

نمونه، این صفحه فقط برای ارجاع است.



شماره تلفن های رایگان EDD:
 1-800-300-5616 انگلیسی
 1-800-326-8937 اسپانیولی
 1-866-303-0706 ماندرینی
 1-800-547-2058 ویتنامی
 1-800-547-3506 کانتونی
 1-866-333-4606 سلف سرویس
 1-800-815-9387 TTY (غیرصوتی)

تاریخ پست: 0000/00/00
 فقط برای استفاده اداری: 000000000000
 BYB: 0000/00/00

نام خواهان	اداره منطقه ای
آدرس خواهان	آدرس خیابان
شهر، ایالت، کد پستی	شهر، ایالت، کد پستی
	آدرس اداره منطقه ای

اطلاعیه حق دریافت مزایای بیمه بیکاری در انتظار تجدینظر

مکاتبات شما دارای مهر پستی/دریافت شده 0000/00/00 در رابطه با تصمیم اخیر این اداره است. این تصمیم به دقت بررسی شده است و به نظر می رسد که درست باشد. درخواست تجدینظر پردازش شده و به XXXX دفتر استیناف، شماره تلفن 000-000-0000 ارسال شده است.

فرم های درخواست مزایای بیمه بیکاری (UI) برای هفته (های) منتهی به 0000/00/00 در یک پاکت جداگانه پست می شود. شما این حق را دارید که در حین انتظار درخواست تجدینظر خود از مزایای UI بهره مند شوید. حتی اگر مایل به دریافت مزایای UI نیستید، باید تا زمانی که رای قاضی حقوق اداری را دریافت نکردید، برای هر هفته بیکاری گواهی ارائه دهید.

اگر انتخاب کنید که مزایای UI را حین انتظار برای جلسه استیناف می خواهید دریافت کنید، در صورتی که واجد شرایط آن باشید، این اداره مزایای UI مربوطه را پرداخت خواهد کرد. اگر قاضی تصمیم این اداره را تأیید کند، ممکن است مجبور شوید هر گونه مزایای مربوط به UI که دریافت می کنید را بازپرداخت کنید.

اگر تصمیم بگیرید که مزایای UI را حین انتظار برای جلسه استیناف دریافت نخواهید کرد، و اگر قاضی تصمیم قطعی این اداره را لغو کند و متوجه شود که شما واجد شرایط هستید، مزایای UI فقط برای آن هفته هایی که برای آن فرم درخواست را ارسال کرده و تمام الزامات واجد شرایط بودن را برآورده کرده اید، به شما پرداخت می شود.

دفتر استیناف اطلاعیه ای را برای شما ارسال می کند که در آن تاریخ، زمان و مکان جلسه رسیدگی تان درج شده است. شما باید تمام تلاش خود را برای حضور در این جلسه انجام دهید زیرا قاضی تصمیم خود را بر اساس شواهد شفاهی و کتبی در جلسه استوار خواهد کرد. در طول جلسه، به شما اجازه داده می شود که حقایق را توضیح دهید و شواهدی را در حمایت از پرونده خود ارائه دهید.

لطفاً تصمیم خود را در زیر با علامت زدن در کادر مناسب مشخص کنید. شما باید این فرم را امضا کرده، تاریخ بزنید و به ما بازگردانید.

من مایلم که این اداره در طول دوره تجدینظر، مزایای UI را به من بپردازد. اگر تصمیم اخذ شده در مورد درخواست تجدید نظر علیه من باشد، می دانم که ممکن است در قبال بازپرداخت چنین مزایایی مسئول باشم.

می دانم که حق دریافت مزایای UI را در طول دوره تجدینظر دارم، اما می خواهم مزایای UI خود را در حالت تعلیق در انتظار نتیجه درخواست تجدینظر قرار دهم.

امضاء خواهان _____ تاریخ امضاء 0000/00/00

هنگامی که این فرم را تکمیل و امضا کردید، فوراً آن را در پاکت ضمیمه شده به دفتر ما بازگردانید.