CLEAR

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:	**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. Learn more about appealing a decision at edd.ca.gov/UI_Appeals.

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's Mailing Address: _____ Telephone No.: _____
Street No., Apt. No., or PO 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 PO 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:** _____

Employment Development Department
State of California

Números de Teléfono del EDD:
INGLÉS 1-800-300-5616
ESPAÑOL 1-800-326-8937
TTY (no voz) 1-800-815-9387
sitio de Internet: **edd.ca.gov**

FORMULARIO DE APELACIÓN

Si usted no está de acuerdo con la Notificación de Decisión(es) y/o con la(s) Decisión(es)/Fallos legales por parte del Departamento del Desarrollo del Empleo, usted puede apelar la(s) decisión(es) ante la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIB, por sus siglas en inglés) completando este formulario y explicando por qué no está de acuerdo. Usted debe firmar el formulario y devolverlo al Departamento del Desarrollo del Empleo a la dirección de la oficina que aparece en este aviso que está apelando. **USTED TIENE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN.** Si usted presenta la apelación después del plazo de 30 días, usted debe explicar la razón por la demora. El juez de justicia administrativa determinará si usted tiene razón justificada por la demora. Si el juez de justicia administrativa determina que usted no tiene una razón justificada para presentar su petición tarde, su apelación será descartada. Obtenga más información sobre cómo apelar una decisión en edd.ca.gov/UI_Appeals

SOLICITANTES DE BENEFICIOS: Mientras que su apelación está pendiente, **usted tiene que continuar presentando su Solicitud de Beneficios Continuos**. Si se determina que usted es elegible para beneficios, sólo se le puede pagar por los períodos para los cuales usted ha presentado su Solicitud de Beneficios Continuos y para los cuales haya reunido todos los otros requisitos de elegibilidad.

NOTA: Los solicitantes de Asistencia de Desempleo por Desastres (DUA, por sus siglas en inglés) tienen 60 días para presentar una apelación. Los empleadores que están apelando la *Notificación de Decisión o Evaluación* (DE 3807), tienen 30 días para presentar una apelación.

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL APELANTE

INSTRUCCIONES: La siguiente información tiene que ser proporcionada por el Apelante (el solicitante o el empleador que está apelando esta notificación), o por el agente autorizado o por el representante del Apelante. Se requiere la firma del Apelante o del agente. Favor de usar **TINTA NEGRA** para llenar este formulario.

Nombre del Solicitante: _____ Número de Seguro Social: _____

¿Necesita un traductor? ☐ Sí ☐ No Si marcó sí, ¿para qué idioma/dialecto? _____

Dirección postal del Apelante: _____ (N° de calle, N° de Apto., o Apartado Postal) N° de Teléfono: _____

_____ (Ciudad) ____ (Estado) _____ (Código Postal) N° de Fax: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ N° de Teléfono Celular: _____

☐ Autorizo a la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California de enviar información confidencial con respecto a mi apelación a la dirección de correo electrónico que aparece arriba.

☐ Autorizo a la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California de enviar información confidencial con respecto a mi apelación por medio de mensaje de texto o correo de voz al número de teléfono celular que aparece arriba.

Complete esta sección para apelaciones del empleador solamente

Número de Cuenta del Empleador: _____ Nombre del Agente (si aplica): _____

Dirección del Agente: _____ (N° de calle, N° de Apto., o Apartado Postal) _____ (Ciudad) ____ (Estado) _____ (Código Postal)

SECCIÓN II DECLARACIÓN DEL APELANTE

INSTRUCCIONES: Explique la razón por presentar su apelación y por qué no está de acuerdo con la(s) decisión(es). Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario y escriba su número de Seguro Social en cada hoja.

No estoy de acuerdo con la decisión en la notificación fechada el _____ porque

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del Apelante o Agente: _____ **Fecha:** _____