

# SOLICITUD PARA CANCELAR LA EXENCIÓN

Usted puede usar este formulario para solicitar que cancelemos una exención de sobrepago que le otorgamos en una carta de determinación de exención de sobrepago. La solicitud no se puede presentar hasta que se haya tomado una determinación.

Por favor tenga en cuenta que **este formulario no es para solicitar una exención de sobrepago**. Use este formulario solo para solicitar la cancelación de una exención que ya recibió pero que no quiere.

\* **Campos obligatorios.**

\* **Número de identificación de reclamante:** \_\_\_\_\_

\* **Nombre y apellido(s):** \_\_\_\_\_

\* **Dirección postal actual:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* **Número de identificación de la carta:** \_\_\_\_\_ *(Vea la esquina superior derecha de su **carta de determinación de exención de sobrepago** para obtener el número de identificación de la carta)*

*Una solicitud de cancelación por cada carta de determinación recibida.*

Necesito un intérprete      Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Si ya pagó este sobrepago y le reembolsamos el dinero debido a la exención de sobrepago, nos deberá este dinero otra vez.

\*  **Al solicitar esta cancelación de la exención de mi sobrepago, entiendo que debo pagar el sobrepago, incluyendo cualquier cantidad reembolsada que podría haber recibido.**

Firma: \_\_\_\_\_

**Imprima esta página y envíela una vez por fax o por correo postal a la dirección que se indica a continuación con cualquier información adicional que desee proporcionar. Visite su oficina local de WorkSource si necesita ayuda para enviar esta solicitud por fax.**

El Departamento para la Seguridad del Empleo es un empleador/programa con oportunidades equitativas. La previa solicitud de equipos auxiliares y servicios están disponibles para los individuos con discapacidades. Los servicios de asistencia con el idioma para las personas con dominio limitado del inglés están disponibles sin costo. Servicio de retransmisión de Washington 711.

Claims Center Appeals, PO Box 19018 • Olympia, WA 98507-0018 • Fax 800-301-1795