

7. Comentarios y explicaciones del reclamante:

B. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

CERTIFICACIÓN: Certifico que la información que he proporcionado anteriormente, que se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir la Asistencia de Desempleo por Desastre, es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que estoy sujeto a sanciones administrativas o acciones legales en caso de retener información o brindar información falsa para obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho.

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA (mes/día/año)
------------------------	---------------------

C. DETERMINACIÓN DE LA AGENCIA ESTATAL

FOR OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE IN THIS SPACE SOLO PARA USO INTERNO - NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

Amount of DUA payment authorized for the week:..... \$ _____

DUA reduced or denied for the week claimed above.

DUA termination date: _____

REASON FOR DETERMINATION:

SIGNATURE OF STATE AGENCY REPRESENTATIVE:	DATE AUTHORIZED (Month/Day/Year):
---	-----------------------------------

D. DERECHOS DE APELACIÓN

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una Reconsideración o presentar una Apelación. Su apelación o solicitud de reconsideración debe realizarse por escrito en un formulario del departamento o por carta y presentarse en persona o por correo. Si solicita una Reconsideración, debe presentar la solicitud dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la fecha de entrega o envío de este aviso. Si presenta una apelación, ésta debe presentarse dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de entrega o envío de este aviso.