



Date
Claimant/Employee Name
Social Security Number XXX-XX-
EDD Field Office

**BACK PAY AWARD INFORMATION REQUEST**

Employer or Claimant name and address:

We have been informed that the claimant named above may receive a back pay award. Back pay is considered wages for unemployment insurance purposes and is allocated to the period for which it is awarded. If Unemployment Insurance (UI) benefits have been paid for this period, an overpayment must be established.

If the back pay award agreement stipulates that the employer will reduce the back pay award by the amount of UI benefits paid for that period, section 1382 of the Unemployment Insurance Code requires the employer to repay the benefits to the Employment Development Department (EDD). Information regarding the amount of UI benefits paid during the period covered by the back pay award may be obtained from the Overpayment Specialist at the EDD office shown above.

The claimant/employee is liable for repayment of the affected UI benefits if the amount of the benefits is not withheld from the award.

Please submit the following information to the EDD office shown above, to enable EDD to determine the amount of UI benefits overpaid, and the party responsible for repayment.

The award was for (check one):		<input type="checkbox"/> Full back pay	<input type="checkbox"/> Settlement
Hourly rate of pay \$	Number of hours worked per week		
Gross amount of back pay award \$	Period covered by award -		
Amount withheld due to UI benefits received \$	Date back pay issued		

**Claimant:** A Notice of Overpayment will be mailed to you, indicating whether or not you are responsible for repayment of the overpayment.

**Employer:** If you reduced the back pay award by the amount of UI benefits received, please mail payment to:

Employment Development Department  
 Document Management Section, MIC 96  
 P.O. Box 826880  
 Sacramento, CA 94280-0001

Include the claimant/employee's name and Social Security number, your Reserve Account number, and indicate that the payment is for a back pay award.

\_\_\_\_\_  
EDD Representative

**MUESTRA**, este formulario es solo para referencia.



## PETICIÓN DE INFORMACIÓN DEL OTORGAMIENTO DE SALARIO ATRASADO

Nombre y dirección del Solicitante de Beneficios o del Empleador:

Fecha
Nombre del Solicitante de Beneficios/Empleador
Número de Seguro Social XXX-XX-
Oficina Local del EDD

Se nos ha informado que el solicitante de beneficios anteriormente mencionado, posiblemente podría recibir un otorgamiento de salario atrasado (back pay award). El salario atrasado se considera salarios para propósitos del seguro de desempleo y se asigna al periodo en el que se otorga. Si se han pagado beneficios del Seguro de Desempleo por este periodo, se establecerá un sobrepago de beneficios.

Si el acuerdo de otorgamiento de salario atrasado estipula que el empleador reducirá el otorgamiento de salario atrasado por la cantidad de beneficios del Seguro de Desempleo pagada por ese periodo, la sección 1382 Del Código del Seguro de Desempleo requiere que el empleador pague tales beneficios al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés). La información relacionada con la cantidad de beneficios del Seguro de Desempleo pagados durante el periodo cubierto por el otorgamiento de salario atrasado, se puede obtener del empleado Especialista en Sobrepago de Beneficios de la oficina del EDD indicada arriba.

El solicitante de beneficios/empleado es responsable por la restitución del pago de beneficios del Seguro de Desempleo si la cantidad de los beneficios no se retiene del otorgamiento de salario atrasado.

Favor de proporcionar la siguiente información a la oficina del EDD indicada arriba para poder permitirle al EDD determinar la cantidad de beneficios del Seguro de Desempleo que se pagaron de más y para también determinar la parte responsable por la restitución del pago.

El pago otorgado fue por (marque uno): <input type="checkbox"/> Salario atrasado completo <input type="checkbox"/> Pago de resolución	
Pago por hora \$	Nº de horas que trabajaba por semana
Cantidad en bruto del otorgamiento de salario atrasado \$	Periodo que cubre el otorgamiento -
Cantidad retenida debido a los beneficios de Seguro de Desempleo recibidos \$	Fecha en que se emitió el salario atrasado

**Solicitante de Beneficios:** Se le enviará un Aviso de Sobrepago de Beneficios indicando si Ud. es responsable o no por la restitución del sobrepago de beneficios.

**Empleador:** Si Ud. redujo el otorgamiento de salario atrasado por la cantidad de beneficios del Seguro de Desempleo recibidos por el solicitante de beneficios, favor de enviar el pago a la siguiente dirección:

Employment Development Department  
Document Management Section, MIC 96  
P.O. Box 826880  
Sacramento, CA 94280-0001

Incluya el nombre y número de Seguro Social del solicitante de beneficios/empleado y su número de Cuenta de Reserva, e indique que el pago representa el otorgamiento de salario atrasado.

\_\_\_\_\_  
Representante de EDD

- English version on other side -