

SOLICITUD DE REVISIÓN POR LA COMISIÓN DE APELACIONES DE ASISTENCIA AL REEMPLERO

AVISO: Las apelaciones **no se pueden** registrar en una oficina “one-stop” local. La Comisión de Apelaciones de Asistencia al Reempleo **no** conducirá una audiencia. **Este formulario no está diseñado para ser utilizado al registrar una apelación con un Tribunal Distrital de Apelaciones.**

POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del Reclamante: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip: _____

Número de Seguro Social los Últimos Cuatro Números: _____

Nombre del Empleador (si es pertinente): _____

Número de Cuenta de Impuestos: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____

Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

REPRESENTANTE – Si usted está registrando a nombre de una parte, proporcione lo siguiente:

Nombre del Representante: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip: _____

Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

ESTOY APELANDO LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO NUMERO _____ CON FECHA _____

Apelo porque:

Importante: Si usted no compareció en la audiencia del árbitro, usted **debe** explicar su no comparecencia.

() No comparecí en la audiencia porque:

Importante: Apelaciones tardías están sujetas a despido. Si su apelación no es registrada dentro de 20 días de calendario de la fecha en que la decisión del árbitro es enviada por correo, usted **debe** explicar porqué su apelación es tardía. La fecha de registro será basada en los sellos postales o, si es enviada por fax, la fecha en que la apelación es sellada como recibida por La Comisión de Apelaciones de Asistencia al Reempleo. Se alienta a las partes a comunicarse con la Comisión de Apelaciones de Asistencia al Reempleo (850-487-2685) para verificar que la apelación enviada por fax fué recibida.

() Mi apelación es tardía porque:

Firma: _____ Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____

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

ENVIAR ESTE FORMULARIO POR CORREO O FAX A:

**Reemployment Assistance Appeals Commission
Suite 101, Rhyne Building
2740 Centerview Drive
Tallahassee, Florida 32399-4151
Fax: (850) 488-2123**

***DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

La 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.