



Телефоны департамента EDD:
 Английский: 1-800-300-5616
 ИСПАНСКИЙ 1-800-326-8937
 КАНТОНСКИЙ КИТАЙСКИЙ 1-800-547-3506
 Мандаринский китайский 1-866-303-0706
 Вьетнамский 1-800-547-2058
 ТТУ (не голосовая связь) 1-800-815-9387
 Сайт: www.edd.ca.gov

ФОРМА АПЕЛЛЯЦИИ

Если Вы не согласны с «Извещением о принятом решении» (Notice of Determination) и/или решениями департамента EDD, то можете подать на это решение апелляцию в Апелляционный совет Калифорнии по вопросам страховки по безработице (California Unemployment Insurance Appeals Board, CUIAB). Для этого заполните настоящую форму и объясните, почему Вы не согласны. Вы должны подписать эту форму и прислать в департамент EDD по адресу, приведенному в извещении, с которым Вы не согласны. **ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ В СРОК, У ВАС ЕСТЬ 30 ДНЕЙ СО ДНЯ, КОТОРЫМ ДАТИРОВАНО ИЗВЕЩЕНИЕ, С КОТОРЫМ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ.** Если Вы подадите апелляцию позже, чем через 30 дней, Вам нужно указать причину задержки. Была ли причина задержки уважительной, решит судья по административным делам (administrative law judge, ALJ). Если судья ALJ решит, что причина задержки не была уважительной, то Ваша апелляция рассмотрена не будет.

ЗАЯВИТЕЛИ: Пока Ваша апелляция рассматривается, **Вы должны по-прежнему проходить сертификацию на пособие.** Если Вас признают имеющим право на пособие, то Вы можете получать пособие на периоды, на которые Вы сертифицированы, если в Вашем случае выполняются также другие требования.

ПРИМЕЧАНИЕ. Заявители на пособие по потере трудоустройства в связи со стихийным бедствием (Disaster Unemployment Assistance, DUA) имеют 60 дней, чтобы подать апелляцию. Работодатели, подающие апелляцию по поводу извещения о решении или проверке (Notice of Determination or Assessment (DE 3807)), имеют 30 дней, чтобы подать апелляцию.

РАЗДЕЛ I СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ	
ИНСТРУКЦИИ. Тому, кто подает апелляцию, (заявитель или работодатель, подающих апелляцию на извещение, или уполномоченный представитель заявителя) нужно предоставить следующие сведения. Тот, кто подает апелляцию, или его представитель, должен подписать эту форму. Для заполнения формы используйте ЧЕРНЫЕ ЧЕРНИЛА.	
Имя, фамилия заявителя: <u>XXXX</u>	Номер социального страхования: <u>XXX-XX-0000</u>
Вам требуется переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, какой язык/диалект? <u>XXXX</u>
Адрес лица, подающего апелляцию: <u>XXXX</u>	Номер телефона: <u>(000) 000-0000</u>
<u>XXXX</u> Номер дома и улица, квартира или почт. ящик (PO Box)	Номер факса: <u>(000) 000-0000</u>
<u>XX</u> <u>0000</u> Город Штат Почтовый индекс	
Адрес эл. почты: <u>XXXX</u>	Номер мобильного тел: <u>(000) 000-0000</u>
<input type="checkbox"/> Я разрешаю совету CUIAB присылать мне конфиденциальные сведения по вопросам моей апелляции на указанный выше адрес электронной почты. <input type="checkbox"/> Я разрешаю совету CUIAB присылать мне конфиденциальные сведения по вопросам моей апелляции в виде текстовых или голосовых сообщений на указанный выше номер мобильного телефона.	
Этот раздел формы заполняется только в случае апелляций, поданных работодателями	
Номер учетной записи работодателя: <u>0000</u>	Имя/название представителя (если применимо): <u>XXXX</u>
Адрес представителя: <u>XXXX</u>	<u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> Номер дома и улица, квартира или почт. ящик (PO Box) Город Штат Почтовый индекс

РАЗДЕЛ II ЗАЯВЛЕНИЕ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО АПЕЛЛЯЦИЮ
ИНСТРУКЦИИ. Объясните причину, по которой вы подаете апелляцию, и почему вы не согласны с принятым решением. Если нужно, приложите к этой форме дополнительные страницы. На каждой странице напишите свое имя/название и номер социального страхования.
Я не согласен с решением, приведенным в извещении, датированном <u>MM/ДД/ГГГГ</u> потому что <u>XXXX</u> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Подпись лица, подающего апелляцию, или его представителя: _____ Дата: <u>MM/ДД/ГГГГ</u>