

SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN/APELACIÓN

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Unemployment Insurance Program
P.O. Box 29225, Mail Drop 5895, Phoenix, AZ 85038
Fax (602) 364-1210 or (520) 770-3357

Mi dirección

En el caso de la reclamación de:

Nombre del solicitante (*Apellido, Nombre, S.I.*)

Núm. Seg. Soc. _____

Nombre del empleador _____

Yo no estoy de acuerdo con la determinación del representante con fecha _____ relacionada con el asunto de: _____ y alego que es un error por las siguientes razones:

También no estoy de acuerdo con la determinación de sobrepago con fecha _____ generada por la determinación del representante anterior.

Si la solicitud no es oportuna, indique el motivo: _____

¿Desea que el Departamento reconsidere su determinación(es) antes de enviar su solicitud a la Oficina de Apelaciones?

Sí, solicito una reconsideración. Si se deniega, mi solicitud se enviará a la Oficina de Apelaciones como apelación.

Estoy apelando una determinación de UI regular

Estoy apelando una determinación de PUA

No, deseo que mi solicitud se envíe directamente a la Oficina de Apelaciones para que se procese como una apelación.

Firma _____ Fecha _____

AVISO: Si todavía está desempleado y desea reclamar beneficios, continúe presentando reclamos hasta que se resuelva esta solicitud.

This document affects your eligibility for Unemployment Insurance. If you do not read Spanish, contact your local office of Arizona Rapid Reemployment Access (ARRA) at 602-364-2722 (Maricopa county) 520-791-2722 (Pima county) or 877-600-2722 (Everywhere else).

DETÉNGASE AQUÍ. EL DEPARTAMENTO LLENARÁ LA SIGUIENTE SECCIÓN.

REQUEST FILED:

In person on (*Date*) _____ By mail postmarked on (*Date*) _____ (envelope attached)

Received at _____ on _____

Claimant requests an interpreter Yes (*Language*) _____ No Information not available

Vea el reverso para la declaración de EOE/ADA

AVISO AL APELANTE EN CUANTO A SU RECONSIDERACIÓN

Su solicitud ha sido revisada y se emitirá una determinación del representante reconsiderada.

Su solicitud de reconsideración ha sido denegada en *(Fecha)* _____ y esta acción se remitirá a la Oficina de Apelaciones. La fecha y el lugar específicos para su audiencia de apelación se proporcionarán en una comunicación separada. La audiencia se llevará a cabo en inglés *(a menos de que pida un intérprete)*.

Por (Representante del Departamento) _____ *Aprobado (Gerente de UI)* _____

PAU-174 Resolution Code _____ Issue ID _____ Program Code _____