

OFICINA DE APELACIONES
AVISO DE APELACIÓN

Este **formulario** puede utilizarse para apelar la determinación de un examinador de adjudicación. El método preferido para presentar la apelación a su determinación es a través de CONNECT (ubicado en floridajobs.org). Este **formulario** no debe ser usado en la presentación de una apelación ante un Tribunal de Apelaciones de Distrito.

AVISO A LOS RECLAMANTES: Usted debe continuar solicitando, aunque le hayan negado los beneficios; de lo contrario, podrían dejar de pagarle los beneficios adicionales. **Dirija todas las preguntas acerca de su reclamación al (800) 204-2418.**

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre y apellido del reclamante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Seguro Social del reclamante: _____

Nombre y apellido del empleador (si corresponde): _____

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

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona-Contacto en el empleador: _____ Teléfono: _____

REPRESENTANTE – Si está haciendo la presentación en nombre de una de las partes, informe lo siguiente:

Nombre y apellido del representante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona-Contacto: _____ Teléfono: _____

DECLARACIÓN DE AUDIENCIA DE APELACIÓN Y SOLICITUD DE AUDIENCIA
ESTOY APELANDO LA DETERMINACIÓN FECHADA EL DÍA _____. El número de
identificación del asunto de la determinación es _____ (Adjunte copia si está disponible).

Las apelaciones deben presentarse dentro de los 20 días calendario desde la fecha de la determinación. Si no lo hace así, exponga la razón por la cual se presenta fuera de tiempo. Si se envía por correo postal, la fecha de la presentación se basará en el matasellos de correos; 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 registra en el mensaje de correo electrónico; si se somete a través de CONNECT, la fecha de presentación será la fecha en que se recibió en CONNECT; y si se entrega en persona, la fecha de presentación será la fecha en que fue entregada en persona.

No estoy de acuerdo con la determinación porque: _____

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

I. TRADUCCIÓN

() Necesito intérprete. Especificar el idioma: _____.

O

() No necesito intérprete.

II. TESTIGOS

¿Tiene previsto llamar a algún testigo para declarar en la audiencia? **SÍ / NO** (marque con un círculo)
¿Se solicitarán citatorios para alguno de los testigos? **SÍ / NO** (marque con un círculo)

III. REPRESENTACIÓN

¿Usted se representará a sí mismo en la audiencia? **SÍ / NO** (marque con un círculo)
Si seleccionó “no”, indique el nombre y número de teléfono de su representante autorizado.

Nombre del representante	Número de teléfono

IV. PRUEBAS

¿Tiene Usted algún documento o pruebas que planea utilizar en la audiencia? **SÍ / NO** (marque con un círculo)
Si seleccionó “sí”, es su responsabilidad someter los documentos o las pruebas de acuerdo con las instrucciones que se le proveerán en la *Notificación de Audiencia de Apelación*.

Firma: _____ Nombre y apellido en letra de molde: _____ Fecha: _____
Soy: () el reclamante; () el representante del reclamante; () el empleador; () el representante del empleador

ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO ELECTRÓNICO A:
RA.AppealsClerks@deo.myflorida.com

O

ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO POSTAL O POR FAX A:

D.E.O. Office of Appeals
PO Box 5250
Tallahassee, FL 32399
Fax: (850) 617-6504

ENVÍE ESTE FORMULARIO EN PERSONA O POR SERVICIO DE ENTREGAS A:

D.E.O. 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 la requiere para procesar su reclamación. Conforme al Código de Rentas Internas de 1986, la Ley de Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y la ley 443.091(1)(h), Leyes de Florida, es obligatoria la revelación de su número de Seguro Social. Los números de Seguro Social serán utilizados por el departamento para informar al Servicio de Rentas Internas (IRS) los beneficios que usted recibe como un ingreso potencial imponible. De acuerdo con 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 ser verificada a través de programas informáticos de cotejo y la información acerca de sus salarios y reclamación podría proveerse a otras agencias federales, estatales o locales o sus contratistas para verificación de los derechos bajo otros programas de gobierno para asegurar que los beneficios se han pagado adecuadamente y con propósitos estadísticos y de investigación.

Empleador/programa de igualdad de oportunidades. Los dispositivos y servicios auxiliares se encuentran disponibles para las personas con discapacidades que los soliciten.