

***** Este formulario debe completarse en inglés *****

Claimant Information/Información del demandante	
Name/Nombre: _____	ADES appeals number/Número de apelaciones de ADES: _____
Address/Dirección: _____	
City, State, Zip Code/Ciudad, estado, código postal: _____	Social security number/Número de seguridad social: _____
Telephone/Teléfono: _____	
Email/Correo electrónico: _____	Employer name/Nombre del empleador: _____

**Application for Appeal from
Appeals Board Decision
Solicitud de apelación de
la decisión de la oficina de apelaciones**

*****This form must be filed at the Arizona Department of Economic Security Office of Appeals. You cannot use the ADES portal to file this document. *****

*****Este formulario debe presentarse ante la oficina de apelaciones del Departamento de seguridad económica de Arizona. No puede utilizar el portal ADES para presentar este documento. *****

**** * * Este formulario debe completarse en inglés * * ****

Use this form to ask the Court of Appeals to review the Arizona Department of Economic Security Appeals Board decision.

File this form by faxing it to 602-257-7056 or by mailing/delivering it to the Arizona Department of Economic Security Office of Appeals at 2200 N. Central Ave., Suite 100, Phoenix, AZ 85004.

The Arizona Department of Economic Security will forward this application to the Court of Appeals. Once the court receives your application, it will send you an appellate case number.

Utilice este formulario para pedir al tribunal de apelaciones que revise la decisión de la oficina de apelaciones del Departamento de seguridad económica de Arizona.

Envíe este formulario por fax a 602-257-7056 o por correo a la oficina de apelaciones del Departamento de seguridad económica de Arizona a 2200 N. Central Ave., Suite 100, Phoenix, AZ 85004.

El Departamento de seguridad económica de Arizona enviará esta solicitud al tribunal de apelaciones. Una vez que el tribunal reciba su solicitud, le enviará un número de caso de apelación.

**Application for Appeal
from
Appeals Board Decision**

**Solicitud de apelación
de
la decisión de la oficina de apelaciones**

1. Name of party filing application/Nombre de la parte que presenta la solicitud:

2. Date of ADES Appeals Board decision/Fecha de la decisión de la oficina de apelaciones en ADES:

3. Why do you think the Appeals Board decision is wrong? (*Attach additional pages if needed*)./ ¿Por qué cree que la decisión de la oficina de apelaciones es incorrecta? (*Adjunte páginas adicionales si es necesario.*)

Signature/Firma

Printed Name/Aclaración

Date/Fecha

REMEMBER/RECUERDE:

File this form by faxing it to 602-257-7056 or by mailing/delivering it to the Arizona Department of Economic Security Office of Appeals at 2200 N. Central Ave., Suite 100, Phoenix, AZ 85004. Give a copy of your completed form to every other party in this case.

Envíe este formulario por fax a 602-257-7056 o por correo a la oficina de apelaciones del Departamento de seguridad económica de Arizona a 2200 N. Central Ave., Suite 100, Phoenix, AZ 85004. Envíe una copia de su formulario completo a todas las partes en este caso.