pennsylvania
DEPARTMENT OF LABOR & INDUSTRY
UNEMPLOYMENT COMPENSATION BOARD OF REVIEW

PETICIÓN DE APELACIÓN

(WEB)

Si usted desea apelar un aviso de determinación, llene la sección I abajo y presente este formulario. Para estar a tiempo, la apelación deberá ser presentada a más tardar en la fecha indicada en la determinación.

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS SECCIÓN I

SECCIÓN I: PARA SER LLENADA POR EL APELANTE

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL RECLAMANTE:

FECHA DE LA DETERMINACIÓN APELADA

NRO. DEL SEGURO SOCIAL XXX-XX-
(Por favor, introduzca los últimos 4 dígitos de su número de la seguridad social)

NRO. TELÉFONO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL ÚLTIMO TRABAJO:

NRO. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR

RAZÓN(ES) POR LAS QUE ESTÁ EN DESACUERDO CON LA DETERMINACIÓN Y ESTÁ PRESENTANDO LA APELACIÓN:

Declaro que toda la información que he proveído en este documento es correcta y completa. Reconozco que falsos testimonios son sancionables de acuerdo con 18 Pa.C.S. § 4904, relacionado con el dar declaraciones falsas, sin juramento, a las autoridades.

_____
NOMBRE DE LA PERSONA PRESENTANDO LA APELACIÓN

SECCIÓN II: PARA SER LLENADA ÚNICAMENTE POR EL CENTRO DE SERVICIO DEL UC

APPEAL FILED ON _____ REFEREE OFFICE _____ APPEAL NO. _____

APPEAL FILED BY: CLAIMANT ☐ EMPLOYER ☐ EMPLOYMENT SECURITY ☐

APPEAL RECEIVED BY: EMAIL ☐

TYPE CLAIM: UC ☐ UCFE ☐ UCX ☐ EB ☐ DUA ☐ TRA ☐ TRADE ACT PETITION NO. _____ OTHER _____ NAFTA PETITION NO. _____

APPELLANT REQUIRES ASSISTANCE BECAUSE OF DISABILITY WITH: HEARING ☐ SPEECH ☐ VISION ☐

FOR THE FOLLOWING SPOKEN LANGUAGE _____ OTHER _____

ELIGIBLE SECTION(S) _____ INELIGIBLE SECTION(S) _____

APPLICATION FOR BENEFITS DATE _____ CLAIM WEEK(S) RULED ON _____

_____ UC SERVICE CENTER _____
SIGNATURE OF APPEAL CLERK

NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER(S) AND ANY OTHER PARTY INVOLVED IN THE CLAIMANT'S ELIGIBILITY
EMPLOYER'S ADDRESS **EMPLOYER'S REPRESENTATIVE (IF ANY)**

REINICIAR IMPRIMIR GUÁRDELO COMO ENVIAR