Employment Security Department
WASHINGTON STATE

APELACIÓN DEL RECLAMANTE – FORMULARIO

Usted puede utilizar este formulario para registrar una apelación, si es que ya recibió una "Notificación de determinación" [Determination Notice] y no está de acuerdo con ella. No podrá apelar una determinación sino hasta que haya recibido la "Determination Notice" que quiere apelar.

Para ver instrucciones de cómo apelar, consulte su "Notice of Determination". También puede visitar nuestro sitio por Internet (en esd.wa.gov) para leer el "Manual para trabajadores desempleados" y el folleto "Cómo registrar una apelación". Use el campo de búsqueda para encontrar esas publicaciones.

NSS o ID#: _____ Nombre completo: _____

Su domicilio actual (si es diferente al que tiene en su "Notificación de determinación"):

_____

Número de teléfono: (_____) _____ Dirección electrónica: _____

Firma (se requiere): _____

(Sin su firma no podremos aceptar su apelación.)

Fecha de la determinación: _____ Nombre del empleador (si aplica en su caso): _____

_____

(Vea su "Notice of Determination". Haga referencia a una sola decisión por formulario.)

☐ Se necesita intérprete El idioma que prefiere: _____

¿Porqué no está de acuerdo con la determinación? Si su apelación es tardía, por favor explique porqué se le pasó la fecha.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Imprima esta hoja y envíela solamente una vez ya sea por correo o por fax al domicilio abajo indicado, junto con cualquier otra información que quiera dar. Si necesita ayuda para enviar su apelación por fax gratis, visite la oficina local WorkSource.

Claims Center Appeals, PO Box 19018 • Olympia, WA 98507-0018 • Fax 800-301-1796