

**APPEAL FORM**

**DO NOT RETURN THIS FORM UNLESS YOU WANT TO  
APPEAL THE ENCLOSED NOTICE OF DETERMINATION**

As shown on the enclosed notice, you are not eligible for all or part of the period claimed. To appeal this decision to an administrative law judge, please explain below why you disagree with the decision and return this form to the address on the accompanying notice. **You have 20 days from the mailing date of the notice to file an appeal. The 20-day period may be extended for good cause. If your appeal is late, state the reasons you are filing late.**

I disagree with the decision contained in the notice dated \_\_\_\_\_ The reason(s) I disagree is:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

(Attach an additional sheet if more space is required)

**While your appeal is pending, you must complete and return a claim certification for the period(s) that you want to claim benefits. If you are found eligible, you will only be paid benefits for periods for which you file a claim certification and meet all other eligibility requirements.**

Can you speak English?  Yes  No

If No, give language and dialect: \_\_\_\_\_ Social Security No.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telephone No.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

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

Mailing Address of Agent: \_\_\_\_\_  
(if applicable)

---



---



---

FOR DEPARTMENT USE ONLY
EDD VERIFIES THAT PARTY NEEDS INTERPRETER <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**FORMULARIO de APELACIÓN**

**NO REGRESE ESTE FORMULARIO A MENOS DE QUE USTED  
QUIERA APELAR LA DECISIÓN DEL AVISO DE DETERMINACIÓN ADJUNTO**

Como se indica en el formulario adjunto, usted no tiene derecho a beneficios por todo o parte del período que solicita beneficios. Para apelar esta decisión a un Juez de Justicia Administrativa (ALJ), explique a continuación por qué no está de acuerdo con la decisión y regrese éste formulario a la dirección indicada en el aviso adjunto. **Usted tiene un plazo de veinte (20) días comenzando de la fecha de envío del aviso para presentar la apelación. El período de veinte (20) días podrá extenderse si el apelante muestra razón justificada por la demora. Si su apelación es tardía explique la razón por presentar la apelación tarde.**

No estoy de acuerdo con la decisión del aviso fechado el \_\_\_\_\_ La(s) razón(es) por la(s) que no estoy de acuerdo con la decisión es(son):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio)

**Mientras su apelación esté pendiente, Ud. tiene que completar y regresar sus Solicitudes para Beneficios Continuos por el período por el cual Ud. desea recibir beneficios. Si se determina de que Ud. tiene derecho a beneficios, se le pagarán beneficios solamente por el período por el cual Ud. presentó Solicitudes para Beneficios Continuos y en el cual Ud. reunió también todos los otros requisitos.**

¿Puede Ud. hablar inglés?  Sí  No

Si No, indique idioma o dialecto: \_\_\_\_\_

No de Seguro Social.: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

No de Teléfono.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de Correos: \_\_\_\_\_  
No.Calle, No. de Apto. ó Apartado

Ciudad          Estado          ZONA Postal

**Firma del Apelante o Agente:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de Correos del  
Agente (Si es pertinente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FOR DEPARTMENT USE ONLY
EDD VERIFIES THAT PARTY NEEDS INTERPRETER <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No