

サンプル、この頁は、参照用のためのみのものです。

# State of California

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

## 給付の否認及び過払いの通知



名 ミドルネーム 姓  
1234 サンプルストリート アパートメント 4321  
私の市の名称 CA 99999-9999

郵送日: 月/日/年

BYB: 月/日/年  
\_\_\_ 案件番号: 0000000000

過払い給付: \$ 0000.00  
ペナルティ: 0000.00  
支払うべき金額: \$ 0000.00

あなたに対し、以下に示すの数週間にわたり、失業保険が過払いされました。当局は、最初の通知に対する回答を受領しました。当局が保有している事実は、あなたが支払を受けた給付額に係る権利を有していなかったことを示しています。これらの決定は、カリフォルニア 失業保険法 (CUIC) に基づくものです。

### 決定:

- あなたが以下に示される複数の週に働くとともに、記載されている所得を得た、又はその一方であったため、給付が否認又は減額されます。  
「CUIC 1252」との表示とともに、その隣に記載されている複数の週について給付が否認されています。  
「CUIC 1279」(CUIC第1252条及び1279条)に基づき、給付が数週間分減額されています。
- に示されてい(複数の)週に係る給付を認定された際に、正しい収益を報告されなかったことから ## 週間分の給付が否認されています。この否認は、次の期日から開始されるものです 月/日/年 (CUIC 第1257条 (a))。

給付の支払いを改めて受領するために、あなたは次の事項を実施しなければなりません:

- 有効な請求を提出すること。
- 給付の対象適格であること。
- 否認された各々の週について給付を認定すること。

給付を請求されない場合、この否認は、3年後に削除されることとなります (CUIC 第1260条 (d))。

雇用主: 当該会社名

--- 所得 ---

以下の日に終了する週	雇用主が報告したもの	あなたが報告したもの	支払済の給付	過払い金額	CUIC
月/日/年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月/日/年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月/日/年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月/日/年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月/日/年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月/日/年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月/日/年	000.00	.00	000.00	000.00	12??

# サンプル、この頁は、参照用のためのみのものです。

案件番号 : 000000000

---所得---

以下の日に終了する週	雇用主が報告したもの	あなたが報告したもの	支払済の給付	過払い金額	CUIC
月月/日日/年年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月月/日日/年年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月月/日日/年年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月月/日日/年年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月月/日日/年年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月月/日日/年年	000.00	.00	000.00	000.00	12??
月月/日日/年年	000.00	.00	000.00	000.00	12??

あなたの支払うべき金額は、\$ 0000.00 です。あなたの支払うべき金額には、30%のペナルティが含まれています (CUIC 第1375条.1)。全額を支払うことができない場合は、月次の返済計画を要請することが認められます。過払い給付の金額は、将来の失業給付又は障害給付から差し引かれる場合があります (CUIC 第1379条 (d))。また、州当局は、連邦税の還付金からあなたが支払うべき金額を連邦税の還付金 (第 26巻、米国法典、第6402条 (f))、州税の還付金、未請求財産、及び宝くじの当選金 (カリフォルニア州政府法典、第13419条.5) から差し引くことがあります、この過払い金を支払わない場合、当局が法的措置を講ずることになる可能性があります。その場合、この措置に係る費用は、あなたが支払うべき金額に追加されることとなります (CUIC 第1379条(a)-(c))。

## 不服申立て :

この決定の全部又は一部に同意されない場合、あなたは不服を申し立てる権利を有されるものです。

不服を申し立てるためには、あなたは以下のすべてを行う必要があります :

- 同封の不服申立用紙 (DE 1000A) にご記入頂くか、又は不服を申し立てることを希望される旨の書簡をお認めください。不適格の判定に同意されない理由をご説明ください。あなたの書簡には、社会保障番号をご記入ください (第22巻、カリフォルニア州規則、第 5008条)。
- DE 1000A又はご自身で認められた書簡をこの通知の最初の頁に記載されている事務局の住所宛にご郵送ください。
- この通知の郵送日から 30 日以内、又は遅くとも 月月/日日/年年までに不服申立てをご提出ください (不服申立ての詳細については、通知の裏面をご参照ください)。

その他のサービス : 以下に係る情報については、次のEDDのWebサイトにアクセスしてください : [edd.ca.gov](http://edd.ca.gov)

- 職業紹介、(2) 障害保険、(3) その他の EDDのサービス、
- 他の諸機関が提供するサービス。

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

(###/AAA)