

Programa de Seguro por Desempleo  
 Benefit Payment Control Unit, P.O. Box 6123, Mail Drop 58N1, Phoenix, Arizona 85005-6123  
 Teléfono: 602-364-4300

## SOLICITUD DE EXENCIÓN DE SOBREPAGO

Para que se le considere para una exención de sobrepago, llene este formulario y envíelo a la Unidad de Control de Pago de Beneficios (BPC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES, por sus siglas en inglés), por correo electrónico a [UIWaiverRequests@azdes.gov](mailto:UIWaiverRequests@azdes.gov). Si tiene alguna pregunta, llame a BPC al (602) 364-4300. DES le avisará por escrito de la decisión acerca de su solicitud de exención. Si su solicitud de exención es denegada, tendrá la oportunidad de apelar la decisión. Si su solicitud de exención es aprobada, recibirá un aviso de aprobación de la exención. **Tenga en cuenta** que si tiene más de un sobrepago, tiene que presentar una solicitud de exención por cada sobrepago.

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE *(Llene todo el formulario)*

Nombre *(Apellido, Nombre, S.I.)*: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: xxx-xxx-\_\_\_\_\_  
*(Ingrese sólo los últimos cuatro números de su Seguro Social)* ID del reclamante: \_\_\_\_\_  
*(Que aparece en su reclamo)*  
 Domicilio *(Núm., calle, apto., P.O. Box)*: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SOBREPAGO

*(Consulte el Aviso de Determinación de Sobrepago para obtener esta información o comuníquese con BPC al (602) 364-4300)*

Cantidad del sobrepago: \_\_\_\_\_ Clasificación del sobrepago: \_\_\_\_\_  
 Sobrepago de beneficios por la(s) semana(s) que termina(n) en: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

**Para ser considerado para una exención de reembolso, tiene que contestar a cada una de las preguntas siguientes. *(Importante: no deje ninguna pregunta en blanco)***

1. Pensé que era elegible para recibir los beneficios que solicité, y no solicité a sabiendas o intencionalmente beneficios para los que no era elegible.  
 Sí      No
2. Sería extremadamente difícil para mí devolver parte o la totalidad del dinero ahora porque usé todo ese dinero en necesidades tales como alquiler/hipoteca, servicios públicos, alimentos y gastos médicos para ayudar a mantenerme a mí mismo/mi hogar. *(Si contestó "Sí", proporcione más detalles a continuación)*  
 Sí      No
3. Según las circunstancias, sería extremadamente injusto y causaría serias dificultades para mí y para mi hogar pedirme que devolviera el dinero.. *(Si contestó "Sí", proporcione más detalles a continuación)*  
 Sí      No

**A continuación, explique detalladamente por qué solicita la exención y por qué no puede devolver el sobrepago.**

---

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender, y que no he retenido ninguna información que pudiera ser considerada en mi solicitud de exención.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office