

範本，此頁面僅供參考。



加州就業發展廳 (EDD) 免費電話號碼：  
 英語 1-800-300-5616  
 西班牙語 1-800-326-8937  
 國語 1-866-303-0706  
 越南語 1-800-547-2058  
 粵語 1-800-547-3506  
 自助服務 1-866-333-4606  
 聽障專線 (非語音) 1-800-815-9387

郵寄日期： 00/00/0000

僅限辦公使用： 000000000000

福利年份結束日期 (BYB)： 00/00/0000

申請人姓名 \_\_\_\_\_

申請人地址 \_\_\_\_\_

城市、州、郵遞區號 \_\_\_\_\_

現場辦事處 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_

城市、州、郵遞區號 \_\_\_\_\_

現場辦事處位址

### 上訴待決期間領取失業保險福利權利通知

特此確認，已收到您郵戳/收件日期為 00/00/0000 關於本廳最近決定的信件。經過仔細審查，該決定看來正確無誤。上訴已處理並轉發給 XXXX 上訴辦公室，電話：000-000-0000。

截至 00/00/0000 那一週的失業保險福利申請表會單獨另寄。您在上訴期間有權獲得失業保險福利。即使無意領取失業保險福利，也應繼續為每個失業週福利提供證明，直至收到行政法官的決定。

如果選擇在上訴聽證會期間領取失業保險福利並符合其他條件，本廳即會支付失業保險福利。如果法官確認本廳的決定，您可能必須償還收到的任何失業保險福利。

如果選擇在上訴聽證會期間不領取失業保險福利，而且法官推翻了本廳的確定決定並認定您符合資格，您只能就遞交了申請表並滿足了所有其他資格要求的那幾週獲得失業保險福利。

上訴辦公室會給您寄一份通知，說明您聽證會的日期、時間和地點。您應竭盡全力出席聽證會，因為法官會根據聽證會上的口頭和書面證據做出決定。在聽證會期間，准許您說明事實並呈示支持自己個案的證據。

請在下方勾選相應方塊表明決定。必須簽署、註明日期並交回此表。

本人希望貴廳在上訴期間向本人支付失業保險福利。本人知曉，如果上訴決定對本人不利，本人可能必須償還這些福利。

本人知曉，本人有權在上訴期間領取失業保險福利，但是，本人希望在上訴結果出來之前暫停領取失業保險福利。

\_\_\_\_\_  
申請人簽名

00/00/0000  
\_\_\_\_\_  
簽署日期

填完並簽署此表後，請馬上放入隨附信封寄回本辦公室。