

OFICINA DE APELACIONES
AVISO DE APELACIÓN

Este **formulario** puede ser utilizado para apelar la determinación para una audiencia de un examinador. Apelaciones no pueden ser presentadas en una oficina de "One-Stop" local. **Este formulario no debe ser utilizado en la presentación de una apelación ante un Tribunal de Distrito de Apelaciones.**

AVISO A LOS RECLAMANTES: Debe continuar reclamando, incluso si se le ha denegado beneficios; de lo contrario, no podrá recibir beneficios adicionales. Dirija todas las preguntas sobre su reclamo al (800) 204-2418. POR FAVOR PROPORCIONA LA SIGUIENTE INFORMACION:

Número de Seguro Social del Reclamante: _____
Nombre del Reclamante: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nombre del Empleador (si es aplicable): _____
Número de Cuenta (si se sabe): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____
REPRESENTANTE – Si esta presentado en nombre de una parte, proporcione lo siguiente:
Nombre del Representante: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA DE ARBITROS

YO ESTOY APELANDO LA DETERMINACION ENVIADA _____. (Adjunte una copia si está disponible.) Apelaciones deben ser presentadas dentro de 20 días naturales de esa fecha. Si no, indica la razón por la cual presento tarde. La fecha de presentación se basará en el matasellos de correos o, si por fax, la fecha sellada con la fecha recibida por D.E.O.

Apelo porque:

() Necesito un intérprete. Especifique su idioma: _____.

Firma: _____ Nombre Escrito: _____ Fecha: _____

Yo soy: () el reclamante; () el representante del reclamante; () el empleador; () el representante del empleador

ENVIE ESTE FORMULARIO POR CORREO O POR FAX A:

**D.E.O. Office of Appeals
PO Box 5250
Tallahassee, FL 32399-5250
Fax: (850) 617-6504**

***DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Información que usted proporciona a este departamento es voluntario y confidencial pero se requiere para procesar su reclamación. Conforme al Código de Rentas Internas de 1986, la Ley de Seguro Social, 42 U.S.C. 1320b-7(a)1, y s. 443.091(1)(h), F.S., la divulgación de su número de Seguro Social es obligatoria. Los números de Seguro Social serán utilizados por el departamento para informar sobre los beneficios que usted recibe al Servicio de Rentas Internas como potenciales ingresos imponibles. De acuerdo con la Ley Federal de Reducción del Déficit, una enmienda a la Ley Federal del Seguro Social, y 5 U.S.C. 552a(o)(1)(D), la información que usted proporcione está sujeta a verificación con programas de computadora utilizados para emparejar datos y la información sobre sus salarios y reclamación se pueden proporcionar a otras agencias federales, estatales y locales o sus contratistas para la verificación de elegibilidad bajo otros programas del gobierno para asegurar que los beneficios se han pagado correctamente y para propósitos de estadísticas e investigación.

Un empleador/programa de oportunidades iguales. Dispositivos y servicios auxiliares se encuentran disponibles a petición para individuos con discapacidades.