

예시, 이 페이지는 참조용입니다.

State of California

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

혜택 거부 및 과다 지급 통지



이름 중간 이름 성:
1234 SAMPLE ST APT 4321
시CA99999-9999

우편 발송일자: MM/DD/YY

BYB: MM/DD/YY
사례 번호: 0000000000

과다 지급 혜택: \$ 0000.00
벌금: 0000.00
지불액: \$ 0000.00

귀하는 아래에 표시된 주간 동안 실업보험을 과다 지급받았습니다. 고용개발국은 첫 번째 통지에 대한 응답을 받았습니. 고용개발국이 가지고 있는 정보에 의하면 귀하는 지급받은 혜택 금액에 대한 권리가 없습니다. 결정은 캘리포니아 실업보험법(CUIC) 을 기반으로 하고 있습니다.

결정:

- 귀하는 아래에 표시된 주간 동안 일을 했거나 소득이 있었기 때문에 혜택이 거부되거나 삭감되었습니다. 옆에 "CUIC 1252"가 표시된 주간에 대한 혜택이 거부되었습니다. "CUIC 1279"가 표시된 주간에 대한 혜택이 거부되었습니다 (CUIC 섹션 1252 및 1279).
- 귀하가 표시된 주간에 대한 증명을 했을 때 정확한 소득을 보고하지 않았기 때문에 ## 주간에 대한 혜택이 거부되었습니다. 이 거부는 MM/DD/YY부터 시작됩니다(CUIC 섹션 1257(a)).

혜택을 다시 지급받으려면, 귀하는:

- 유효한 청구를 제출해야 합니다.
- 혜택을 받을 자격이 있어야 합니다.
- 귀하가 거부된 각 주간에 대한 혜택을 증명해야 합니다.

귀하가 이 혜택을 청구하지 않을 경우, 이 거부는 3년 후에 제거됩니다 (CUIC 섹션 1260(d)).

고용주: 회사 이름

마지막 근무 주간	—소득—		지급된 혜택	과다 지급액	CUIC
	고용주의 보고액	귀하의 보고액			
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??

마지막 근무 주간	—소득—		지급된 혜택	과다 지급액	CUIC
	고용주의 보고액	귀하의 보고액			
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??

귀하가 지불해야 할 금액은 \$ 0000.00 입니다. 귀하가 지불해야 할 금액에는 30%의 벌금이 포함되어 있습니다 (CUIC 섹션 1375.1). 전액을 지불할 수 없는 경우 월별 상환 계획을 요청할 수 있습니다. 과다 지급된 혜택은 미래의 실업 또는 장애 혜택에서 차감될 수 있습니다(CUIC 섹션 1379(d)).

또한, 주에서는 귀하가 지불해야 할 금액을 연방 세금 환급금 (타이틀 26, 미국 연방법전, 섹션 6402(f)), 주 세금 환급금, 미청구 자산, 및 복권 당첨금 (캘리포니아 정부법, 섹션 13419.5)에서 차감할 수 있습니다, 귀하가 이 과다 지급액을 지불하지 않으면, 고용개발국은 법적 조치를 취할 수 있습니다. 그럴 경우, 이 조치의 비용은 귀하가 지불해야 할 금액에 추가됩니다 (CUIC 섹션 1379(a)-(c)).

이의 제기:

귀하가 이 결정의 전부 또는 일부에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 권리가 있습니다.

이의를 제기하려면, 귀하는 다음을 모두 수행해야 합니다:

- A. 동봉된 이의제기 양식(DE 1000A)을 작성하거나 이의제기를 원한다는 서신을 작성하십시오. 자격 실격에 동의하지 않는 경우 그 이유를 설명하십시오. 서신에 사회보장 번호를 기재하십시오 (타이틀 22, 캘리포니아 규정집, 섹션 5008).
- B. 양식DE 1000A 또는 귀하의 서신을 이 통지서의 첫 페이지에 나와 있는 사무실 주소로 우송하십시오.
- C. 이 통지서의 우편 발송 날짜로부터 삼십(30)일 이내에 또는 늦어도MM/DD/YY까지 이의를 제기하십시오 (이의제기에 대한 자세한 정보는 통지서 뒷면을 참조하십시오).

기타 서비스: 다음에 관한 정보는 EDD 웹사이트 edd.ca.gov를 방문하십시오:

- (1) 직업 소개, (2) 장애보험, (3) 기타 EDD 서비스,
- (4) 다른 기관이 제공하는 서비스.