



# COMMONWEALTH of VIRGINIA

## Virginia Employment Commission

Carrie Roth  
Commissioner

6606 West Broad Street  
Richmond, VA 23230

Post Office Box 26441  
Richmond, VA 23261-6441

### Petición de Cancelación de Solicitud

Usted **DEBE** rellenar y devolver este documento a la Comisión de Empleo de Virginia no más tarde de la fecha final para apelar de su Determinación Monetaria con el fin de procesar su petición de cancelación de solicitud.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la Solicitante: \_\_\_\_\_

SSN del/de la Solicitante: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente solicito y autorizo a la Comisión de Empleo de Virginia a cancelar mi solicitud de seguro de desempleo presentado el \_\_\_\_\_ con fecha de entrada en vigor de \_\_\_\_\_.

Mi petición para cancelar esta solicitud cumple con todos los criterios para cancelar solicitudes:

- La petición de cancelación de la solicitud **DEBE** realizarse dentro del período de apelación de 30 días de la determinación monetaria.
- **NO** se ha efectuado ningún pago relacionado con la solicitud.
- **NO** se ha emitido ninguna determinación de separación no monetaria.

Mi petición para cancelar esta solicitud es debida a la siguiente razón o razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo además que, al cancelar esta solicitud, todos los registros relacionados se eliminarán de las bases de datos de la Comisión de Empleo de Virginia y que, si pierdo mi empleo en el futuro, tendré que volver a solicitar los beneficios del seguro de desempleo.

No devolver este formulario rellenado y firmado antes o en la **FECHA DE APELACIÓN QUE FIGURA EN MI DETERMINACIÓN MONETARIA** puede resultar en la denegación de esta petición.

Firma del/de la Solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

El documento rellenado debe enviarse por fax al **(276) 935-7712** o por correo a:

**Comisión de Empleo de Virginia**  
**4299 Slate Creek Road, Grundy, Virginia 24614**