

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: _____ City _____ State _____ ZIP Code _____
Street No., Apt. No., or P.O. Box

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: _____

ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị không đồng ý với những quyết định trong Thông báo về Quyết định và/hoặc Quyết định/Điều lệ của EDD, quý vị có thể khiếu nại những quyết định này lên Hội đồng Khiếu nại Trợ cấp Thất nghiệp của California (California Unemployment Insurance Appeals Board, CUIAB) bằng cách điền mẫu đơn này và giải thích vì sao quý vị không đồng ý. Quý vị phải điền, ký tên vào đơn này và gửi lại cho văn phòng EDD tại địa chỉ được ghi trên thông báo mà quý vị đang khiếu nại. **Quý vị có 30 ngày kể từ ngày ghi trên thông báo này để nộp đơn khiếu nại đúng hạn.** Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại sau 30 ngày, quý vị phải ghi rõ lý do của sự chậm trễ này. Thẩm phán hành chánh (administrative law judge, ALJ) sẽ quyết định lý do chậm trễ của quý vị có chính đáng hay không. Nếu thẩm phán hành chánh quyết định là lý do nộp đơn khiếu nại chậm trễ không chính đáng, đơn khiếu nại của quý vị sẽ bị bãi bỏ.

NGƯỜI XIN TRỢ CẤP: Trong lúc đơn khiếu nại của quý vị đang được xử lý, **quý vị phải tiếp tục gửi chứng nhận có tìm việc để được hưởng trợ cấp.** Nếu Thẩm phán hành chánh quyết định quý vị hội đủ tiêu chuẩn, quý vị sẽ được trả trợ cấp thất nghiệp cho những giai đoạn quý vị đã chứng nhận và đã đáp ứng mọi yêu cầu để được hội đủ tiêu chuẩn khác.

LƯU Ý: Người xin Trợ cấp thất nghiệp vì tai họa (Disaster Unemployment Assistance, DUA) được 60 ngày để nộp đơn khiếu nại. Chủ nhân hay hãng sở khiếu nại quyết định trong *Thông báo Quyết định hay Giám định*, mẫu đơn DE 3807, có 30 ngày để nộp đơn khiếu nại.

PHẦN I THÔNG TIN VỀ NGƯỜI KHIẾU NẠI

CHỈ DẪN: Những thông tin sau đây phải được cung cấp bởi người khiếu nại (người xin trợ cấp, chủ nhân hoặc hãng sở đứng ra khiếu nại), hoặc người đại diện được ủy quyền của bên khiếu nại. Bắt buộc phải có chữ ký của người khiếu nại hoặc người đại diện. Xin dùng bút **MỰC ĐEN** để điền đơn này.

Tên của người xin trợ cấp: _____ Số an sinh xã hội: _____ - _____ - _____

Quý vị có cần thông dịch viên không? Có Không Nếu có, ngôn ngữ/thổ ngữ nào? _____

Địa chỉ của người khiếu nại: _____ Số điện thoại: (____) _____ - _____
Đường, Số nhà, Số chung cư, hoặc Số hộp thư

_____ Số fax: (____) _____ - _____
Thành phố Tiểu bang Mã bưu điện

Địa chỉ email: _____ Số điện thoại di động: (____) _____ - _____

Tôi cho phép CUIAB được gửi thông tin mật liên quan đến việc khiếu nại của tôi đến địa chỉ email được ghi ở trên.

Tôi cho phép CUIAB được gửi thông tin mật liên quan đến việc khiếu nại của tôi bằng chữ nhắn hoặc lời nhắn đến số điện thoại di động được ghi ở trên.

Phần dành riêng cho chủ nhân, hãng sở nộp đơn khiếu nại

Số trương mục của chủ nhân, hãng sở: _____ Tên người đại diện (nếu có): _____

Địa chỉ của người đại diện: _____ Thành phố Tiểu bang Mã bưu điện
Đường, Số nhà, Số chung cư, hoặc Số hộp thư

PHẦN II LỜI KHAI CỦA NGƯỜI KHIẾU NẠI

CHỈ DẪN: Giải thích lý do khiếu nại và vì sao quý vị không đồng ý với (những) quyết định này. Quý vị có thể đính kèm thêm giấy vào đơn này nếu cần và ghi tên và số an sinh xã hội của quý vị trên mỗi trang.

Tôi không đồng ý với quyết định trong thông báo đề ngày _____ vì

Chữ ký của

Người khiếu nại hoặc người đại diện: _____

Ngày: _____