

SAMPOL, sanggunian lamang ang pahinang ito.



EDD Mga Numero ng Telepono:
INGLES 1-800-300-5616
ESPANYOL 1-800-326-8937
CANTONESE 1-800-547-3506
MANDARIN 1-866-303-0706
VIETNAMESE 1-800-547-2058
TTY (hindi voice) 1-800-815-9387
website: edd.ca.gov

PORMULARYO NG APELA

Kung hindi ka sumasang-ayon sa Paunawa ng (mga) Pagpapasya (Notice of Determination(s)) at/o (mga) Pagpapasya/Desisyon ng EDD, maaari mong iapela ang (mga) desisyon sa Lupon para sa mga Apela sa Seguro sa Pagkawala ng Trabaho sa California (CUIAB) sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito at pagpapaliwanag kung bakit hindi ka sumasang-ayon. Kailangan mong pirmahan ang form at ibalik ito sa EDD sa address ng tanggapan na nakalista sa itaas sa paunawa na iyong inaapela. **MAYROON KANG 30 ARAW MULA SA PETSANG PAGPAPADALA NG PAUNAWANG ITO PARA MAGHAIN NG APELA SA ORAS.** Kung mag-aapela ka pagkatapos ng 30 araw, kailangan mong isama ang dahilan ng pagkaantala. Ang hukom ng pang-administratibong batas (ALJ) ay magpapasya kung may mabuti kang dahilan sa pagkaantala. Kung nagpasya ang ALJ na wala kang mabuting dahilan sa naantalang pagsusumite ng iyong apela, ipapawalang-saysay ang iyong apela.

MGA CLAIMANT: Habang nakabinbin ang iyong apela, **kailangan mong patuloy na sertipikahan ang iyong mga benepisyo.** Kung natagpuan kang karapat-dapat, maaari ka lamang mabayaran para sa mga panahon kung kailan nagsertipika ka at natugunan mo ang lahat ng iba pang mga kailangan sa pagiging karapat-dapat.

TANDAAN: Ang mga Claimant para sa Tulong sa Kawalan ng Trabaho sa Panahon ng Sakuna (DUA) ay may 60 araw para maghain ng apela. Ang mga Claimant para sa Tulong sa Kawalan ng *Trabaho sa Panahon ng Sakuna* (DE 3807) ay may 30 araw para maghain ng apela.

SEKSYON I IMPORMASYON TUNGKOL SA NAG-AAPELA	
MGA TAGUBILIN: Ang sumusunod na impormasyon ay kailangang ibigay ng Nag-aapela (ang claimant o employer na nag-aapela sa paunawa), o sa pamamagitan ng inawtorisahang agent o kinatawan ng Nag-aapela. Kailangan ang pirma ng Nag-aapela o agent. Mangyaring gumamit ng ITIM NA TINTA kapag sinasagutan ang form na ito.	
Pangalan ng Claimant: <u>XXXX</u>	Numero ng Social Security: <u>XXX-XX-0000</u>
Kailangan mo ba ng tagapagsalin sa wika? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Kung oo, anong wika/diyalekto? <u>XXXX</u>
Address ng Nag-aapela: <u>XXXX</u>	Numero ng Telepono: <u>(000) 000-0000</u>
<u>XXXX</u> Numero ng Kalye, Numero ng No., or PO Box	Numero ng Fax: <u>(000) 000-0000</u>
<u>XXXX</u> Lungsod <u>XX</u> Estado <u>00000</u> ZIP Code	
E-mail Address: <u>XXXX</u>	Numero ng Cell Phone: <u>(000) 000-0000</u>
<input type="checkbox"/> Inaawtorisahan ko ang CUIAB na ipadala ang kumpidensyal na impormasyon tungkol sa aking apela sa e-mail address na nakalista sa itaas.	
<input type="checkbox"/> Inaawtorisahan ko ang CUIAB na ipadala ang kumpidensyal na impormasyon tungkol sa aking apela sa pamamagitan ng text message o voice mail sa numero ng cell phone na nakalista sa itaas.	
Kumpletuhin ang seksyong ito para sa mga apela ng employer lamang	
Numero ng Account ng Employer: <u>0000</u>	Pangalan ng Agent (kung naaangkop): <u>XXXX</u>
Address ng Agent: <u>XXXX</u>	<u>XXXX</u> Lungsod <u>XX</u> Estado <u>00000</u> ZIP Code

SEKSYON II PAHAYAG NG NAG-AAPELA
MGA TAGUBILIN: Ipaliwanag ang dahilan ng iyong apela at kung bakit hindi ka sumasang-ayon sa (mga) desisyon. Kung kailangan, maglakip ng karagdagang pahina sa form na ito at isulat ang iyong pangalan at numero ng Social Security sa bawat pahina.
Hindi ako sumasang-ayon sa pagpapasya sa paunawang pinetsahan noong <u>MM/DD/YYYY</u> dahil <u>XXXX</u>
Pirma ng Nag-aapela o Agent: _____ Petsa: <u>MM/DD/YYYY</u>