

# La Asistencia de Reempleo

## Apelaciones



**GENERALIDADES:** Los reclamantes que no estén de acuerdo con la notificación de la admisibilidad respecto a la asistencia de reempleo tienen la opción de solicitar una apelación dentro de los 20 días calendario después de la fecha de distribución de la notificación. Para acceder al formulario de Aviso de Apelación, haga [clic aquí](#).

**CÓMO VER LA NOTIFICACIÓN:** Los reclamantes cuentan con múltiples opciones para ver las notificaciones de admisibilidad o de inadmisibilidad. Las opciones incluyen:

- la bandeja de entrada del reclamante en CONNECT;
- el correo de EE. UU., si el reclamante seleccionó este medio de correspondencia como su medio preferido en su cuenta de CONNECT o
- la sección "Determinación, Asuntos pendientes y Resumen de la decisión" de la cuenta de Asistencia de Reempleo del reclamante..

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN:** Si un reclamante no está de acuerdo con una notificación de inadmisibilidad emitida en relación con su reclamación de asistencia de reempleo, tiene el derecho de presentar una apelación. Toda solicitud de una audiencia de apelación se debe presentar dentro de los 20 días calendario después de la fecha de distribución indicada en la determinación. Si el día número 20 es sábado, domingo o feriado legal, la apelación se puede presentar el próximo día hábil. Los reclamantes pueden presentar su solicitud de apelación:

- Seleccionando el número de identificación de asunto en la pantalla "Determinación, Asuntos pendientes y Resumen de la decisión", que se encuentra en su cuenta de Asistencia de Reempleo.
- Enviando [el formulario de Aviso de Apelación](#), por fax, a la Oficina del Secretario Asistente de Apelaciones al 850-617-6504.
- Enviando [el formulario de Aviso de Apelación](#), por correo, a:

The Florida Department of Economic Opportunity  
Office of Appeals  
PO Box 5250  
Tallahassee, FL 32399

**INFORMACIÓN ADICIONAL:** Si tiene más preguntas acerca de la presentación de una apelación o acerca de una solicitud de apelación pendiente, sírvase visitar el Centro de Ayuda para la Asistencia de Reempleo, en [FloridaJobs.org/RAHelpCenter](http://FloridaJobs.org/RAHelpCenter).

**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](http://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.

Formulario: Notice of Appeal  
Form # DEO - A100(S) (11/18)  
Regla 73B-20.003, F.A.C.