Employment Development Department
State of California

EDD Telephone Numbers:
ENGLISH 1-800-300-5616
SPANISH 1-800-326-8937
CANTONESE 1-800-547-3506
MANDARIN 1-866-303-0706
VIETNAMESE 1-800-547-2058
TTY (non-voice) 1-800 815-9387
website: www.edd.ca.gov

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:** ____________

EDD Employment Development Department State of California

EDD ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ	1-800-300-5616
ਸਪੈਨਿਸ਼	1-800-326-8937
ਕੈਂਟੋਨੀਸ	1-800-547-3506
ਮੈਂਡਰਿਨ	1-866-303-0706
ਵਿਅਤਨਾਮੀ	1-800-547-2058
TTY (ਨਾਨ-ਵਾਇਸ)	1-800-815-9387

website: www.edd.ca.gov

ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਰਧਾਰਨ(ਨਿਰਧਾਰਨਾਂ) ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਅਤੇ/ਜਾਂ EDD ਦੇ ਨਿਰਧਾਰਨ(ਨਿਰਧਾਰਨਾਂ)/ਰੂਲਿੰਗ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਹਿਮਤੀ ਦਾ ਬਿਓਰਾ ਦੇ ਕੇ California Unemployment Insurance Appeals Board (CUIAB) ਨੂੰ ਫੈਸਲੇ(ਫੈਸਲਿਆਂ) ਦੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਜਿਸ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਉਸ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਦਫਤਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੇ EDD ਨੂੰ ਵਾਪਿਸ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਸਮਾਂਬੱਧ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ **30** ਦਿਨ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਪੀਲ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਰੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਕਾਨੂੰਨ ਜੱਜ (ALJ) ਤੈਅ ਕਰੇਗਾ/ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਕੀ ਦੇਰੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਢੁਕਵਾਂ ਕਾਰਨ ਸੀ। ਜੇ ALJ ਤੈਅ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਅਪੀਲ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦਾ ਕੋਈ ਢੁਕਵਾਂ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਖਾਰਿਜ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਦਾਅਵੇਦਾਰ: ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਲੰਬਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਕਰਨਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਸਮਿਆਂ ਲਈ ਹੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਦੂਜੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਯੋਗਤਾ ਲੋੜਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ।

ਨੋਟ: ਆਫ਼ਤ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ (DUA) ਦੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਕੋਲ ਇੱਕ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ 60 ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। *ਨਿਰਧਾਰਨ ਜਾਂ ਆਕਲਨ ਦੇ ਨੋਟਿਸ,* DE 3807 ਲਈ ਅਪੀਲ ਕਰ ਰਹੇ ਮਾਲਕਾਂ ਕੋਲ, ਇੱਕ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ 30 ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਸੈਕਸ਼ਨ I ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਹਿਦਾਇਤਾਂ**:** ਅਪੀਲਕਰਤਾ (ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਜਾਂ ਮਾਲਕ ਜੋ ਕਿਸੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ) ਜਾਂ ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਏਜੰਟ ਜਾਂ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਦੁਆਰਾ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਈ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਜਾਂ ਏਜੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰਦੇ ਸਮੇਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਲੀ ਸਿਆਹੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਂ: ____________________ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ: ________ - ____ - ______

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਅਨੁਵਾਦਕ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ/ ਬੋਲੀ? _____

ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦਾ ਪਤਾ: ____________________ ਟੇਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ.: (_______) ______ - _______

ਗਲੀ ਨੰਬਰ.,Apt. ਨੰਬਰ., ਅਤੇ P.O. ਬਾਕਸ

____________________ ____ __________ ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ.: (_______) ______ - _______

ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਈਮੇਲ ਪਤਾ: ____________________ ਸੈੱਲ ਫੋਨ ਨੰਬਰ.: (_______) ______ - _______

☐ ਮੈਂ CUIAB ਨੂੰ, ਮੇਰੀ ਅਪੀਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਪਰੋਕਤ ਸੂਚੀਬੱਧ ਈਮੇਲ ਪਤੇ ਤੇ ਭੇਜਣ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ।

☐ ਮੈਂ CUIAB ਨੂੰ, ਮੇਰੀ ਅਪੀਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਿਖਤ ਮੈਸਜ ਜਾਂ ਵਾਇਸ ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਉਪਰੋਕਤ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸੈਲਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ ਭੇਜਣ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਮਾਲਕ ਦੀਆਂ ਅਪੀਲਾਂ ਲਈ ਪੂਰਾ ਕਰੋ

ਮਾਲਕ ਦਾ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ:______________ਏਜੰਟ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ): ____________________

ਏਜੰਟ ਦਾ ਪਤਾ:____________________ ______________ ______ ________

ਗਲੀ ਨੰਬਰ.,Apt. ਨੰਬਰ., ਅਤੇ P.O. ਬਾਕਸ ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਸ਼ੈਕਸ਼ਨ II ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦਾ ਬਿਆਨ

ਹਿਦਾਇਤਾਂ**:** ਆਪਣੀ ਅਪੀਲ ਦੇ ਕਾਰਨ ਦਾ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਫੈਸਲੇ(ਫੈਸਲਿਆਂ) ਨਾਲ ਕਿਉਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ। ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਵਾਧੂ ਪੇਜ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹਰ ਪੇਜ ਤੇ ਆਪਣਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।

ਮੈਂ ___________ ਤਾਰੀਖ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਨਿਰਧਾਰਨ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿਉਂ ਕਿ

____

____

____

____

____

____

____

ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਅਤੇ ਏਜੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ:____________________ਤਾਰੀਖ**:** ______________