

**PETICIÓN PARA VERIFICAR IDENTIDAD**

Nombre y Dirección

Fecha de Envío:  
No. de SS:

**NÚMERO PARA LLAMAR GRATIS  
AL EDD: 1-866-401-2849**

Usted está recibiendo este aviso ya que el Departamento del Desarrollo de Empleo no puede verificar su identidad. La información que Ud. proporcionó cuando presentó su solicitud del Seguro de Desempleo no concuerda con la información disponible en el Departamento o el Departamento ha recibido información indicando que su identidad puede haber sido comprometida. Cada vez que se cuestiona la identidad correcta de la persona, el Departamento requiere documento(s) de identificación para verificar que los beneficios del Seguro de Desempleo están siendo pagados a las personas que legalmente tienen el derecho a recibirlos.

**Se incluye con este aviso una lista de documentos que Ud. debe de proporcionar para verificar su identidad.**

La determinación de su elegibilidad para beneficios del Seguro de Desempleo estará pendiente hasta que se reciban estos documentos. El Departamento se comunicará con empleadores y oficinas gubernamentales para verificar los documentos o cualquier otra información que Ud. proporcione. Si Ud. no proporciona los documentos o los documentos/información no permiten al Departamento establecer su identidad, Usted no será elegible para recibir beneficios. Para recibir beneficios usted tendrá que presentar su número de Seguro Social de 9 dígitos como se le proporcionó a usted por la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).

Favor de revisar sus archivos y verificar que el número de Seguro Social indicado en la parte superior de este documento es el que le concedió la SSA. Si la información disponible al Departamento indica que el número de Seguro Social que proporcionó no se le verificó a Ud. por la SSA, posiblemente se le requerirá ponerse en contacto con la SSA y solicitarles a ellos que envíen la verificación directamente al Departamento a la dirección indicada arriba. La ubicación de la SSA la puede encontrar en el sitio de Internet en <http://www.socialsecurity.gov/locator>, o consulte su directorio telefónico local bajo el encabezamiento en inglés: Federal Government "Social Security Administration."

**Favor de FIRMAR y regresar este documento en el sobre azul proporcionado y adjunte documentos legibles y claros que verifiquen su identidad dentro de 10 días de calendario de la fecha de envío de este documento.**

**ATENCIÓN: No adjunte ningún otro documento del departamento en el sobre azul, a lo contrario, ocasionará demoras.**

**En la página dos damos una descripción de los documentos requeridos que Ud. debe de proporcionar. También se le informa qué debe de hacer si necesita más tiempo para presentar los documentos.**

Entiendo que la ley impone sanciones, si hago declaraciones falsas u oculto información, a fin de recibir beneficios; declaro bajo pena de perjurio, que la información que estoy proporcionando, así como los documentos que estoy presentando son verídicos y correctos, y que éstos me pertenecen.

ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE

FIRMA  
(Se requiere SU firma)

FECHA

Número de Seguro Social:

## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN REQUERIDOS

Algunos de los errores comunes asociados con el Número de Seguro Social (SSN) son:

- El Número de Seguro Social (SSN) que está usando es incorrecto. Puede que se le haya olvidado el número o que haya transpuesto el número cuando se lo dió a su empleador.
- El nombre en el Seguro Social es diferente al que Ud. usó cuando presentó su solicitud. Puede que Ud. haya cambiado de nombre y no haya notificado a la Oficina del Seguro Social (SSA).
- La fecha de nacimiento en el Seguro Social es diferente a la fecha de nacimiento que Ud. proporcionó cuando presentó su solicitud.

**Usted debe de proporcionar una copia legible y clara de UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA.** (Vea el documento adjunto para una descripción de los documentos que se piden.)

**Y**

**Usted también debe de proporcionar UNO (O MÁS) DE LOS DOCUMENTOS LEGIBLES Y CLAROS INDICADOS EN LA LISTA DE ABAJO.** (Vea el documento adjunto para una descripción de los documentos requeridos aceptables).

1. Datos de su(s) empleo(s)
2. Verificación de la dirección
3. Verificación de su número de Seguro Social (SSN)  
**(Una copia de su tarjeta del Seguro Social no satisface este requisito)**
4. Verificación de fecha de nacimiento (copia oficial del acta de nacimiento)

**EL NO PROPORCIONAR LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EN UN PLAZO DE 10 DÍAS, A PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO DE ESTE FORMULARIO, PODRÍA OCASIONAR QUE SE LE NIEGUEN LOS BENEFICIOS. POR FAVOR INCLUYA SU NÚMERO COMPLETO DE SEGURO SOCIAL, EN TODOS LOS DOCUMENTOS QUE PRESENTE.**

Usted tiene el derecho a pedir más tiempo para recompilar documentos u obtener el asesoramiento de un(a) representante. Si Ud. necesita más tiempo, debe de comunicarse con el Departamento **EN UN PLAZO DE 10 DÍAS**, a partir de la fecha de envío de este formulario, para pedir tiempo adicional. Usted puede comunicarse con el Departamento por medio del correo o teléfono a la dirección/teléfono del EDD indicados en la página 1. Si al término de los 10 días no se reciben los documentos, ni se otorga una extensión, se tomará la decisión basada en la información a la disposición.

La Sección 1253(a) del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) declara que todas las solicitudes para beneficios del Seguro de Desempleo deberán de ser presentadas conforme las regulaciones del Departamento. La Sección 1257(a) del CUIC declara que si un individuo suministra al Departamento información falsa para obtener beneficios del Seguro de Desempleo, tal individuo podrá ser sancionado. El Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección 1326-2 (b)(2) (a) declara que el Departamento puede pedir que el solicitante verifique el Número de Seguro Social (SSN) para comprobar que el número fue dado al solicitante por la Administración del Seguro Social (SSA) cuando la información a la disposición del Departamento indica que tal Número de Seguro Social (SSN) puede pertenecer a otra persona o el número no es un número válido.