

نموذج، هذه الصفحة كمرجع فقط.

State of California

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

إشعار برفض مخصصات ومدفوعات زائدة



الشهر/اليوم/السنة تاريخ الإرسال بالبريد:

الإسم الأول الأوسط الإسم الأخير:

الشهر/اليوم/السنة بداية عام المخصصات:

1234 نموذج لاسم شارع شقة 4321

0000000000 رقم الملف:

CA 99999-9999 المدينة

\$ 0000.00 مدفوعات المخصصات الزائدة:

0000.00 غرامة:

\$ 0000.00 المبلغ المستحق:

لقد حصلت على مدفوعات زائدة للتأمين ضد البطالة عن الأسابيع الموضحة أدناه. تلقت الإدارة ردًا على الإشعار الأول. أظهرت الحقائق التي بحوزتنا أنك لا تتمتع بالحق في مبلغ المخصصات التي حصلت عليها. تستند القرارات إلى قانون كاليفورنيا للتأمين ضد البطالة (CUIC).

القرار (القرارات):

1. تم رفض المخصصات أو تخفيضها لأنك كنت تعمل و/أو حصلت على إيرادات بالمبالغ الموضحة للأسابيع أدناه.
تم رفض المخصصات للأسابيع الظاهر بجانبها "CUIC 1252". تم تخفيض المخصصات للأسابيع التي تشمل "CUIC 1279"
(قانون CUIC، القسم (الأقسام) 1252 و 1279).

2. تم رفض حصولك على المخصصات لمدة ## أسبوع/أسابيع لأنك لم تُبلغ عن إيراداتك الصحيحة عندما تم استحقاق حصولك على مخصصات للأسبوع (الأسابيع) الموضحة. يبدأ هذا الرفض في الشهر / اليوم / السنة (قانون CUIC، القسم 1257(a)).

ليتم دفع مخصصاتك من جديد، يجب عليك:

- تقديم مطالبة صالحة.
- أن تكون مؤهلاً للحصول على المخصصات.
- التصديق على استحقاقك للمخصصات لكل أسبوع تم فيه رفض منحك المخصصات.

إذا لم تطالب بالمخصصات، فستتم إزالة هذا الرفض بعد 3 سنوات (قانون CUIC، القسم 1260(d)).

رب العمل: اسم الشركة

---الإيرادات---

CUIC	مبلغ المدفوعات الزائدة	المخصصات المدفوعة	التي أبلغت عنها أنت	التي أبلغ عنها رب العمل	نهاية الأسبوع
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة

نموذج، هذه الصفحة كمرجع فقط.

رقم الملف: 0000000000

CUIC	الإيرادات---		التي أبلغت عنها أنت	التي أبلغ عنها رب العمل	نهاية الأسبوع
	مبلغ المدفوعات الزائدة	المخصصات المدفوعة			
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة
12??	000.00	000.00	.00	000.00	الشهر/اليوم/السنة

المبلغ المستحق عليك هو \$ 0000.00. يتم تضمين غرامة بنسبة 30 في المائة في المبلغ المستحق عليك (قانون CUIC، القسم 1375.1). يمكنك طلب خطة سداد شهرية إذا لم تكن قادرًا على دفع المبلغ بالكامل. يمكن أخذ مبلغ المدفوعات الزائدة للمخصصات من مخصصات البطالة أو الإعاقة في المستقبل (قانون CUIC، القسم 1379(d)).

يجوز كذلك للولاية أن تأخذ المبلغ المستحق عليك من المبالغ المستردة للضرائب الفيدرالية (الباب 26، قانون الولايات المتحدة، القسم 6402(f))، ومبالغ ضرائب الولاية المستردة، والممتلكات غير المطالب بها، ومكاسب اليانصيب (قانون حكومة كاليفورنيا، القسم رقم 13419.5)، إذا كنت لم تسدد هذه المدفوعات الزائدة، يجوز للإدارة اتخاذ الإجراءات القانونية. إذا حدث كذلك، تتم إضافة تكلفة هذا الإجراء إلى المبلغ المستحق عليك (قانون CUIC، القسم 1379(c)-(a)).

الطعن:

لديك الحق في تقديم طعن إذا لم توافق على هذا القرار بأكمله أو على جزء منه.

لتقديم طعن، يجب عليك القيام بكافة ما يلي:

- أكمل نموذج الطعن المرفق (DE 1000A) أو اكتب خطابًا يفيد برغبتك في الطعن. اشرح سبب عدم موافقتك على حالات فقدان الأهلية. اكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في خطابك (الباب 22، قانون اللوائح في ولاية كاليفورنيا، القسم 5008).
- أرسل نموذج DE 1000A أو خطابك بالبريد إلى عنوان المكتب المدرج في الصفحة الأولى من هذا الإشعار.
- قم بتقديم طعنك في غضون ثلاثين (30) يومًا من تاريخ البريد لهذا الإشعار أو في موعد لا يتجاوز شهر/يوم/سنة (راجع الجزء الخلفي للإشعار لمزيد من المعلومات حول الطعون).

خدمات أخرى قم بزيارة موقع EDD الإلكتروني عبر edd.ca.gov، للمزيد من المعلومات حول (1) الإحالات الوظيفية، (2) التأمين الخاص بالإعاقة، (3) خدمات EDD الأخرى، (4) الخدمات المقدمة من وكالات أخرى.

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

(###/AAA)