SOLICITUD DE EXIMICIÓN POR PAGO DE MÁS

Formulario Estatal 57026 (R3 / 7-25)

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL DE INDIANA

Nombre

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social
X X X - X X -

Dirección | Depto. | Ciudad | Estado | C. P.

Número de teléfono | Estado civil | Fecha de nacimiento (día, mes, año)

Dirección de correo electrónico

Si a usted le pagan beneficios por desempleo de más, el Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (en adelante, el "DWD") tiene la obligación de cobrar lo que se pagó de más. No obstante, en el artículo 22-4-13-1(i) del Código de Indiana, se establece que podría eximirse el monto que se le pagó de más si reúne los siguientes criterios. Tenga en cuenta que no se puede eximir el monto que se pagó de más si trabajó para un empleador que optó por hacer pagos en lugar de hacer aportes.

Se podrá eximir lo que se pagó de más si cumple lo siguiente:

1. el pago de los beneficios no fue responsabilidad de la persona, independientemente de la intención; Y
2. el nuevo pago iría en contra de la equidad y de la buena conciencia ciudadana.

El proceso de eximición no incluye la revisión del dictamen que originó el pago de más. El proceso de eximición sirve para determinar si reúne los requisitos para que se lo exima del pago de más.

Le pedimos que tenga a bien completar este formulario y enviarlo al DWD en un plazo de 15 días de la fecha de la decisión que genera el pago de más y pasa a ser definitivo. Si ya se apeló el asunto que originó el pago de más, espere hasta que reciba el dictamen de la apelación. No analizaremos la solicitud de eximición si el asunto que originó el pago de más se encuentra en un proceso de apelación.

Para que se considere, la solicitud de exención debe:

- presentarse en un plazo de 15 días de la fecha de la decisión que genera el pago de más y pasa a ser definitivo;
- estar totalmente completa;
- estar completa de manera clara para que pueda leerse; e
- incluir todos los documentos solicitados.

Tenga en cuenta que no consideraremos su formulario si anteriormente usted no verificó su identidad.

Se puede rechazar su solicitud de eximición en caso de que no envíe los documentos que se solicitan a continuación.

El DWD analizará la solicitud de eximición y le enviará un dictamen. Es posible que el DWD se comunique con usted para recabar más información. Verifique que su información de contacto esté actualizada en el sitio https://uplink.in.gov/CSS/CSSLogon.

DECLARACIÓN DE DIFICULTADES ECONÓMICAS Y RESPONSABILIDAD

1. Detalle a todas las personas que viven en su casa y la relación que tienen con usted:

Nombre	Edad	Relación	¿Esta persona depende de usted para mantenerlo a nivel financiero?
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No
			Sí No

2. Detalle su información laboral:

Nombre del empleador (escriba "self" en caso de que trabaje por su cuenta)	**Horas trabajadas a la semana**	**Última fecha de contratación (día, mes, año)**

3. Si actualmente recibe Beneficios por desempleo, informe el monto semanal del beneficio que recibe: _____ [ ]

4. Informe el ingreso de su familia:
   - Procure ingresar los montos brutos **MENSUALES** a continuación. Si el pago es por semana, multiplique por 4.33 (4 1/3) para calcular el pago mensual. Si el pago es cada dos (2) semanas, multiplique por 2.166 (2 1/6). **NO** incluya los beneficios por desempleo a continuación.
   - Si el solicitante trabaja por su cuenta, debe enviar documentación de respaldo de sus ingresos.

Ingresos por trabajo y otro ingreso de la familia	El suyo	El de su cónyuge o pareja	El de otros miembros de la familia
Pago BRUTO			
Beneficios del Seguro Social (incluido el SSDI)			
Jubilación (Veterano de guerra, Militar, Servicio Civil, Ferroviario, etc.)			
Indemnización laboral			
Ingreso por alquiler (menos los gastos ordinarios o necesarios)			
Pensión alimenticia			
Otro ingreso			
TOTALES	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00

Ingreso total mensual de la familia: $ 0.00

5. Detalle otra información adicional que quiera que considere el DWD respecto a este asunto, incluido el motivo por el cual considera que el pago de más no fue su responsabilidad:

Detalle otra información adicional que quiera que considere el DWD respecto a este asunto en las hojas adicionales que se adjuntan a este formulario. El DWD ofrece las siguiente opciones en función de la información que se suministre: (1) aprobar la exención para recuperar el monto restante de lo que le pagaron de más; (2) aprobar la exención de una parte en particular de lo que le pagaron de más teniendo un saldo que no queda exento de cobrar, según los procedimientos de cobranzas estándares del DWD; o (3) rechazar la exención de recuperar todo lo que se pagó de más y exigir el pago, de acuerdo con las prácticas de cobranzas estándares del DWD.

Por medio del presente documento, certifico que la información que brindé en este formulario es una divulgación y declaración fiel, precisa y completa de los hechos significativos pertinentes a mi solicitud para recibir una exención de un pago de más relacionado con los beneficios por desempleo. La presente certificación se hace en función de mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Firma (día, mes, año)

Nombre en imprenta del solicitante

Envíe por correo postal o por fax esta solicitud a la siguiente dirección o número:

Indiana Department of Workforce Development
10 N. Senate Ave.
Indianapolis, IN 46204
FAX: (317) 633-7206