



EDD電話號碼：  
 英語 1-800-300-5616  
 西班牙語 1-800-326-8937  
 粵語 1-800-547-3506  
 國語 1-866-303-0706  
 越南語 1-800-547-2058  
 聽障專線 (非語音) 1-800-815-9387  
 網站: edd.ca.gov

## 上訴表

如不同意就業發展廳 (EDD) 的確定通知和/或確定/裁定，可填寫此表解釋不同意的原因，向加州失業保險上訴委員會 (CUIAB) 提出上訴。必須簽署此表並交回就業發展廳 (EDD) 辦公室，地址如上訴通知所列。上訴期限為自通知郵寄之日起 30 天。如在 30 天期限後提出上訴，即須說明延遲的原因。行政法官會確定延遲理由是否充分。如果行政法官確定延遲理由不充分，即會駁回上訴。

**上訴人**：在上訴待決期間，必須繼續證明福利。如果確定符合資格，則只能就已證明並滿足了所有其他資格要求的期間獲得付款。

註：災難失業援助 (DUA) 上訴期限為 60 天。僱主有 30 天時間就**確定或評估通知 (DE 3807)** 提出上訴。

第一部分 上訴人資訊	
<p>說明：以下資訊必須由上訴人 (對通知提出上訴的上訴人或僱主) 或上訴人的授權代理人或代表提供。必須有上訴人或代理人簽名。請用黑色圓珠筆填表。</p>	
上訴人姓名: <u>XXXX</u>	社會保障號: <u>XXX-XX-0000</u>
<p>是否需要翻譯?    <input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否    若是，講什麼語言/方言? <u>XXXX</u></p>	
上訴人地址: <u>XXXX</u> 電話號碼: <u>(000) 000-0000</u> <small style="margin-left: 150px;">街號、公寓號或郵箱</small>	傳真號碼: <u>(000) 000-0000</u>
<u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> <small style="margin-left: 100px;">城市    州    郵遞區號</small>	手機號碼: <u>(000) 000-0000</u>
<p><input type="checkbox"/> 本人特此授權加州失業保險上訴委員會 (CUIAB) 將本人上訴相關保密資訊傳送到上列電子郵件地址。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人特此授權加州失業保險上訴委員會 (CUIAB) 將本人上訴相關保密資訊通過簡訊或語音郵件傳送到上列手機號碼。</p>	
只有僱主上訴才需填寫這個部分	
僱主帳號: <u>0000</u>	代理人姓名 (如適用): <u>XXXX</u>
代理人地址: <u>XXXX</u>	<u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> <small style="margin-left: 100px;">城市    州    郵遞區號</small>
第二部分 上訴人聲明	
<p>說明：請解釋上訴及不同意決定的原因。需要時可另附頁面，並在每一頁上寫下姓名和社會保障號。</p>	
本人不同意日期為通知中確定的 <u>月月/日日/年年年年</u> 原因如下所述 <u>XXXX</u> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
上訴人或代理人簽名: _____	日期: <u>月月/日日/年年年年</u>