



CLAIMANT ID:

CLAIM ID: 202001

Nombre y Apellido del Reclamante : ,

Fecha de envío del formulario de
averiguación de los hechos :

Número (ID) del reclamante :

Número (ID) de la reclamación : 202001

Número de identificación de asunto relacionado con la determinación que muestra el pago excesivo federal por el cual se solicita la exención:

Fecha de envío por correo postal o distribución la determinación que muestra el pago excesivo federal por el cual usted solicita la exención:

Usted tiene la opción de llenar el formulario de solicitud de exención del reembolso de un pago excesivo porque el Departamento ha determinado que usted recibió un pago excesivo federal no fraudulento relacionado con la pandemia en su cuenta. La Ley CARES y la Ley de Asistencia Continuada autorizaron a los estados y les proporcionaron la opción de dar exenciones relacionadas con los pagos excesivos federales pagados a reclamantes de acuerdo con los programas federales aprobados por la pandemia. El Departamento reconoció las dificultades que muchos floridanos tuvieron que manejar durante esta situación sin precedentes y optó por proporcionar exenciones de los reembolsos de pagos excesivos federales a los reclamantes admisibles que cumplan ciertos criterios específicos recogidos en las leyes y las normas federales. La siguiente información es necesaria para determinar su admisibilidad para ser eximido del reembolso del pago excesivo federal relacionado con la reclamación indicada en la anterior. **Para solicitar la exención del pago excesivo federal, usted tiene que responder las siguientes preguntas y presentar sus respuestas antes de la siguiente fecha: 01/19/2022.** Para que se considere su solicitud de exención del reembolso de un pago excesivo, usted tiene que responder antes de la fecha límite. Cuando se hayan presentado sus respuestas, se tramitará su solicitud y usted recibirá una determinación con información acerca de su admisibilidad respecto a la exención del reembolso del pago excesivo federal. Por favor, espere el tiempo suficiente para que el Departamento tramite su solicitud.

1. ¿Cuál fue la fecha en que se dio cuenta por primera vez que existía este pago excesivo o deuda? _____

2. ¿Presentó usted en este Departamento una apelación para protestar contra los pagos excesivos o deuda? Si No

3. (Si respondió "sí" a la pregunta 2) En el caso de que haya presentado una apelación de la determinación que establecía el pago excesivo, ¿ha recibido usted una decisión del arbitro de apelaciones? Si No

4. ¿Ha pasado ya su fecha límite para apelar la determinación que establece que hay pago excesivo? Sí No

5. ¿Ha realizado algún pago de devolución del pago excesivo? Sí No

6. Si respondió que sí, ¿cuánto y en qué fechas ha pagado? _____

PREGUNTAS RESPECTO A LA EXENCION

1. ¿Proporcionó, a sabiendas, información falsa o no proporcionó cierta información para recibir el pago de sus beneficios? Sí No

2. ¿Reembolsar el pago excesivo le causaría atrasos en sus facturas, una gran dificultad económica, tener que deshacerse de alguna posesión valiosa o empeoraría sus circunstancias? Sí No

3. Entendía razonablemente que era admisible para recibir los pagos proporcionados. Sí No

Certifico que la información que he proporcionado en lo anterior es verdadera y correcta y entiendo que la ley establece sanciones por proporcionar información falsa.

Si su solicitud de exención del reembolso de un pago excesivo es denegada, usted puede solicitar un ajuste del calendario de pago si el reembolso le causaría una gran dificultad económica.