



GRETCHEN WHITMER
GOVERNOR

STATE OF MICHIGAN
DEPARTMENT OF LABOR AND ECONOMIC OPPORTUNITY
UNEMPLOYMENT INSURANCE AGENCY

SUSAN R. CORBIN
DIRECTOR

SOLICITUD PARA RENUNCIAR EL REEMBOLSO DEL BALANCE DEL SOBREPAGO DE BENEFICIOS

ESTADO DE CONDICIÓN FINANCIERA

La finalización de este formulario es una solicitud para renunciar el reembolso del balance de su sobrepago de beneficios. Usted puede archivar su aplicación en línea por su director de Cuenta de Web de Michigan (MiWAM) o devuelva este formulario completado a la siguiente dirección o número de fax: Unemployment Insurance, P.O. Box 169, Grand Rapids, MI 49501-0169, o fax al 1-517-636-0427.

Conteste cada pregunta con honestidad y precisión. Todos los artículos en este formulario deben ser completados para poder procesar su solicitud de la renuncia del reembolso. Escriba "N/A" o dibuje una línea a través de los artículos que no se aplican a usted.

El Seguro de Desempleo (UI) le notificará de su elegibilidad una vez que su aplicación ha sido revisada. Si aprobado, sólo el balance debido desde la fecha de la aplicación será renunciado. Si negado, usted debe esperar seis meses para reaplicar. Si su sobrepago fue establecido basado en fraude, usted no tiene derecho a solicitar una renuncia y su aplicación será negada.

Esta información es confidencial y será usada sólo para procesar esta solicitud. Si usted tiene algunas preguntas al completar este formulario, llame a Servicio al Cliente al 1-866-500-0017. Para los usuarios de

1. Nombre: _____
Apellido Primer Nombre

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ / _____ / _____ / _____
Dirección de la calle Ciudad Estado Código postal

Número de Teléfono: _____ / _____
Hogar/celular Trabajo

2. ¿Está usted empleado? Sí No Si "Sí", es trabajo Tiempo Completo Tiempo Parcial
Horas por semana _____

Si "No", inscriba su último día que trabajó: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Último empleador: _____
Nombre

Dirección: _____ / _____ / _____ / _____
Dirección de la calle Ciudad Estado Código postal

¿Si no está empleado actualmente, tiene usted una fecha en la que volverá a trabajar con cualquier empleador? Sí No ¿Si "Sí", en qué fecha? _____ / _____ / _____
Mes Día Año



Para evaluar su elegibilidad para una renuncia, el ingreso neto promedio y los activos para su hogar se comparan con las pautas de pobreza anuales publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

HOGAR

3. ¿Está legalmente casado? Sí No

Nombre de cónyuge: _____
Apellido Primer Nombre

Número de Seguro Social de cónyuge: _____

Nombre de empleador de cónyuge: _____
Nombre

Dirección de cónyuge: _____ / _____ / _____ / _____

4. ¿Tiene usted algunos dependientes? Sí No

Los dependientes permitidos son: cónyuge; hijo natural, hijastro, hijo adoptivo, nieto menor de 18 o estudiante de tiempo completo menor de 22; padres mayores de 65 o discapacitados permanentemente; hermano menor de 18 o estudiante de tiempo completo menor de la edad 22. Un dependiente es permitido si usted ha proveído más de la mitad del costo de su apoyo al menos seis meses antes de completar este formulario. En el caso de un cónyuge o un hijo, si la relación es menos de seis meses, el apoyo debe haber sido proveído para la duración de la relación. Ingrese todos los dependientes, incluido usted, en el espacio proveído abajo.

| NOMBRE | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | RELACIÓN A USTED | DIRECCIÓN (SI DIFERENTE) | EDAD DE DEPENDIENTE |
|--------|-------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

INGRESO NETO

5. ¿Ha tenido algún ingreso en los últimos seis meses? Sí No

Tipos de ingreso pueden incluir: Salarios, beneficios de desempleo, beneficios de huelga, beneficios de Seguro Social, ingreso de alquiler, Compensación de Discapacidad del Trabajador, ayuda escolar, becas, subvenciones, ganancias de trabajo por cuenta propia, etc. No incluya estampillas de comida y beneficios sociales como ingreso. Ingreso disponible es la cantidad que queda después de las deducciones de cualquier cantidad requerida por la ley para ser retenida, como impuestos estatales y federales o pagos de sustento de menores. Ingrese el ingreso disponible del hogar de todas las fuentes durante los seis meses completos antes de la fecha en que usted completó este formulario. Si es posible, incluya copias de documentos que verifiquen estas cantidades. Un ejemplo de los seis meses completos: Si usted recibió este formulario el 26 de abril de este año pero no lo completa y lo firma hasta el 7 de mayo, los seis meses inscritos deben ser desde noviembre del año pasado hasta abril de este año.

| Seis Meses Anteriores Mes / Año | A. Usted mismo Cantidad / Fuente | B. Dependiente Cantidad / Fuente |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| / | \$ / | \$ / |
| / | \$ / | \$ / |
| / | \$ / | \$ / |
| / | \$ / | \$ / |
| / | \$ / | \$ / |
| / | \$ / | \$ / |
| TOTALES | \$ | \$ |

Sume los totales de A y B \$_____ luego Divida entre 6 = \$_____ Ingreso Mensual Promedio
 Si necesita espacio adicional para otros dependientes, por favor agregue una hoja separada.

¿Usted o su dependiente tiene una cuenta de cheques? Sí No
 Balance de todas las cuentas de cheques: \$_____

¿Usted o su dependiente tiene una cuenta de ahorros? Sí No
 Balance de todas las cuentas de ahorros: \$_____

Certificación: Certifico que la información que he reportado es verdadera y correcta. Entiendo que si yo intencionalmente hago una declaración falsa, falsifico hechos u oculto información material para obtener beneficios, puedo ser requerido reembolsar beneficios, penas cobradas y podría ser sujeto al procesamiento criminal.

 Firma

 Fecha

 Número de Teléfono

 Imprima Nombre

