

MAIL DATE: _____
 SSN No.: _____
 BYB: _____

Field Office Address

NOTICE OF RIGHT TO RECEIVE UNEMPLOYMENT INSURANCE BENEFITS PENDING APPEAL

Your correspondence postmarked/received _____ regarding a recent decision of the Department is acknowledged. The decision has been carefully reviewed and appears to be correct. An appeal has been processed and forwarded to the _____ Office of Appeals, telephone number _____.

Unemployment Insurance (UI) benefit claim forms for the week(s) ending _____ are being mailed in a separate envelope. You have the right to receive UI benefits pending your appeal. Even if you do not wish to receive UI benefits, you should continue to certify for benefits for each week of unemployment until you receive the Administrative Law Judge's decision.

If you choose to receive UI benefits pending the appeal hearing, the Department will pay those UI benefits if you are otherwise eligible. If the judge affirms the Department's determination, you may have to repay any UI benefits you receive.

If you choose not to receive UI benefits pending the appeal hearing, and if the judge reverses the Department's determination decision and finds that you are eligible, you will be paid UI benefits only for those weeks for which you have submitted a claim form and met all other eligibility requirements.

The Office of Appeals will send you a notice showing the date, time, and place of your hearing. You should make every effort to attend the hearing since the Judge will base his/her decision on the oral and written evidence at the hearing. During the hearing, you will be allowed to explain the facts and to present evidence in support of your case.

Please indicate your decision below by checking the appropriate box. You must sign, date and return this form.

- I desire that the Department pay UI benefits to me during the appeal period. If the decision on the appeal is against me, I understand that I may be liable for repayment of such benefits.
- I understand that I have a right to receive UI benefits during the appeal period, but I desire to have my UI benefits held in suspense pending the result of the appeal.

 Signature of Claimant

 Date Signed

WHEN YOU HAVE COMPLETED AND SIGNED THIS FORM, RETURN IT TO OUR OFFICE IMMEDIATELY IN THE ENCLOSED ENVELOPE.

- Versión en español en el dorso -

FECHA DE DNVÍO:

Nº de SS:

BYB:

Dirección de la Oficina Local

**AVISO DEL DERECHO A RECIBIR BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO
DURANTE EL CURSO DE UNA APELACIÓN**

Se acusa recibo de su correspondencia con fecha de matasello del correo de/o recibida el _____ y relacionada con la decisión reciente del Departamento. La decisión ha sido revisada detenidamente y la consideramos correcta. Una apelación ha sido tramitada y enviada a la Oficina de Apelaciones en _____, con número de teléfono _____.

Los formularios de solicitudes de beneficios del Seguro de Desempleo (UI) para la(s) semana(s) que terminan el _____ están siendo enviadas por correo en un sobre por separado. Usted tiene derecho a recibir beneficios de UI durante el curso de la apelación. Aunque Ud. no desee recibir beneficios de UI, Ud. deberá continuar certificando para beneficios para cada semana que permanezca sin empleo, hasta que reciba la decisión del Juez Administrativo (ALJ).

Si Ud. desea recibir beneficios de UI durante el curso de la apelación, el Departamento le pagará los beneficios de UI si Ud. de otra manera es elegible. Si el Juez Administrativo (ALJ) afirma la decisión del Departamento, Ud. posiblemente tendrá que restituir cualquier pago de beneficios de UI que haya recibido.

Si Ud. no desea recibir beneficios de UI durante el curso de la apelación, y si el Juez Administrativo (ALJ) modifica la decisión de determinación del Departamento, y tal decisión le es favorable a Ud., solamente se le podrá pagar beneficios de UI por las semanas en que Ud. presentó sus formularios de solicitud de beneficios y en las cuales Ud. cumplió con todos los demás requisitos de elegibilidad.

La Oficina de Apelaciones le enviará una notificación indicando la fecha, hora y lugar de la audiencia. Usted deberá hacer todo esfuerzo para comparecer a la audiencia en vista de que el Juez Administrativo basará su decisión en la evidencia oral y escrita presentada en la audiencia. Durante la audiencia, a Ud. se le permitirá explicar los hechos y a presentar confirmaciones de los hechos que apoyan su caso.

Por favor, indique su decisión marcando la casilla que corresponda. Usted debe firmar, fechar y devolver este formulario.

- Deseo que el Departamento me pague beneficios de UI durante el período de la apelación. Entiendo que si la decisión me es adversa, podré ser responsable de restituir tales beneficios que haya recibido.
- Entiendo que tengo derecho a recibir beneficios de UI durante el curso de la apelación; no obstante, deseo que el Departamento suspenda mis beneficios de UI hasta que se decida la apelación.

Firma del Solicitante

Fecha en que Fue Firmado este Formulario

UNA VEZ QUE HAYA COMPLETADO Y FIRMADO ESTE FORMULARIO, DEVUÉLVALO A NUESTRA OFICINA INMEDIATAMENTE EN EL SOBRE ADJUNTO.

- English version on the other side -