información sobre su posible declaración falsa

Conteste las siguientes preguntas para decirnos por qué cree que su declaración es correcta. Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información.

1. ¿Dio información incorrecta o retuvo cierta información del EDD?
 Sí No
2. Si dio información incorrecta, ¿sabía que la información era incorrecta en el momento de proporcionarla?
 Sí No
3. Si retuvo cierta información, ¿sabía en ese momento que debía proporcionarla al EDD?
 Sí No
4. Si descubrió que la información que había proporcionado fue incorrecta, ¿intentó comunicárselo al EDD?
 Sí No
5. Si respondió "Sí" a la pregunta 1, ¿por qué retuvo cierta información o proporcionó información incorrecta?

MUESTRA, este formulario es solo para referencia.

No. del Caso: 0000000000

6. ¿Hay más información que desee mencionar?

Yo entiendo que las leyes estatales disponen de multas financieras y semanas de descalificación si deliberadamente retengo información importante o hago declaraciones falsas para recibir beneficios.

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta notificación es verdadera y correcta.

Firma

Fecha

Número de teléfono (de día)

Reembolso de sobrepago de beneficios y cambio de dirección

Si acepta la información reportada por sus empleadores pero no puede pagar todo el sobrepago, puede solicitar un plan de pagos. Complete la siguiente sección y devuelva este formulario en el sobre proporcionado.

() Marque aquí para solicitar un plan de pagos.

Si ha cambiado de dirección, por favor, anote su nueva dirección aquí:

Los cheques y giros postales deben ser pagaderos al Employment Development Department y enviados a la dirección indicada abajo. Anote su número de Seguro Social o su número de cuenta de solicitante del EDD en cada documento, cheque o giro postal. No envíe dinero en efectivo por correo postal.

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT
CENTRALIZED OVERPAYMENT
P.O. BOX 2228
RANCHO CORDOVA, CA 95741-2228

DE1447CO-BZ/S REV. 3 (10-22)

Representante del Departamento: (###/XXX)