

TODAS LAS ENTRADAS EN ESTE FORMULARIO EXCEPTO POR LA FIRMA DEBEN SER ESCRITAS EN LETRA DE MOLDE O MECANOGRAFADAS

1. Nombre del reclamante: Apellido del reclamante: 2. Número de Seguro Social: Año de beneficios:

3. Dirección (Calle o número de apartado postal): (Ciudad): (Estado): (Area Postal):

4. Número Telefónico: 5. Asunto(s) Apelado(o):
 Sección(es)

6. Yo/Nosotros apelamos la determinación hecha por el División de Servicios de trabajo por las siguiente(s) razón(es)
(Por favor adjunte una copia de la determinación):

7. Firma del Reclamante: 8. El reclamante es (*Escoja Uno*):
 Empleado Empleador

NOTA AL RECLAMANTE DE PARTE DE DWS: Para proteger sus posibles derechos a su reclamación semanal, debe usted continuar haciendo su reclamación semanal de beneficios. Además, debe continuar con la búsqueda de trabajo de la manera en la que se le instruyó. Y debe usted presentarse en su oficina de empleo durante el tiempo en el que su apelación esté pendiente; a no ser, que empiece usted a trabajar a jornada completa mientras tanto.

LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN SON SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA LOCAL

9. Agency Representative To Testify? (CHECK ONE) Yes No
If Yes,
(Name) (Title)
Phone Number:

10. TYPE OF CLAIM:
 UI UCFE UCX EB TRA OTHER

11. APPEAL FILED:
(A) In person on (Date) (B) By mail (Postmark Date) (Attach Envelope)

12. EMPLOYER PHONE NUMBER:

13. EMPLOYER ADDRESS CONFIRMATION (CHECK ONE):
A. Are employer name and address on the Determination complete and correct? Yes No
If no, enter the complete name and mailing address in the space indicated below.
B. Are employer name and address omitted from the Determination? Yes No
If yes, enter the complete name and mailing address in the space indicated below

14. APPEAL RECEIVED BY: (INTERVIEWER):

15. LOCAL OFFICE ADDRESS:
ADDRESS:

CITY: STATE: ZIP CODE:

PHONE NUMBER:

16. EMPLOYER ADDRESS CORRECTION:
NAME OF EMPLOYER:

ADDRESS:

CITY: STATE: ZIP CODE: