

Fecha de envío: 00/00/00

Sólo para uso del personal: 0000
Fecha de inicio del año reglamentario
de la solicitud: 00/00/00

* **Nombre del Solicitante**
Dirección del Solicitante
Ciudad, CA Código Postal

*

Notificación de Posible Sobre pago de Beneficios

Nuestros archivos muestran que es posible que se le haya pagado en exceso **\$00.00** por concepto de beneficios por desempleo. Se entiende por sobre pago de beneficios cuando recibe beneficios a los que no tenía derecho. Si no está de acuerdo con la información de este formulario, debe contactarnos a más tardar en <date> y proporcionar el motivo por el que no está de acuerdo. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que nuestra información es correcta y le enviaremos por correo postal la *Notificación de Sobre pago de Beneficios* con la cantidad que debe reembolsar.

Importante: Si marca la casilla **B** en la parte de abajo de este formulario, puede solicitar una exención del sobre pago de beneficios. Complete y devuelva la *Solicitud para una Exención del Sobre pago* (DE 1446UI/S) anexa a la siguiente dirección o número de fax a más tardar en <date>.

Si no está de acuerdo con la información que aparece en este formulario, comuníquese con nosotros a más tardar en <date>:

- Por correo postal: <Insert Address>
- Por fax: <Insert Fax No.>
- Por teléfono: Inglés o español: 1-800-300-5616
Cantonés: 1-800-547-3506
Mandarín: 1-866-303-0706
Vietnamita: 1-800-547-2058
Servicio de Relevo de California (711): Proporcione el número del UI
(1-800-300-5616) al operador TTY: 1-800-815-9387

Nuestra información muestra que le fueron pagados beneficios, pero:

1. No fueron reducidos con base en los ingresos que usted o su empleador reportaron. Consulte la tabla que aparece a continuación.
2. No fueron reducidos con base en su partición en el Programa de Trabajo Compartido.
3. Posteriormente usted fue descalificado conforme a la sección **000** del Código del Seguro de Desempleo de California.
4. No reportó que fue despedido.
5. No reportó que renunció.
6. No reportó que no estaba dispuesto y disponible para trabajar.
7. No se completó el período mandatorio de una semana de espera.
8. Trabajó y no reportó sus ingresos.
9. Su cantidad de beneficios semanal fue reducida de **\$00.00** a **\$00.00**.
10. Su cantidad máxima de beneficios fue reducida de **\$00.00** a **\$00.00**.
11. Otra causa:

Información importante en el reverso de esta notificación.

Su empleador ha proporcionado la siguiente información:

NOMBRE DEL EMPLEADOR: Nombre del Empleador

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Dirección del Empleador

ÚLTIMO DÍA QUE USTED TRABAJÓ: 00/00/00

MOTIVO DE LA SEPARACIÓN LABORAL:

FECHA EN QUE TERMINA LA SEMANA	INGRESOS QUE REPORTÓ EL EMPLEADOR	INGRESOS QUE USTED REPORTÓ	BENEFICIOS PAGADOS
0	\$ 00.00	\$ 00.00	\$ 00.00
0	\$ 00.00	\$ 00.00	\$ 00.00
0	\$ 00.00	\$ 00.00	\$ 00.00
0	\$ 00.00	\$ 00.00	\$ 00.00
0	\$ 00.00	\$ 00.00	\$ 00.00
0	\$ 00.00	\$ 00.00	\$ 00.00

Revise las semanas adicionales que se adjuntan.

- A. Si determinamos que usted dio intencionalmente información falsa u oculto información, el sobrepago se considerará fraude. Deberá pagar una multa del 30 por ciento de \$00.00, además de la cantidad indicada en la parte de arriba. Si desea proporcionar información sobre esta posible declaración falsa, responda las preguntas en la *Notificación de Posible Declaración Falsa* anexa, firme y escriba la fecha en la notificación, y devuélvala al EDD.
- B. Puede solicitar una exención del sobrepago de beneficios. Complete el formulario anexo titulado *Solicitud para una Exención de Sobrepago* (DE 1446UI/S) y devuélvalo a la dirección o número de fax anteriormente mencionados a más tardar en <date>.

SUS DT: B ()