

Solicitud de dispensa de sobrepago

Fecha:

Núm. de cliente:

Los beneficios de desempleo pagados en exceso deben reembolsarse en su totalidad; sin embargo, La deuda del sobrepago se puede dispensar si se cumple con todos los criterios establecidos por la ley y la regla, ORS 657.317 y OAR 471-030-0053.

Si desea solicitar una dispensa del sobrepago, complete la solicitud a continuación. Hemos incluido preguntas detalladas en su solicitud de dispensa de sobrepago para que podamos tomar una decisión precisa. Si cumple con los requisitos, su deuda será eliminada y el departamento detendrá los esfuerzos de cobranza, incluida la compensación de los beneficios actuales.

Las solicitudes de dispensa del sobrepago se pueden aplicar independientemente de si usted tuvo la culpa o no del sobrepago de beneficios regulares de desempleo. NO se otorgará una solicitud de dispensa por sobrepagos causados por fraude o casos de representación falsa intencional.

Por favor devuelva su solicitud de dispensa de sobrepago lo antes posible. Una dispensa entra en vigencia la semana en que la envía al departamento. No es retroactiva. Recibirá una decisión por escrito del departamento después de que revisemos su solicitud.

El Departamento de Empleo de Oregon negará su solicitud de dispensa si proporciona información inexacta o incompleta o si no proporciona la documentación de respaldo. Usted puede estar sujeto(a) a sanciones si proporciona información falsa intencionalmente y no recibirá una dispensa

.

Si tiene preguntas, llame al: 503-947-1995 | Gratuito: 877-668-3204 | lunes – viernes, 8 a.m. - 5 p.m.,

The Oregon Employment Department is an equal opportunity agency. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance is available to persons with limited English proficiency at no cost

El Departamento de Empleo de Oregon es una agencia que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de servicios o ayudas auxiliares, formatos alternos y asistencia de idiomas para personas con discapacidades o conocimiento limitado del inglés, a pedido y sin costo.

Información doméstica

¿Tiene un(a) cónyuge / pareja doméstica con quien vive y comparte los gastos? Sí No

¿Tiene otra persona adulta viviendo en el mismo hogar con quien se comparten algunos gastos? Sí No

¿Cuántos adultos viven en el hogar? _____

¿Cuántos menores (menores de 18 años) viven en el hogar? _____

**El Departamento de Empleo debe verificar la información financiera de todos los asalariados en la casa.
Esta información se mantendrá confidencial de acuerdo con el capítulo 657 de la ORS.**

Al firmar a continuación, yo autorizo al Departamento de Empleo de Oregon a verificar mis ingresos y otra información financiera necesaria para determinar la necesidad del solicitante de una dispensa de recuperación de los beneficios pagados en exceso.

Nombre impreso del (de la) cónyuge/pareja:

Firma:

Fecha:

Al firmar a continuación, yo autorizo al Departamento de Empleo de Oregon a verificar mis ingresos y otra información financiera necesaria para determinar la necesidad del solicitante de una dispensa de recuperación de los beneficios pagados en exceso.

Nombre impreso de otro(a) adulto(a) compartiendo gastos:

Firma:

Fecha:

Al firmar a continuación, yo autorizo al Departamento de Empleo de Oregon a verificar mis ingresos y otra información financiera necesaria para determinar la necesidad del solicitante de una dispensa de recuperación de los beneficios pagados en exceso.

Nombre impreso de otro(a) adulto(a) compartiendo gastos:

Firma:

Fecha:

Recordatorio: debe adjuntar copias de facturas, estados de cuenta o información adicional para respaldar sus ingresos y gastos. El no hacerlo puede resultar en la negación de la dispensa.

Información sobre ingresos y gastos

(Incluya copias actuales de facturas, estados de cuenta o información adicional)

Ingreso mensual total actual del hogar (usted, su cónyuge/pareja y / u otras personas en su hogar)

Tipo de ingreso	Usted	Cónyuge/pareja	Otro
Salarios recibidos: antes de impuestos/mensual			
Trabajo por cuenta propia: antes de impuestos / mensual			
Pensiones / mensual			
Intereses			
Dividendos (p. ej., PFD, accionista)			
Asistencia pública (por ejemplo, Programa de asistencia nutricional suplementaria / Cupones para alimentos, Asistencia energética, WIC)			
Otro:			
Otro:			

Activos actualmente disponibles para usted y su cónyuge / pareja			
Tipo de cuenta	Institución bancaria	Ciudad y estado	Saldo
Dinero en mano			\$
Cuenta de cheques			\$
Cuenta de cheques			\$
Ahorros			\$
Ahorros			\$
Acciones y bonos			\$
IRA (Cuenta de jubilación individual)			\$
IRA (Cuenta de jubilación individual)			\$
Otro:			\$

Gastos domésticos			
Tipo de gasto	Usted	Cónyuge / pareja	Otro
Pago de renta / casa			
Préstamos de auto			
Mantenimiento de vehículos / Gasolina			
Servicios			
Alimentos			
Cuidado infantil			
Manutención infantil / pensión alimenticia			
Seguro			
Médico / Dental			
Trajeta de crédito			
Trajeta de crédito			
Ropa			
Televisión/Internet			
Impuestos sobre la propiedad (si no forman parte del pago de la casa)			
Otro:			
Otro:			

Circunstancias extraordinarias
 En la parte posterior de esta página, por favor explique cualquier circunstancia adicional que deba considerarse al determinar su elegibilidad para la dispensa de la recuperación del sobrepago. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Certificación y autorización para divulgar información
 Juro o afirmo que la información proporcionada es verdadera y completa. Autorizo la divulgación de cualquier información financiera al Departamento de Empleo de Oregon para verificar la exactitud de la información anterior. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la negación de mi solicitud de dispensa de la recuperación del sobrepago.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

