

SAMPOL, sanggunian lamang ang pahinang ito.

State of California

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT
CENTRALIZED OVERPAYMENT
PO BOX 980105
WEST SACRAMENTO CA 95798-0105
Telepono: 1-866-401-2849

Paunawa ng Pagtangi ng mga Benepisyo at Labis na Pagbabayad

|||||

PANGALAN GITNANG INISYAL APELYIDO
1234 SAMPOL NA KALYE APT 4321
AKING LUNGSOD CA 99999-9999

Petsang Ipinadala: MM/DD/YY

BYB: MM/DD/YY

___ **Kaso Blg:** 0000000000

Labis na Ibinayad na mga Benepisyo: \$ 0000.00

Multa: 0000.00

Halagang Dapat Bayaran: \$ 0000.00

Labis ang ibinayad sa inyong Unemployment Insurance (Seguro sa Pagkawala ng Trabaho) para sa mga linggong ipinapakita sa ibaba. Nakatanggap ng tugon ang kagawaran sa unang paunawa. Ipinapakita sa impormasyong mayroon kami na wala kayong karapatan sa halaga ng mga benepisyong ibinayad sa inyo. Ang mga desisyon ay batay sa California Unemployment Insurance Code (CUIC, Kodigo ng Seguro sa Pagkawala ng Trabaho sa California).

(MGA) DESISYON:

1. Tinanggihan o binawasan ang mga benepisyo dahil nagtrabaho kayo at/o nagkaroon ng mga kita sa mga halagang ipinapakita para sa mga linggo sa ibaba.
Tinanggihan ang mga benepisyo para sa mga linggong ipinapakita na may kasamang "CUIC 1252". Binabawasan ang mga benepisyo para sa mga linggo na may "CUIC 1279" (CUIC (mga) seksyon 1252 at 1279).
2. Tinanggihan kayo ng mga benepisyo ng ## linggo dahil hindi kayo nag-ulat ng tamang kita noong nagsertipika kayo para sa mga benepisyo para sa (mga) ipinakitang linggo. Magsisimula ang pagtangi na ito sa **MM/DD/YY** (CUIC seksyon 1257(a)).

Upang muling mabayaran ng mga benepisyo, kailangan ninyong:

- A. Maghain ng balidong claim.
- B. Maging karapat-dapat para sa mga benepisyo.
- C. Magsertipika para sa mga benepisyo para sa bawat linggong tinanggihan kayo.

Kung hindi ninyo ike-claim ang mga benepisyo, aalisin ang pagtangi na ito pagkatapos ng 3 taon (CUIC seksyon 1260(d)).

Employer: ANG PANGALAN NG KUMpanya

---Mga Kita---

<u>Nagtatapos na Linggo</u>	<u>Iniulat ng Employer</u>	<u>Iniulat Ninyo</u>	<u>Mga Ibinayad na Benepisyo</u>	<u>Halaga ng Labis na Ibinayad</u>	<u>CUIC</u>
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??

SAMPOL, sanggunian lamang ang pahinang ito.

Kaso Blg: 000000000

Nagtatapos na Linggo	---Mga Kita---		Mga Ibinayad na Benepisyo	Halaga ng Labis na Ibinayad	CUIC
	Iniulat ng Employer	Iniulat Ninyo			
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??
MM/DD/YY	000.00	.00	000.00	000.00	12??

Ang halagang pagkakautang ninyo ay \$ 0000.00. Kasama ang 30 porsyentong multa sa halagang pagkakautang ninyo (CUIC seksyon 1375.1). Maaari kayong humiling ng plano ng buwanang pagbabayad kung hindi kayang bayaran ang buong halaga. Ang halaga ng mga labis na ibinayad na benepisyo ay maaaring kunin mula sa mga benepisyo sa pagkawala ng trabaho o kapansanan sa hinaharap (CUIC seksyon 1379(d)).

Bukod dito, maaaring kunin ng estado ang halagang pagkakautang ninyo mula sa mga pederal na refund sa buwis (Title 26, United States Code (Kodigo ng Estados Unidos), seksyon 6402(f)), mga refund sa buwis ng estado, hindi nai-claim na ari-arian, at mga napanalunan sa loterya (California Government Code (Kodigo ng Pamahalaan ng California)), seksyon 13419.5), Kung hindi ninyo babayaran ang labis na ibinayad na ito, maaaring gumawa ng legal na aksyon ang Kagawaran. Kung gayon, idadagdag ang gastos sa aksyong ito sa halagang pagkakautang ninyo (CUIC seksyon 1379(a)-(c)).

APELA:

May karapatan kayong maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa lahat o bahagi ng desisyong ito.

Upang iapela, **kailangan ninyong gawin ang lahat ng mga sumusunod:**

- Kumpetuhin ang kalakip na form ng apela (DE 1000A) o sumula ng liham na nagsasaad na kayo ay nagnanais ng apela. Ipaliwanag kung pakit hindi kayo sumasang-ayon sa mga diskuwalipikasyon. Isulat ang inyong Social Security number sa inyong sulat (Title 22, California Code of Regulations (Kodigo ng mga Regulasyon ng California, seksyon 5008).
- Ipadala ang DE 1000A o ang inyong sulat sa address ng tanggapan na nakalista sa unang pahina ng paunang ito.
- Ihain ang inyong apela sa loob ng tatlung (30) araw mula sa petsa ng pagpapadala ng paunawang ito o hindi lalampas ng MM/DD/YY (Tingnan ang likod ng paunawa para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga apela).

IBA PANG MGA SERBISYO: Bisitahin ang website ng EDD sa edd.ca.gov para sa impormasyon tungkol sa (1) mga referral sa trabaho, (2) disability insurance (seguro para sa kapansanan), (3) iba pang mga serbisyo ng EDD, (4) mga serbisyong inihahandog ng iba pang mga ahensya.

DE 1480Z/T REV. 1 (12-21)

(###/AAA)