

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.

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

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

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: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
N° de calle, N° de Apto., o Apartado 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 : _____