

## APPEAL FORM

If you disagree with the Notice of Determination(s) and/or Determination(s)/Rulings by the EDD, you may appeal the decision(s) to the California Unemployment Insurance Appeals Board (CUIAB) by completing this form and explaining why you disagree. You must sign the form and return it to the EDD at the office address listed on the notice that you are appealing. **YOU HAVE 30 DAYS FROM THE MAIL DATE OF THE NOTICE TO FILE A TIMELY APPEAL.** If you appeal after the 30-day period, you must include the reason for the delay. The administrative law judge (ALJ) will determine whether you had good cause for the delay. If the ALJ determines you did not have good cause to submit your appeal late, your appeal will be dismissed.

**CLAIMANTS:** While your appeal is pending, **you must continue to certify for benefits.** If you are found eligible, you can be paid only for periods for which you have certified and have met all other eligibility requirements.

NOTE: Claimants for Disaster Unemployment Assistance (DUA) have 60 days to file an appeal. Employers appealing the *Notice of Determination or Assessment*, DE 3807, have 30 days to file an appeal.

### **SECTION I APPELLANT INFORMATION**

**INSTRUCTIONS:** The following information must be provided by the Appellant (the claimant or employer who is appealing a notice), or by the authorized agent or representative of the Appellant. The signature of the Appellant or agent is required. Please use **BLACK INK** when filling out this form.

Claimant Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Do you need a translator?  Yes  No If yes, what language/dialect? \_\_\_\_\_

Appellant Address: \_\_\_\_\_ Telephone No.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Street No., Apt. No., or P.O. Box

\_\_\_\_\_ Fax No.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
City State ZIP Code

E-mail Address: \_\_\_\_\_ Cell Phone No.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- I authorize the CUIAB to send confidential information regarding my appeal to the e-mail address listed above.
- I authorize the CUIAB to send confidential information regarding my appeal by text message or voice mail to the cell phone number listed above.

#### **Complete this section for employer appeals only**

Employer Account Number: \_\_\_\_\_ Agent Name (if applicable): \_\_\_\_\_

Agent Address: \_\_\_\_\_  
Street No., Apt. No., or P.O. Box City State ZIP Code

### **SECTION II APPELLANT STATEMENT**

**INSTRUCTIONS:** Explain the reason for your appeal and why you disagree with the decision(s). If required, attach additional pages to this form and write your name and Social Security number on each page.

I disagree with the determination in the notice dated \_\_\_\_\_ because \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature of Appellant or Agent:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## ແບບຟອມຂໍອຸທອນ

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບແຈ້ງການເລື່ອງການກຳນົດ ແລະ/ຫຼືການກຳນົດ/ການຕັດສິນໂດຍທາງ EDD, ທ່ານອາດຈະອຸທອນຄຳຕັດສິນໄປຫາຄະນະບໍລິຫານງານ ການອຸທອນປະກັນໄພຫວ່າງງານຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ (CUIAB) ໂດຍການປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະໃຫ້ຄຳອະທິ າຍວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີ. ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່ແ ຟອມ ແລະສິ່ງແ ຟອມຄືນຫາ EDD ຕາມທີ່ຢູ່ຫ້ອງການທີ່ຂຽນໄວ້ ໃນແຈ້ງການທີ່ທ່ານກຳລັງອຸທອນ. **ທ່ານມີເວລາ 30 ວັນ ນັບຈາກມີສິ່ງແຈ້ງການ ເພື່ອຍື່ນການອຸທອນໃຫ້ທັນເວລາ.** ຖ້າທ່ານອຸທອນຫຼັງຈາກໄລຍະ 30 ວັນແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງບອກເຫດຜົນໃນຄວາມຊັກຊ້ານັ້ນ. ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ (ALJ) ຈະກຳນົດວ່າ ທ່ານມີເຫດຜົນດີພໍຕໍ່ກັບການຊັກຊ້ານັ້ນບໍ່. ຖ້າ ALJ ກຳນົດວ່າ ທ່ານບໍ່ມີເຫດຜົນດີພໍທີ່ຈະສິ່ງການອຸທອນຂອງທ່ານຊັກຊ້າໄດ້, ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກ.

**ຜູ້ຮຽກຮ້ອງ:** ໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານຍັງຄ້າງຢູ່, **ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສືບຕໍ່ຍິ່ງຍືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.** ຖ້າຫາກພົບວ່າ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຈ່າຍໃຫ້ພຽງແຕ່ໃນໄລຍະທີ່ທ່ານໄດ້ຍິ່ງຍືນ ແລະມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຕາມການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບອື່ນໆກອນ.

ໝາຍເຫດ: ຜູ້ຮຽກຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານຈາກໄພພິ ດ (DUA) ມີເວລາຍື່ນການອຸທອນ 60 ວັນ. ນາຍຈ້າງທີ່ຍື່ນການອຸທອນແຈ້ງການເລື່ອງການກຳນົດ ຫຼືການປະເມີນ, DE 3807, ມີເວລາຍື່ນການອຸທອນ 30 ວັນ.

### ພາກທີ I ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ອຸທອນ

**ຂໍ້ແນະນຳ:** ຜູ້ອຸທອນ (ຜູ້ຮຽກຮ້ອງ ຫຼືນາຍຈ້າງ ຜູ້ທີ່ກຳລັງອຸທອນແຈ້ງການ), ຫຼືຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດ ຫຼືຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ອຸທອນ ຈະຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້. ຈະຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງຜູ້ອຸທອນ ຫຼືຕົວແທນ. ກະລຸນາຂຽນດ້ວຍໝັກສິດຳ ມືອປະກອບແບ ຟອມນີ້.

ຊື່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງ: \_\_\_\_\_ ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ທ່ານຕ້ອງການຜູ້ແປພາສາໃຫ້ບໍ?  ແມ່ນແລ້ວ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ຕ້ອງການພາສາ/ພາສາຖິ່ນໃດ? \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ອຸທອນ: \_\_\_\_\_ ໂທລະສັ : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
ຖະໜົນເລກທີ, ອາພາດເມັ້ນ ລກທີ, ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ.

\_\_\_\_\_ ແຟັກ: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
ມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ

ທີ່ຢູ່ອີເມວ: \_\_\_\_\_ ໂທລະສັບມືຖື: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ CUIAB ສິ່ງຂໍ້ມູນລັບກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງຂ້ອຍໄປຫາອີເມວທີ່ຂຽນໄວ້ຂ້າງເທິງ.
- ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ CUIAB ສິ່ງຂໍ້ມູນລັບກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງຂ້ອຍໂດຍທາງຂໍ້ຄວາມໜັງສື ຫຼືຂໍ້ຄວາມສຽງໄປຫາ ໂທລະສັບມືຖືທີ່ຂຽນໄວ້ຂ້າງເທິງ.

### ປະກອ ພາກນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນສຳລັບນາຍຈ້າງທີ່ອຸທອນເທົ່ານັ້ນ

ໝາຍເລກບັນຊີຂອງນາຍຈ້າງ: \_\_\_\_\_ ຊື່ຕົວແທນ (ຖ້າມີ): \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ຕົວແທນ: \_\_\_\_\_ ມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ \_\_\_\_\_  
ຖະໜົນເລກທີ, ອາພາດເມັ້ນ ລກທີ, ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ.

### ພາກທີ II ຄຳໃຫ້ການຂອງຜູ້ອຸທອນ

**ຂໍ້ແນະນຳ:** ອະທິບາຍເຫດຜົນໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນ. ຖ້າມີຄວາມຈຳເປັນ, ໃຫ້ຄັດຕິດເຈ້ຍເພີ່ມໃສ່ແບ ຟອມນີ້ ແລະຂຽນຊື່ຂອງທ່ານ ແລະໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຢູ່ໃນແຕ່ລະໜ້າ.

ຂ້ອຍບໍ່ເຫັນດີກັບການກຳນົດຢູ່ໃນແຈ້ງການສະບັບວັນທີ \_\_\_\_\_ ພາຍວ່າ \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ລາຍເຊັນຂອງ ຜູ້ອຸທອນ ຫຼືຕົວແທນ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_