

Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Servicios de Empleo

Muriel Bowser
Alcaldesa



Dra. Unique Morris-Hughes
Directora

Solicitud de exoneración por sobrepago

El Código de DC § 51-119 establece que la Directora del Departamento de Servicios de Empleo (DOES) puede suspender un sobrepago del Seguro de Desempleo si:

1. El sobrepago fue recibido sin culpa por parte del reclamante y
2. La recuperación del sobrepago está contra la equidad y la buena conciencia.

Tenga en cuenta que los sobrepagos por fraude no se pueden exonerar.

Para determinar si se debe otorgar una exención, debe proporcionar ciertos hechos y pruebas con respecto a su estado financiero y la causa del sobrepago. Si el DOES determina que se debe otorgar una exención, no se le exigirá que reembolse el sobrepago. Si el DOES determina que se debe negar una exención, se le solicitará que reembolse el sobrepago.

Si desea solicitar una exención de su sobrepago, **debe completar, firmar y devolver esta Solicitud de exoneración de sobrepagos y su documentación de respaldo a la dirección que se muestra a continuación dentro de los 30 días laborales a partir de la fecha del Aviso de determinación del sobrepago original**, a menos que pueda mostrar buenas razones para no cumplir con este requisito.

Benefit Payment Control
4058 Minnesota Avenue
NE Suite 4305
Washington, DC 20019

Si tiene preguntas sobre esta aplicación, comuníquese con la Oficina Control del Pago de Beneficios al 202-698-5111.



Formulario de exoneración por sobrepago

Si no proporciona la información solicitada en este formulario, se rechazará su solicitud de exoneración por sobrepago.

Nombre del reclamante: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado,

Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de celular: _____

Correo electrónico: _____

Sección 1. Ingreso del hogar

1. Su ingreso bruto mensual actual: \$ _____

Por favor proporcione copias de sus dos (2) recibos de pago más recientes.

2. El ingreso bruto mensual actual de su cónyuge: \$ _____

Proporcione copias de los dos (2) recibos de pago más recientes de su cónyuge.

Nombre del cónyuge: _____

Número de seguro social del cónyuge: _____

3. Indique los nombres, edades y números de Seguro Social de todos los dependientes con quien vive

Nombre: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____ Ingreso bruto mensual: \$ _____

Nombre: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____ Ingreso bruto mensual: \$ _____

Nombre: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____ Ingreso bruto mensual: \$ _____

Nombre: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____ Ingreso bruto mensual: \$ _____

4. **Otros ingresos brutos mensuales:**

Proporcione copias de sus dos (2) recibos de pago más recientes para cada uno.

Seguro Social	\$
Pensión	\$
Indemnización	\$
Incapacidad	\$
Compensación por desempleo	\$
Pensión conyugal	\$
TANF/Cupones de alimentos	\$
Otros ingresos (escríbalos abajo)	
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Sección 2. Gastos mensuales

Por favor, proporcione cualquier documentación de apoyo para los gastos mensuales que figuran a continuación.

Hipoteca/Renta	\$
Seguro de casa/renta	\$
Agua	\$
Gas	\$
Electricidad	\$
Cable	\$
Internet	\$
Teléfono/Celular	\$
Transporte	\$
Comida	\$
Cuidado de niños	\$
Préstamos estudiantiles	\$
Tarjetas de crédito	\$
Seguro de carro	\$
Seguro de salud	\$
Seguro de vida	\$
Otros (escriba abajo)	
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Sección 3. Declaración personal

1. Explique por qué cree que no tuvo la culpa de causar el sobrepago.

2. Explique por qué cree que sería injusto que tenga que reembolsar el sobrepago.

3. Si es necesario reembolsar el sobrepago, ¿Cuánto puede pagar por mes?

Sección 4. Declaración

Por la presente solicito una exoneración de mi sobrepago. Afirmo que los ingresos y gastos que figuran en esta solicitud son precisos y correctos. Entiendo que para ser considerado para una exoneración de mi sobrepago, debo devolver la solicitud completa y firmada y toda la documentación de respaldo dentro de 30 días laborales a partir de la fecha del Aviso de determinación de sobrepago original. También entiendo que si no proporciono la información solicitada en esta solicitud, se rechazará esta solicitud de exoneración de mi sobrepago.

Firma del reclamante

Fecha