نموذج، هذه الصفحة كمرجع فقط.



أرقام هواتف إدارة EDD: 1-800-300-5616 الإنجليزية 1-800-326-8937 الإسبانية 7-800-547-3506 الكانتونية 6-806-303-0706 الصينية الماندرين 8-806-303-0706 الفيتنامية 1-800-547-2058 الهاتف النصي (لا صوتي) edd.ca.gov

نموذج الطعن

إإذا كنت لا توافق على الإشعار بالقرار (ات) و/أو القرار (ات)/ الأحكام التي اتخذتها إدارة EDD، يمكنك تقديم طعن في القرار (ات) إلى مجلس الطعون التابع لإدارة التأمين الخاص بالبطالة في كاليفورنيا (CUIAB)، وذلك من خلال إكمال هذا النموذج وتوضيح لسبب عدم موافقتك. يجب عليك توقيع النموذج وإرساله إلى إدارة EDD على عنوان المكتب المدرج على إشعار الطعن. لديك 30 يومًا من تاريخ البريد الموجود على الإشعار لطلب طعن في الوقت المناسب. ذا قدمت الطعن بعد انتهاء فترة الـ 30 يومًا، يجب عليك تضمين سبب التأخر. سيقوم قاضي القانون الإداري (ALJ) بالبت فيما إذا كان لديك سبب وجيه للتأخر. إذا قرر قاضى القانون الإداري (ALJ) أنه ليس لديك سبب وجيه لتقديم طعنك متأخرًا، سيتم رفض طعنك.

المدعون: بينما تنتظر البت في طعنك، يجب عليك الاستمرار في مصادقة المخصصات. إذا تم اعتبارك مؤهلاً، يمكن أن تتلقى دفعات نظير الفترات التي تمت المصادقة عليها فقط والتي كنت تستوفى فيها كافة متطلبات الأهلية.

ملاحظة: مطالبو معونة البطالة في حالة الكوارث (DUA) لديهم 60 يومًا لتقديم طعن. أرباب العمل الذين يطعنون في الشعار بقرار أو تقبيم (DE 3807)، لديهم 30 يومًا لتقديم طعن.

	القسم الأول معلومات مقدم الطعن
ي الإشعار)، أو من خلال وكيل مخوّل أو ممثل لمقد الطلب.	التعليمات: يجب تقديم المعلومات التالية من قِبل مقدم الطعن (المدعي أو رب العمل الذي يطعن في
	توقيع مقدم الطعن أو الوكيل إلزامي. يرجى استخدام حبر أسود عند إكمال هذا النموذج.
قم الضمان الاجتماعي:XXX-XX-0000	اسم المدعي: XXXX
هل تحتاج إلى مترجم؟ 📗 نعم 🔲 لا إذا كانت الإجابة نعم، ما هي اللغة/اللهجة؟ XXXX	
رقم الهاتف: 0000 – 000 (000)	عنوان مقدم الطعن: XXXX
رقم الفاكس: 0000 - 000 (000)	رقم الشارع، أو رقم الشقة، أو صندوق البريد XXXX (0000 XX
رقم الهاتف النقال: 0000 - 000 (000)	المدينة الولاية الرمز البريدي
	عنوان البريد الإلكتروني: XXXX
☐ أخول CUIAB بارسال معلومات سرية بشأن الطعن الخاص بي عبر عنوان البريد الإلكتروني المذكور أعلاه.	
. صوتي إلى رقم هاتفي النقال المذكور أعلاه.	ا أخول CUIAB بإرسال معلومات سرية بشأن الطعن الخاص بي عبر رسالة نصية أو بريد
	أكمل هذا القسم من أجل الطعون الخاصة برب العمل فقط
	رقم حساب رب العمل: اسم الوكيل (إذا كان ذلك منطبقًا): XX
XXX م 00000 المدينة الرمز البريدي المدينة المدينة المدينة المراكب	عنوان الوكيل: XXXX رقم الشارع، أو رقم الشقة، أو صندوق البريد
القسم الثاني إفادة مقدم الطعن	
التعليمات: اشرح سبب تقديمك للطعن، ولماذا لا توافق مع القرار (القرارات). إذا لزم الأمر، ارفق صفحات إضافية بهذا النموذج، واكتب اسمك ورقم الضمان	
الاجتماعي الخاص بك في كل صفحة.	
لا أوافق على القرار الذي جاء في الإشعار المؤرخ في شهر/يوم/سنة بسبب	
XXXX	
	.5 . 5 .
التاريخ: شهر/يوم/سنة	توقيع مقدم الطعن أو الوكيل:
	التحقق أو الوحيل.