



DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE GEORGIA

UNIDAD DE
SOBREPAGOS PO BOX
3433
ATLANTA, GA 30302-3433
(404) 232-3075

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE REEMBOLSO DE SOBREPAGO

Para conseguir una exención del reembolso de un sobrepago de beneficios, se debe completar la solicitud de exención para que pueda ser examinada. Esta solicitud se utilizará para determinar si usted cumple los requisitos para recibir una exención del reembolso de su sobrepago. Usted recibirá por correo postal una resolución por escrito. Tenga en cuenta que este proceso puede durar entre 30 y 45 días a partir de la fecha en que usted presente su solicitud de exención.

El Departamento del Trabajo de Georgia debe determinar que el pago de beneficios de desempleo se realizó sin mediar culpa por su parte y que el reembolso sería contrario a la equidad y la buena consciencia.

Las resoluciones en lo que respecta a las exenciones se basan en las leyes de seguridad laboral del Departamento del Trabajo de Georgia, capítulo 300-2-4-08. El Departamento del Trabajo de Georgia puede otorgar una exención para sobrepagos no fraudulentos de seguros de desempleo por la pandemia, tanto estatales como federales, cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- La solicitud de exención de reembolso del sobrepago se debe presentar dentro de un plazo de **15 días** a partir de la fecha de envío postal de la determinación de sobrepago. *
- El sobrepago no se realizó debido a un fraude (los derechos de exención se incluyen en la determinación de sobrepago).
- Los beneficios se pagaron sin mediar culpa por parte del solicitante.
- El solicitante presenta pruebas de que el reembolso del sobrepago le causaría dificultades financieras.
- La devolución del sobrepago sería injustificadamente excesiva dadas las circunstancias.
- El solicitante puede demostrar que recibir los pagos hizo que dejara de recibir otros beneficios del gobierno y, por lo tanto, ahora se encuentra en peor situación financiera de lo que estaría si no hubiera recibido los beneficios.
- El solicitante usó el dinero para gastos que no eran ordinarios, como pagar una deuda o hacer un nuevo préstamo.

Sin importar el programa dentro del cual se hayan pagado los beneficios, para poder solicitar la exención de reembolso de un sobrepago usted deberá presentar pruebas de que el reembolso sería contrario a la equidad y la buena consciencia. Esta información se utilizará para verificar detalles proporcionados en su solicitud de exención. Recuerde enviar copias de los documentos, en lugar de los originales. Estos son algunos ejemplos de pruebas: contratos, facturas, cartas de cobro, declaraciones de médicos, talones de pago o cheques. No podemos devolver ninguna de las copias que usted proporcione. Si usted no tiene los registros necesarios o no puede hacer las copias solicitadas, aun así, puede presentar su solicitud. La decisión se basará en la información disponible. Sin embargo, sus declaraciones tendrán más peso si nosotros disponemos de pruebas de su situación financiera.

Debe presentar su solicitud dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha postal de la determinación de sobrepago. Usted puede enviar la solicitud por correo electrónico a Overpaymentwaiver@gdol.ga.gov o por correo postal a la siguiente dirección: Department of Labor, Attn: Overpayment Unit – Waiver Request, P.O. Box 3433, Atlanta, GA 30302.

*Hasta el 30 de junio de 2022, el límite de quince (15) días para presentar una solicitud de exención de sobrepago no será válido para las determinaciones de sobrepago emitidas antes de la fecha de entrada en vigor de esta regla y referentes a sobrepagos para un periodo de una o más semanas que termine entre el 8 de febrero de 2020 y el 26 de junio de 2021. Si se rechazó una solicitud de exención de reembolso de sobrepago antes de la fecha de entrada en vigor de esta regla, el solicitante puede pedir una nueva resolución, siempre y cuando las semanas de los sobrepagos hayan terminado entre el 8 de febrero de 2020 y el 26 de junio de 2021. Además, la solicitud de una nueva resolución se debe entregar al Departamento antes del 1.º de julio de 2022.

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE REEMBOLSO DE SOBREPAGO

RESPONDA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS. Responda las preguntas en esta solicitud de la forma más completa que le sea posible y proporcione documentación de apoyo para sus respuestas. Usaremos sus respuestas en esta solicitud para determinar si el sobrepago es elegible para una exención de reembolso. Si la pregunta no aplica, responda N/A; si se solicita un número y usted no lo tiene, responda 0. Si es necesario, use hojas adicionales para sus explicaciones. **Si no llena la solicitud en su totalidad, incluyendo la fecha y su firma, su solicitud de exención no se procesará.**

TIPO DE SOLICITUD: Inicial Nueva resolución

PARTE 1. INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre: _____ Apellido: _____

Últimos 4 dígitos de su número de seguro social: _____

Dirección postal: _____

Dirección de su domicilio: _____

Teléfono de su domicilio: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Si su información de contacto cambió después de que usted presentara su solicitud de seguro de desempleo, actualice su información en nuestro sitio web, dol.georgia.gov > Online Services (servicios en línea) > Change of Address and Contact Information (cambio de dirección e información de contacto).

Estado civil: Soltero Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)
(a)

Vive actualmente con su cónyuge u otra persona que contribuye en cubrir los gastos de su hogar Sí No

PARTE 2. EMPLEO ACTUAL: Incluya todos los empleos, sean temporales, permanentes, a largo plazo y o por cuenta propia, sin importar dónde realiza el trabajo o durante cuánto tiempo lo ha realizado.

1. Cuál es su situación actual: Empleado(a) Desempleado(a) Jubilado(a)
(Marque una)

a. Si está empleado(a), cómo trabaja: A tiempo completo A tiempo parcial Por turnos/guardias

b. ¿Cuántas horas trabaja cada semana?

c. Si se encuentra desempleado(a), cuál fue la fecha de salida de su último empleo:

d. Si está jubilado(a), cuál fue la fecha de jubilación:

PARTE 3. VIVIENDA:

¿Su domicilio es propio o alquilado?	<input type="checkbox"/> Alquilado <input type="checkbox"/> Propio
Otro (explique)	

PARTE 4. DECLARACIÓN FINANCIERA: Incluya tanto su propia información como la de su cónyuge u otra persona o personas que contribuyan en cubrir los gastos de su hogar.

A. Ingreso bruto mensual - Escriba una respuesta en cada línea. Responda **0** si no tiene ningún número que escribir o si su hogar no tiene esa fuente de ingresos:

Fuente	Cantidad
Salarios de empleos	
Seguro social	
Pensión o jubilación	
Indemnización por despido	
Indemnización por accidentes laborales	
Pago por discapacidad	
Seguro de desempleo	
Pensión conyugal	
Pensión alimenticia para hijos	
SNAP/cupones para alimentos	
Otras fuentes de ingresos (haga una lista)	

TOTAL DE INGRESOS	

Proporcione copias de las pruebas de los ingresos de su hogar. Estas son algunas de las pruebas que puede presentar: los dos (2) talones de pago más recientes, depósitos de salarios, facturas mensuales de ingresos en trabajos por cuenta propia, declaraciones de ingresos, cartas de verificación de ingresos.

B. Gastos mensuales – Escriba una respuesta en cada línea. Responda **0** si no tiene ningún número que escribir o si su hogar no tiene ese gasto:

Fuente	Cantidad
Hipoteca/renta	
Agua	
Gas	
Electricidad	
Televisión por cable/Internet	
Gastos médicos/odontológicos	
Teléfono	
Transporte (pagos del automóvil, combustible, autobuses, etc.)	
Alimentos	
Cuidado de los niños	
Préstamo(s) estudiantil(es)	
Seguro de vivienda/seguro de inquilino	
Seguro de automóvil	
Seguro médico	
Seguro de vida	
Pensión alimenticia para hijos por orden judicial	
Otros gastos (haga una lista) _____ _____	
TOTAL DE GASTOS	

Proporcione documentos de apoyo para todos los gastos mensuales de su hogar incluidos en la lista.

C. Bienes - Un bien es una propiedad o un objeto que usted puede vender para pagar sus deudas. Un bien también puede ser dinero que usted puede usar para pagar sus deudas. Escriba una respuesta en cada línea. Responda 0 si no tiene ningún número que escribir o no tiene ese tipo de bien:

Tipo de bien	Saldo o valor actual
Cuenta de ahorros	\$
Cuenta corriente	\$
Cuenta de jubilación (401K, IRA, etc.)	\$
Certificado de depósitos	\$
Otro (explique)	\$
	\$
	\$

Proporcione sus declaraciones financieras más recientes o documentos de apoyo para demostrar el valor de los bienes.

PARTE 5. SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SUS FAMILIARES: Llene esta sección exclusivamente si cree que su estado de salud o el de un miembro de su hogar se debería tomar en consideración para la exención de reembolso de sobrepago. Explique por qué. **(Proporcione pruebas del estado de salud si desea que se tome en consideración para la exención).**

Familiar	Estado de salud			Si opina que el estado de salud se debe tomar en consideración para la exención de reembolso de sobrepago, explique por qué:
	Bueno	Malo	Grave	
Usted				
Cónyuge				
Hijo(a)				
Hijo(a)				
Otro dependiente				
Otro dependiente				

PARTE 6. BANCARROTA: Proporcione las pruebas de bancarrota, si corresponde.

¿Se encuentra en bancarrota actualmente? Sí No

Si la respuesta es Capítulo 7 Capítulo 11 Capítulo 13
"sí", seleccione el tipo:

¿Cuándo se declaró en bancarrota? _____ ¿Dónde? _____

Su número de caso: _____

PARTE 7. SU DECLARACIÓN SOBRE EL SOBREPAGO:

A continuación, explique en detalle por qué opina que debemos otorgarle una exención de reembolso de sobrepago. Explique todos los detalles. Debe incluir la fecha y su firma en su solicitud.

Usted debe demostrar que el reembolso del sobrepago sería contrario a la equidad y la buena consciencia, que su situación financiera ha empeorado debido al pago de beneficios federales para la pandemia o que el reembolso de los beneficios federales para la pandemia sería inconcebible debido a sus circunstancias.

Si hay algún motivo o motivos especiales por los que usted necesite la exención de reembolso del sobrepago, háganoslo saber. Incluya todos los gastos especiales que tenga, los problemas familiares o personales que afecten su capacidad de hacer el reembolso, o cualquier otro motivo que le parezca importante. Use hojas adicionales si es necesario. La resolución sobre la exención se basará en la información proporcionada en esta solicitud.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Entiendo que es un delito penal dar información falsa y certifico que mis ingresos, mis gastos y mis respuestas a las preguntas de este formulario son verdaderos y exactos. Dar respuestas falsas a las preguntas se puede considerar fraude de seguro de desempleo.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Debe presentar su solicitud dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha postal de la determinación de sobrepago. Usted puede enviar la solicitud por correo electrónico a Overpaymentwaiver@gdol.ga.gov o por correo postal a la siguiente dirección: Department of Labor, Attn: Overpayment Unit – Waiver Request, P.O. Box 3433, Atlanta, GA 30302.

Si tiene alguna pregunta o necesita instrucciones adicionales con respecto a esta solicitud, llame al 1-877-709-8185 y diga "Overpayment Unit" (Unidad de Sobrepagos) cuando se le indique.