

OFICINA DE APELACIONES
AVISO DE APELACIÓN

Este formulario se puede utilizar para apelar la determinación de un examinador de adjudicaciones. El medio preferido para presentar la apelación de una determinación es CONNECT (que se encuentra en floridajobs.org) o el Centro de Ayuda para la Asistencia de Reempleo (que se encuentra en floridajobs.org/rahelpcenter). Este formulario **no** se debe utilizar para presentar una apelación ante un Tribunal de Apelaciones de Distrito.

AVISO AL RECLAMANTE: Usted tiene que continuar solicitando, aunque se le hayan denegado los beneficios; de lo contrario, cabe la posibilidad de que no se le paguen beneficios adicionales. **Dirija todas las preguntas acerca de su reclamación al (833) 352-7759.**

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre y apellido(s) del reclamante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de identificación del reclamante: _____

Últimos cuatro dígitos del seguro social del reclamante: _____

Nombre del empleador (si corresponde): _____

Número de cuenta del empleador (si se sabe): _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona contacto del empleador: _____ Teléfono: _____

REPRESENTANTE – Si está presentando la apelación a nombre de una de las partes, informe lo siguiente:

Nombre y apellido(s) del representante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona contacto: _____ Teléfono: _____

DECLARACIÓN DE AUDIENCIA DE APELACIÓN Y SOLICITUD DE AUDIENCIA

ESTOY APELANDO LA DETERMINACIÓN CON FECHA DEL _____. El número de identificación de asunto de la determinación es _____. (Adjunte copia si está disponible). Las apelaciones se tienen que presentar dentro del plazo de 20 días calendario después de la fecha de la determinación. De no ser así, indique la razón por la cual se presenta tardíamente. Si se envía por correo postal, la fecha de presentación será la fecha del matasellos del correo; si se envía por fax, la fecha de presentación será la fecha estampada en el documento por el sistema de fax del Departamento o de la Comisión; si se envía por correo electrónico, la fecha de presentación será la fecha de envío, según se registre en el mensaje de correo electrónico; si se envía por CONNECT, la fecha de presentación será la fecha en la que se reciba en CONNECT; si se envía por el Centro de Ayuda para la Asistencia de Reempleo, la fecha de presentación será la fecha en la que se reciba en el Centro de Ayuda; si se entrega en persona, la fecha de presentación será la fecha en la que se entregue en persona.

No estoy de acuerdo con la determinación porque: _____

(Si corresponde) Mi apelación se presentó tardíamente porque: _____

I. TRADUCCIÓN

() Necesito un intérprete. Especifique el idioma: _____

o

() No necesito un intérprete.

II. TESTIGOS

¿Tiene previsto llamar testigos para declarar en la audiencia? **SÍ / NO** (circule uno)

¿Se solicitarán órdenes de comparecencia para alguno de los testigos? **SÍ / NO** (circule uno)

III. REPRESENTACIÓN

¿Se representará usted mismo en la audiencia? **SÍ / NO** (circule uno)

Si marcó **NO**, indique el nombre y el número telefónico de su representante autorizado:

Nombre del representante	Número telefónico

IV. PRUEBAS

¿Tiene usted documentos o pruebas que tenga la intención de utilizar en la audiencia: **SÍ / NO** (circule uno)

Si marcó **SÍ**, usted es responsable de presentar los documentos o las pruebas de acuerdo con las instrucciones que se le proporcionarán en el *Aviso de Audiencia de Apelación*.

Firma: _____ Nombre y apellido(s): _____ Fecha: _____
(en letra de molde)

Soy el: () reclamante, () representante del reclamante, () empleador, () representante del empleador

ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO POSTAL O POR FAX A:

**DEO Office of Appeals
PO Box 5250
Tallahassee, FL 32399
Fax: (850) 617-6504**

ENTREGUE ESTE FORMULARIO EN PERSONA O POR SERVICIO DE MENSAJERÍA A:

**DEO Office of Appeals
MSC 347
107 E. Madison Street
Tallahassee, FL 32399**

*** DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

La información que usted le proporciona a este departamento es voluntaria y confidencial, pero se requiere para tramitar su reclamación. Conforme al Código de Rentas Internas de 1986, la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y el Artículo 443.091(1)(h), Leyes de Florida, la divulgación de su número de seguro social es obligatoria. El departamento utilizará los números de seguro social para informar al Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) los beneficios que usted recibe como ingresos por los cuales posiblemente tenga que pagar impuestos sobre las rentas. Conforme a la Ley de Reducción del Déficit Federal, una enmienda a la Ley Federal del Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted proporcione está sujeta a la verificación mediante programas informáticos de cotejo y cabe la posibilidad de que la información acerca de sus salarios y de su reclamación se les proporcione a otras agencias federales, estatales o locales o a sus contratistas para la verificación de su admisibilidad de acuerdo con otros programas gubernamentales para tener certeza de que los beneficios se han pagado adecuadamente y a efectos estadísticos e investigativos.

Empleador o programa de igualdad de oportunidades. El departamento cuenta con dispositivos y servicios auxiliares disponibles para las personas con discapacidades que los soliciten.