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
Self-Service	1-866-333-4606
TTY (non voice)	1-800 815-9387

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT APPEAL FORM

If you want to appeal a Department determination, please explain why you disagree and return this form to the Department using the office address listed on the enclosed notice. You have 20 days from the date of the notice to file an appeal. The 20-day period may be extended for good cause. Reasons for filing an appeal after 20 days must be explained and failure to do so may result in closure of your case.

Please note that claimants for Disaster Unemployment Assistance have 60 days to file an appeal. Employers who are appealing the Department's DE 3807 Notice of Determination or Assessment have 30 days to file an appeal.

I disagree with the Department's decision dated _____ because:

_____

_____

_____

_____

_____

(Attach an additional sheet if more space is required)

CLAIMANTS: While your appeal is pending, you must continue to file a continued claim form for the period that you want to claim benefits. If you are found eligible, you can be paid only for periods for which you have filed continued claim forms and have met all other eligibility requirements. For more information on appeal hearings, visit www.cuiab.ca.gov/documents/hip_english.pdf.

The following information must be provided by the party filing the appeal (Appellant) or an authorized agent of the party filing the appeal. Signature of the appellant or agent is required.

Do you need a translator? ☐ Yes ☐ No If yes, please give language and dialect: _____

Appellant Name: _____ Appellant Telephone No.: (___) ___- ____

Appellant Fax No.: (___) ___- ____ Appellant Cell Phone No.: (___) ___- ____

Appellant E-mail Address: _____

Do you give permission for the California Unemployment Insurance Appeals Board to send confidential information regarding your appeal to this e-mail address? ☐ Yes ☐ No

Do you give permission for the California Unemployment Insurance Appeals Board to send confidential information regarding your appeal to your cell phone number listed above by text message or voice mail so that information may be received sooner? ☐ Yes ☐ No

Appellant Mailing Address: _____ _____ ____ _____
Street No., Apt. No., or P.O. Box | City | State | ZIP Code

Claimant Name: _____

Claimant Social Security Number: ___- __ - ____

Employer Account Number: ___- ____ - _
(For employer appeal only)

Agent Name (If applicable): _____

Mailing Address: _____ _____ ____ _____
Street No., Apt. No., or P.O. Box | City | State | ZIP Code

Signature
Appellant or Agent: _____ Date: _____

- Vietnamese version on other side –

Employment Development Department
State of California

Các Số Điện Thoại EDD:
Tiếng Anh 1-800-300-5616
Tiếng Việt 1-800-547-2058
Tự Phục Vụ 1-866-333-4606
TTY (không tiếng nói)1-800 815-9387

ĐƠN KHIẾU NẠI CỦA BỘ PHÁT TRIỂN NHÂN DỤNG

Nếu bạn muốn khiếu nại một quyết định của Bộ, xin giải thích tại sao bạn không đồng ý và gửi trả lại mẫu đơn cho Bộ theo địa chỉ văn phòng ghi trong tờ thông báo đính kèm. Bạn có 20 ngày kể từ ngày cấp thông báo này để đệ đơn khiếu nại. Thời kỳ 20 ngày này có thể được gia hạn nếu có lý do chính đáng. Lý do đệ đơn khiếu nại sau 20 ngày cần được giải thích rõ và nếu không thì hồ sơ của bạn sẽ bị đóng.

Xin lưu ý rằng người xin Trợ Cấp Thất Nghiệp vì Tai Họa có 60 ngày để đệ đơn khiếu nại. Chủ mướn muốn khiếu nại Đơn DE 3807 Thông Báo Quyết Định hoặc Giám Định có 30 ngày để đệ đơn khiếu nại.

Tôi không đồng ý với quyết định của Bộ đề ngày _____ bởi vì:

(Xin đính kèm thêm một tờ giấy khác nếu cần thêm chỗ để viết)

Người Xin Phúc Lợi: Trong lúc đợi xét đơn khiếu nại, bạn phải tiếp tục nộp mẫu đơn xin tiếp tục phúc lợi cho thời kỳ xin phúc lợi của mình. Nếu bạn được xét là có hội đủ điều kiện, bạn sẽ chỉ được trả tiền cho những thời kỳ bạn có nộp đơn xin tiếp tục phúc lợi và khi đã hội đủ các điều kiện hưởng phúc lợi khác. Để biết thêm thông tin về phiên xét xử đơn khiếu nại, xin viếng www.cuiab.ca.gov/documents/hip_english.pdf.

Người đệ đơn khiếu nại (Bên Khiếu Nại) hoặc người đại diện được bên khiếu nại ủy quyền phải cung cấp các thông tin sau đây. Bắt buộc phải có chữ ký của người khiếu nại hoặc người đại diện của họ.

Bạn có cần thông dịch viên? ☐ Có ☐ Không Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ và tiếng địa phương: _____

Tên Người Khiếu Nại: _____ Số Điện Thoại của Người Khiếu Nại: (___) ___- _____

Số Fax của Người Khiếu Nại: (___) ___- _____ Số Điện Thoại Di Động của Người Khiếu Nại:(___) ___- _____

Địa Chỉ Email của Người Khiếu Nại: _____

Bạn có cho phép Hội Đồng Khiếu Nại Bảo Hiểm Thất Nghiệp California gửi thông tin bảo mật liên quan đến hồ sơ khiếu nại của bạn qua địa chỉ email này hay không? ☐ Có ☐ Không

Bạn có cho phép Hội Đồng Khiếu Nại Bảo Hiểm Thất Nghiệp California gửi thông tin bảo mật liên quan đến hồ sơ khiếu nại của bạn bằng tin nhắn hoặc lời nhắn đến số điện thoại di động ghi trên đây để bạn có thể nhận được thông tin sớm hơn hay không?
☐ Có ☐ Không

Địa Chỉ Thư Từ của Người Khiếu Nại: _____ _____ ____ _____
Số Nhà, Đường, Số Phòng, hoặc Số Hộp Thư | Thành Phố | Tiểu Bang | Mã Số Bưu Điện

Tên Người Xin Phúc Lợi: _____

Số An Sinh Xã Hội của Người Xin Phúc Lợi: ___- __ - _____

Số Tài Khoản Công Ty Chủ Nhân: ___- _____ - __
(Chỉ trường hợp chủ nhân khiếu nại)

Tên Người Đại Diện (Nếu thích hợp): _____

Địa Chỉ Thư Từ: _____ _____ ____ _____
Số Nhà, Đường, Số Phòng, hoặc Số Hộp Thư | Thành Phố | Tiểu Bang | Mã Số Bưu Điện

Chữ Ký Của
Người Khiếu Nại hoặc Người Đại Diện: _____ Ngày: _____

SAMPLE

- English version on other side –