

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

<b>Claimant Information/Información del demandante</b>	
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.*