



Unemployment Benefit Overpayment Coupon

Nombre: _____ Teléfono: _____ Cantidad pagada: \$ _____

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | - | | | - | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Escriba su número de Seguro Social en los bloques anteriores.

Compruebe cheque / giro postal a nombre del Fondo Fiduciario de Compensación por Desempleo.

Envíe este cupón con su cheque / giro postal a la siguiente dirección:

Benefit Payment Control
P. O. Drawer 5050
Tallahassee, FL 32314-5050

DEO Declaración de privacidad

<http://www.floridajobs.org/about-us/who-we-are-and-what-we-do/departments-privacy-statement>