

EDD Call Center
PO Box
Ciudad, Estado, Código Postal



Fecha de Envío:
00/00/0000
No. de S. S.: 000-00-0000
No. de Teléfono del Solicitante:
(000) 000-0000

Nombre del Solicitante
Dirección del Solicitante
Ciudad, Estado, Código Postal

Números de teléfono del EDD:
Español 1-800-326-8937
Inglés 1-800-300-5616
TTY (no voz) 1-800-815-9387

AVISO DE HABER PRESENTADO UNA SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Usted presentó una solicitud para beneficios del Seguro del Desempleo vigente el 00/00/0000. Cuando presentó la solicitud usted declaró que:

1. Su último empleador fue: Nombre del empleador
Dirección del empleador
Ciudad, Estado, Código Postal
2. El último día que usted trabajó para tal empleador fue el: 00/00/0000.
3. La razón por la cual usted no está trabajando para el empleador indicado arriba es: (La razón que declaró cuando usted presentó su solicitud de beneficios.)
4. Usted (está/no está) recibiendo una pensión u otra clase de ingresos que posiblemente puedan deducirse de sus beneficios del Seguro de Desempleo.
5. Usted (está/no está) en condiciones físicas/mentales y disponible para aceptar un empleo de tiempo completo.
6. Usted (está/no está) autorizado para trabajar legalmente en los Estados Unidos.

Favor de revisar detenidamente la información anterior. No se requiere más de su parte si la información es correcta. El Departamento del Desarrollo del Empleo considerara esta información correcta a menos que usted reporte información contraria dentro de 10 (diez) días de la fecha de envío de este aviso. Cualquier contestación después de los 10 días podrá resultar en demora en el pago de beneficios. Para reportar información adicional, llame al Departamento del Desarrollo del Empleo o envíe su contestación a la dirección del Departamento del Desarrollo del Empleo indicada arriba. Recuerde de incluir su nombre y número de Seguro Social en toda la correspondencia que le envíe al Departamento del Desarrollo del Empleo.

Aunque las leyes federales y estatales prohíben revelar información sobre su empleo y su solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo a su esposo/a, parientes, amigos, partes no interesadas y grupos de interés privado, la legislación federal exige que tal información se ponga a la disposición de las agencias estatales y federales de asistencia pública, asistencia médica, CalFresh (anteriormente cupones para comprar comida), vivienda y manutención de hijos. Mantener el carácter confidencial de la información es responsabilidad de todas las agencias que usan la información.

Usted tiene la opción de cancelar su solicitud de beneficios regular del Seguro de Desempleo del estado de California (consulte su Notificación de Beneficios del Seguro de Desempleo para conocer los requisitos de cancelación). Si usted decide cancelar su solicitud de beneficios, no solicite para beneficios dado que una vez que se le paguen los beneficios, la ley no le permite cancelar su solicitud de beneficios.

Los pagos de beneficios son emitidos a la Tarjeta de Débito EDDSM. Consulte su manual Una Guía de los Beneficios y de los Servicios de Empleo, para información acerca de la Tarjeta de Débito EDDSM. Si a usted anteriormente se le emitió una tarjeta y necesita un reemplazo, usted debe de ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Bank of America referente a la Tarjeta de Débito EDDSM.