

CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD (C.U.I.A.B.)
BOARD APPEAL

If you disagree with the unfavorable C.U.I.A.B. Administrative Law Judge's (ALJ) decision in your unemployment, tax or disability case, you must file your Board Appeal within **30 calendar days** from the issue date of the ALJ's decision.

Claimant: You must continue to file claim forms during the time we are reviewing your appeal if you wish to claim benefits for this period. However, if you are found ineligible, you may be required to repay benefits received. Please direct all claim questions to the Employment Development Department (E.D.D.) at: <https://edd.ca.gov>.

The following information must be provided by the party filing the appeal (Appellant) or authorized agent/representative.

Check party filing the appeal: ☐ Claimant ☐ Employer ☐ Petitioner ☐ Department
☐ Claimant Representative ☐ Employer Representative ☐ Petitioner Representative

Appellant Name:

Case Number(s):

Appellant Telephone Number:

Appellant Mailing Address:

Do you give permission for C.U.I.A.B. to send confidential information regarding your appeal to your e-mail address and/or cell phone by voice or text message (Information may be received sooner)? ☐ Yes ☐ No

If yes, please provide the e-mail address and/or cell telephone number where you would like the information sent.

E-mail Address:

Cell Telephone Number:

Appellant Agent or Representative Name (if applicable):

Mailing Address:

☐ Check Box if you are not filing your appeal on time (within 30 days from the issue date of the ALJ's decision) and provide details on reasons for the delay. You must show good cause for an untimely appeal or it will be dismissed.

☐ Check Box if presenting new or additional evidence. Attach documents and explain why they were not presented at the hearing.

I disagree with the Administrative Law Judge's decision because:

(If you need additional space please use the back of this page, or attach additional pages)

Signature of the Appellant or
Agent/Representative Required:

Date:



JUNTA DE APELACIONES DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE CALIFORNIA (C.U.I.A.B.)
APELACION A LA JUNTA

Si no está de acuerdo con la decisión adversa del Juez de Derecho Administrativo (Juez) en su caso, debe presentar su apelación a la Junta dentro de los **30 días de calendario** a partir de la fecha de envío de la decisión del Juez.

Solicitante: Debe continuar presentando formularios de reclamo durante el tiempo que se está revisando su apelación si desea reclamar beneficios por este período. Sin embargo, si se le encuentra que no es elegible, es posible que deba pagar los beneficios recibidos. Por favor, dirija todas las preguntas de reclamación al el Departamento de Desarrollo del Empleo (E.D.D.) en: <http://www.edd.ca.gov>.

La siguiente información debe ser proporcionada por la parte o representante autorizado para presentar la apelación.

Marque la casilla de la parte que está presentando la apelación:

☐ Solicitante ☐ Empleador ☐ Peticionario ☐ Departamento

Número(s) de caso:

Nombre:

Dirección de Correo:

Número de Teléfono:

Dirección de Correo Electrónico:

Nombre del Representante (si es aplicable):

Dirección de Correo:

¿Da permiso para que C.U.I.A.B. envíe información confidencial con respecto a su apelación a la dirección de correo electrónico (la información se puede recibir más rápido)?

☐ Sí ☐ No

☐ Marque la casilla si está presentando su apelación **TARDE** (después de 30 días a partir de la fecha de envío de la decisión del Juez), proporcione razones detalladas por el retraso. **Usted debe mostrar una buena causa por la apelación tardía o será rechazada.**

☐ Marque la casilla si presenta pruebas nuevas o adicionales. Incluya documentos y explique por qué no se presentó a la audiencia

No estoy de acuerdo con la decisión del Juez de Derecho Administrativo porque:

(Si se necesita más espacio, incluya páginas adicionales identificadas con los números de caso)

Firma Requerida:

Fecha:

CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD (CUIAB)

KHÁNG NGHỊ LÊN HỘI ĐỒNG

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bất lợi của Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) thuộc CUIAB về tình trạng thất nghiệp, thuế hoặc khuyết tật của quý vị, quý vị phải nộp đơn Kháng nghị lên Hội đồng trong vòng **30 ngày theo lịch** kể từ ngày ban hành quyết định của ALJ.

Người yêu cầu bồi thường: Quý vị phải tiếp tục nộp đơn yêu cầu bồi thường trong thời gian chúng tôi xem xét về kháng nghị của quý vị nếu quý vị muốn nhận phúc lợi trong khoảng thời gian này. Tuy nhiên, nếu quý vị được xác định là không đủ điều kiện nhận phúc lợi, quý vị có thể sẽ phải hoàn trả phúc lợi đã nhận. Vui lòng gửi tất cả câu hỏi về yêu cầu bồi thường đến Employment Development Department (EDD) tại:

<https://edd.ca.gov>.

Các thông tin sau đây phải được bên nộp đơn kháng nghị (Người kháng nghị) hoặc đại lý/đại diện được ủy quyền cung cấp.

Đánh dấu vào bên nộp đơn kháng nghị: ☐ Người yêu cầu bồi thường ☐ Chủ lao động

☐ Người đệ đơn ☐ Department ☐ Đại diện Người yêu cầu bồi thường

☐ Đại diện chủ lao động ☐ Đại diện người đệ đơn

Tên người kháng nghị:

Mã hồ sơ:

Số điện thoại của người kháng nghị:

Địa chỉ gửi thư của Người kháng nghị:

Quý vị có cho phép CUIAB gửi thông tin bí mật liên quan đến kháng nghị của quý vị tới địa chỉ e-mail và/hoặc số điện thoại di động của quý vị qua tin nhắn thoại hoặc tin nhắn văn bản (có thể nhận được thông tin sớm hơn)? Có ☐ Không ☐

Nếu có, vui lòng cung cấp địa chỉ email và/hoặc số điện thoại di động mà quý vị muốn nhận thông tin.

Địa chỉ email:

Số điện thoại di động:

Tên Đại lý hoặc Đại diện của Người kháng nghị (nếu có):

Địa chỉ gửi thư:

☐ Đánh dấu vào Ô nếu quý vị không nộp đơn kháng nghị đúng hạn (trong vòng 30 ngày kể từ ngày ra quyết định của ALJ) và cung cấp thông tin chi tiết về lý do chậm trễ. Quý vị phải đưa ra lý do chính đáng cho việc nộp đơn kháng nghị không đúng thời hạn; nếu không, nó sẽ bị bác bỏ.

☐ Đánh dấu vào Ô nếu đưa ra bằng chứng mới hoặc bổ sung. Đính kèm tài liệu và giải thích lý do tại sao chúng không được đưa ra tại phiên điều trần.

Tôi không đồng ý với quyết định của ALJ vì

(Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, vui lòng sử dụng mặt sau của trang này hoặc đính kèm các trang bổ sung)

Chữ ký của Người kháng nghị hoặc
Đại lý/Người đại diện là bắt buộc:

Ngày:

CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD (C.U.I.A.B.)

委員會上訴

如果您不滿意 C.U.I.A.B 行政法官 (ALJ) 就您的失業、稅務或殘疾案件作出的裁決，您必須自行政法官裁決發布日起在**30 個日曆日**內向委員會提出上訴。

申請人：如需您希望在我們審閱您的上訴期間獲得福利，您則須繼續提交福利申請表。不過，如果您被發現不符合資格獲得這些福利，您可能會被要求退還所得福利。請將所有索賠問題直接發送至就業發展部 (EDD): <https://edd.ca.gov>。

以下資訊必須由提出上訴的一方（上訴人）或授權代理人/代表提供。

提出上訴的當事人：☐ 索賠 ☐ 雇主 ☐ 申請人 ☐ 部門

☐ 索賠人代表 ☐ 雇主代表 ☐ 申請人代表

上訴人姓名：

案件編號：

上訴人電話號碼：

上訴人郵寄地址：

您是否允許 CUIAB 將有關您上訴的機密資料發送給您的電子郵件地址和/或透過語音或短訊發送至您的手機（可能會更快收到訊息）？ 是 ☐ 否 ☐

如果選擇「是」，請提供您希望接收資訊的電子郵件地址和/或手機號碼。

電子郵件地址：

手機號碼：

上訴代理人或代表姓名（如果適用）：

郵寄地址：

☐ 如果您無法按時（自行政法官發出裁決起**30**天內）提交上訴，則請明確並具體解釋逾期原因。您必須為逾期上訴提供充分的理由，否則上訴將被駁回。

☐ 如果提供新的或額外的證據，請勾選此方塊。附上文件並解釋為何未在聆訊時提交相關文件。

我由於以下原因不同意行政法官的裁決：

（如果您需要更多位置填寫，請使用本頁背面，或附上其他頁面）

上訴人簽名或
所需代理人/代表：

日期：

CALIFORNIA UNEMPLOYMENT INSURANCE APPEALS BOARD (C. U. I. A. B.)

委员会上诉

如果您不同意 C. U. I. A. B. 行政法官 (ALJ) 对您的失业、税务或残疾案件做出的不利判决，您必须在自 ALJ 判决颁布之日起 **30 个日历日内** 提交您的委员会上诉。

申请人：如您要申请我们对您的上诉进行审查的期间的福利，则您必须在此期间继续提交福利申请表。若我们发现您不符合获得福利的资格，则可能要求您退还所得福利。如有与申请福利相关的问题，请一律通过以下网址直接联系就业发展部 (E. D. D.) : <http://www.edd.ca.gov>。

以下信息必须由提出上诉的一方（简称“上诉人”）或授权代理人/代表提供。

检查提出上诉的一方： ☐ 福利申请人 ☐ 雇主 ☐ 申诉人 ☐ 部

☐ 福利申请人代表 ☐ 雇主代表 ☐ 申诉人代表

上诉人姓名：

案件号：

上诉人电话号码：

上诉人邮寄地址：

您是否允许 C. U. I. A. B. 将有关您上诉的机密信息发送到您的电子邮箱和/或通过语音或短信发送至手机（这样您或可更快收到信息）？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请提供您希望接收信息的电子邮箱和/或手机号码。

电子邮箱地址：

手机号码：

上诉代理人或代表姓名（如适用）：

邮寄地址：

☐ 如果您无法按时（自行政法官判决颁布之日起 30 天内）提交上诉，则请勾选方框并详细说明延迟原因。您必须为未能及时提交的上诉提供充分的理由，否则上诉将被驳回。

☐ 如需提供新的或额外的证据，请勾选此框。请随附文件并解释为何未在听证会上提交这些文件。

我不同意行政法官的决定，是因为

（如果您需要更多空间，请使用本页背面，或另附页面）

此处应由上诉人签名或
代理人/代表签名：

日期：