



SOLICITUD DE EXENCIÓN DE SOBREPAGO

Formulario estatal 57026 (R2 / 11-22)

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL DE INDIANA

De acuerdo con IC 22-4-13-1, el estado debe efectuar el cobro de fondos de las personas que reciben un sobrepago de beneficios. Sin embargo, IC 22-4-13-1(i) establece que la responsabilidad por el reembolso de los beneficios pagados a una persona, que no sea una persona empleada por un empleador reembolsable, por cualquier semana, puede eximirse a solicitud de la persona si se cumplen los siguientes criterios:

1. los beneficios fueron recibidos por la persona sin culpa de esta;
2. los beneficios fueron el resultado de los pagos realizados:
 - a. durante la tramitación de una apelación ante un juez de derecho administrativo o la junta de revisión en virtud de IC 22-4-17 en virtud de la cual se determina que la persona no es elegible para los beneficios; O
 - b. por un error del empleador o del departamento; Y
3. el reembolso causaría dificultades económicas a la persona.

El proceso de exención no incluye la reevaluación de ningún problema relacionado con los beneficios de desempleo pagados en exceso. El propósito del proceso de exención es evaluar la elegibilidad del reclamante para la exención del sobrepago de acuerdo con los criterios definidos anteriormente.

Complete este formulario y devuélvalo al departamento en cualquier momento después de que se emita el aviso de sobrepago bruto, o si se apela la determinación subyacente, en cualquier momento después de la fecha de la decisión final. No se considerarán las solicitudes de exención presentadas durante una apelación pendiente de la determinación subyacente.

Para ser consideradas, las solicitudes de exención deben ser legibles, completas e incluir toda la documentación requerida al momento de la presentación, y las personas que solicitan la exención deben haber verificado su identidad. Si no completa este formulario en su totalidad y proporciona la documentación de respaldo, cuando se le solicite, esto puede dar como resultado una decisión que deniegue la solicitud de exención. *(Si es necesario, se pueden adjuntar hojas de papel adicionales a este formulario).*

DWD evaluará la solicitud de exención y emitirá una determinación. A discreción del Departamento, se puede realizar una investigación con el fin de determinar los hechos adicionales.

Para obtener más información sobre el programa de exención, consulte la Política DWD 2020-04.

| | | | |
|--|--------------|--|--|
| Nombre | | Últimos 4 dígitos del Número de seguro social X X X - X X - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal) | | | |
| Número de teléfono | Estado civil | Fecha de nacimiento (día, mes, año) | |
| Dirección de correo electrónico | | | |

DECLARACIÓN DE DIFICULTAD ECONÓMICA

1. Miembros de la familia/hogar del reclamante

Enumere todas las personas que viven en su hogar y su relación con usted.

| Nombre | Edad | Relación | ¿Depende esta persona financieramente de usted para su apoyo y sustento? |
|--------|------|----------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

2. Información de empleo del reclamante

| | | | |
|--|---|---|--|
| ¿Recibe actualmente beneficios de desempleo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo: ¿Cuál es su beneficio semanal? \$ | |
| Nombre del empleador (Escribe "autónomo" si trabaja por su cuenta) | Horas trabajadas por semana | Fecha de contratación más reciente (día, mes, año) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. Fecha de contratación más reciente

Asegúrese de mostrar los montos **MENSUALES** a continuación. Si se le paga en forma semanal, multiplique por 4,33 (4 1/3) para calcular el pago mensual. Si se paga cada dos (2) semanas, multiplique por 2,166 (2 1/6). Ingrese los montos BRUTOS mensuales a continuación. **NO** incluya beneficios de desempleo en esta sección.

Si los ingresos provienen del trabajo por cuenta propia, incluya el reembolso de gastos o pagos en especie que reduzcan los gastos de vida personales y excluyan los gastos comerciales ordinarios y necesarios, sin incluir los gastos de depreciación, los créditos de inversión y las pérdidas comerciales). **Si el reclamante trabaja por cuenta propia, debe proporcionar documentación de ingresos de respaldo.**

| Ingresos del empleo y otros del ingreso del hogar Ingresos (excluyendo prestaciones por desempleo) | Suyos | De su cónyuge/pareja | Otros miembros del hogar |
|---|-----------|---|--------------------------|
| Pago en BRUTO | \$ | \$ | \$ |
| Beneficios del seguro social (incluye SSDI) | | | |
| Pensión(es) (VA, militar, servicio civil, ferrocarril, etc.) | | | |
| Compensación de trabajadores | | | |
| Ingresos por alquiler (menos gastos ordinarios/necesarios) | | | |
| Pensión alimenticia | | | |
| Otros ingresos (especifique la fuente) | | | |
| Totales | \$ | \$ | \$ |
| | | Ingreso total mensual de la familia/hogar (agregue 3 bloques en total arriba) | \$ |

4. Asistencia familiar/doméstica del reclamante

Asegúrese de mostrar los montos **mensuales** a continuación, según corresponda.

(Si la asistencia recibida es una suma global o anual, indíquelo como tal en el área "Comentarios" de esta sección).

| | |
|--|----|
| Beneficios de SNAP (cupones de alimentos, EBT) | \$ |
| Asistencia general (incluido SSI) | \$ |
| Asistencia de alquiler/hipoteca (sección 8, etc.) | \$ |
| Asistencia de calefacción | \$ |
| Manutención de los hijos | \$ |
| Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) | \$ |
| Otra asistencia (especifique la fuente). | \$ |
| Comentarios | |

5A. Activos del reclamante: Cuentas

Indique cualquier cuenta y saldo de cuenta para usted.

| Tipo de activo | Saldo(s) actual(es) o valor |
|--|-----------------------------|
| Cuenta de ahorros (banco, ahorro y préstamo, cooperativa de crédito) | \$ |
| Cuenta de cheques | \$ |
| Certificados de depósito (CD) | \$ |
| Cuenta de retiro individual (IRA) o similar (401K, etc.) | \$ |
| Fondos de inversión | \$ |
| Bonos, acciones | \$ |
| Fondo fiduciario | \$ |
| Otro (explique) | \$ |
| Totales: | \$ |

5B. Activos del reclamante: Bienes raíces

¿Es propietario o alquila su casa? Alquiler Hogar **Si es dueño de su casa:** ¿Qué es el saldo hipotecario? \$

Si es dueño de algún bien inmueble (edificios o terrenos) **DISTINTO** de donde vive, enumere a continuación.

| Descripción | Valor de mercado | Saldo(s) del préstamo (si hubiera) | Uso |
|-------------|------------------|------------------------------------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Información adicional

Proporcione cualquier información adicional que le gustaría que DWD considere en este asunto, como dificultades o circunstancias personales, **e incluya por qué cree que el sobrepago no fue su culpa.**

Proporcione cualquier otra información que le gustaría que DWD considere sobre este asunto **en hojas de papel adicionales adjuntas a este formulario.** El Departamento tiene las siguientes opciones sobre la base de la información suministrada: (1) aprobar la renuncia a la recuperación de la cantidad restante pagada erróneamente, (2) aprobar la renuncia a una parte específica de la cantidad restante pagada erróneamente, y el saldo no renunciado se cobrará de acuerdo con los procedimientos de cobranza estándar del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, o (3) denegar la renuncia a la recuperación de la cantidad total y exigir el reembolso a través de los procedimientos de cobro estándar del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral.

Por la presente certifico que la información que proporcioné en este formulario es una divulgación y declaración verdadera, precisa y completa de los hechos materiales relacionados con mi solicitud de exención de un sobrepago de beneficios de desempleo. Esta certificación se basa en mi conocimiento y creencia personal.

Firma del reclamante

Fecha (día, mes, año)

Nombre impreso del reclamante

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

Indiana Department of Workforce Development

10 N. Senate Ave

Indianapolis, IN 46204

FAX: (317) 633-7206