

## 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.

**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 Address: \_\_\_\_\_ Telephone No.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Street No., Apt. No., or P.O. 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: \_\_\_\_\_ City State ZIP Code  
 Street No., Apt. No., or P.O. Box

### 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: \_\_\_\_\_

## 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

\_\_\_\_\_  
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 : \_\_\_\_\_



**EDDSố điện thoại EDD:**  
 TIẾNG ANH 1-800-300-5616  
 TIẾNG TÂY BAN NHA 1-800-326-8937  
 TIẾNG QUẢNG ĐÔNG 1-800-547-3506  
 TIẾNG QUAN THOẠI 1-866-303-0706  
 TIẾNG VIỆT 1-800-547-2058  
 TTY (không dùng tiếng) 1-800-815-9387  
**trang web:** **edd.ca.gov**

## MẪU KHÁNG NGHỊ

Nếu quý vị không đồng ý với (các) Thông báo về quyết định và/hoặc (các) Quyết định/Quyết định của EDD, quý vị có thể kháng nghị (các) quyết định đó lên Hội đồng Kháng nghị Bảo hiểm Thất nghiệp California (CUIAB) bằng cách điền vào biểu mẫu này và giải thích lý do quý vị không đồng ý. Quý vị phải ký vào biểu mẫu và gửi lại cho EDD tại địa chỉ văn phòng được liệt kê trên thông báo mà quý vị đang kháng nghị. **QUÝ VỊ CÓ 30 NGÀY KỂ TỪ NGÀY GỬI THÔNG BÁO ĐỂ NỘP ĐƠN KHÁNG NGHỊ KỊP THỜI.** Nếu quý vị kháng nghị sau thời hạn 30 ngày, quý vị phải nêu lý do của sự chậm trễ. Thẩm phán luật hành chính (ALJ) sẽ xác định xem quý vị có lý do chính đáng cho sự chậm trễ hay không. Nếu ALJ xác định rằng quý vị không có lý do chính đáng để gửi kháng nghị muộn, thì kháng nghị của quý vị sẽ bị bác bỏ.

**BÊN NGUYÊN ĐƠN:** Trong khi kháng nghị của quý vị đang chờ xử lý, **quý vị phải tiếp tục chứng từ để nhận phúc lợi.** Nếu quý vị đủ điều kiện, quý vị chỉ có thể được trả tiền phúc lợi cho các khoảng thời gian mà quý vị đã được chứng nhận và đã đáp ứng tất cả các yêu cầu đủ điều kiện khác.

**GHI CHÚ:** Người yêu cầu Hỗ trợ Thất nghiệp do Thảm họa (DUA) có 60 ngày để nộp đơn kháng nghị. Nhà tuyển dụng kháng nghị *Thông báo về Quyết định hoặc Đánh giá* (DE 3807), có 30 ngày để nộp đơn kháng nghị.

| <b>MỤC I THÔNG TIN BÊN KHÁNG NGHỊ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>HƯỚNG DẪN:</b> Thông tin sau đây phải được cung cấp bởi Bên Kháng nghị (người kháng nghị hoặc người sử dụng lao động đang kháng nghị chống một thông báo), hoặc bởi đại lý hoặc đại diện được ủy quyền của Người kháng nghị. Chữ ký của Người kháng nghị hoặc đại diện là bắt buộc. Vui lòng sử dụng <b>MỤC ĐEN</b> khi điền vào biểu mẫu này.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |
| Tên của Nguyên đơn: <u>XXXX</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Số An Sinh Xã Hội: <u>XXX-XX-0000</u>                                     |
| Quý vị có cần một người thông dịch? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu cần, nên là ngôn ngữ/phương ngữ gì? <u>XXXX</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |
| Địa chỉ Người kháng nghị: <u>XXXX</u><br><div style="text-align: center; font-size: small;">Địa chỉ, Số căn hộ hoặc PO Box</div> <u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u><br><div style="text-align: center; font-size: small;">Thành phố Tiểu bang Mã ZIP</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Số điện thoại: <u>(000) 000-0000</u><br><br>Số Fax: <u>(000) 000-0000</u> |
| Địa chỉ E-mail: <u>XXXX</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Số điện thoại: <u>(000) 000-0000</u>                                      |
| <input type="checkbox"/> Tôi ủy quyền CUIAB gửi thông tin bí mật liên quan đến kháng nghị của tôi tới địa chỉ email được liệt kê ở trên.<br><input type="checkbox"/> Tôi ủy quyền CUIAB gửi thông tin bí mật liên quan đến kháng nghị của tôi bằng tin nhắn văn bản hoặc thư thoại tới số điện thoại di động được liệt kê ở trên.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |
| <b>Hoàn thành phần này chỉ dành cho kháng nghị của chủ lao động</b><br>Số tài khoản của chủ lao động: <u>0000</u> Tên đại diện/đại lý (nếu có): <u>XXXX</u><br>Agent Địa chỉ: <u>XXXX</u> <u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u><br><div style="text-align: center; font-size: small;">Địa chỉ, Số căn hộ hoặc PO Box Thành phố Tiểu bang Mã ZIP</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |
| <b>MỤC II TUYÊN BỐ CỦA BÊN KHÁNG NGHỊ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |
| <b>HƯỚNG DẪN:</b> Giải thích lý do quý vị kháng nghị và tại sao quý vị không đồng ý với (các) quyết định. Nếu cần, hãy đính kèm các trang bổ sung vào biểu mẫu này và viết tên và số An sinh xã hội của quý vị trên mỗi trang.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |
| Tôi không đồng ý với quyết định trong thông báo ngày <u>THÁNG/NGÀY/NĂM</u> vì<br><u>XXXX</u><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> |                                                                           |
| <b>Chữ ký của</b><br><b>Người kháng nghị hoặc Đại diện:</b> _____ <b>Ngày:</b> <u>THÁNG/NGÀY/NĂM</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |



## 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。雇主有 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 說明：以下資訊必須由上訴人（對通知提出上訴的上訴人或雇主）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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 上訴人姓名：XXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 社會保障號：XXX-XX-0000                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 是否需要翻譯？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，講什麼語言/方言？ XXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 上訴人地址：XXXX<br><div style="text-align: center; font-size: small;">街號、公寓號或郵箱</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>XXXX</span> <span>XX 00000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>城市</span> <span>州 郵遞區號</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 電話號碼：(000) 000-0000<br><br>傳真號碼：(000) 000-0000<br><br>手機號碼：(000) 000-0000                                                                                                                                                                                                           |
| 電子郵件地址：XXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <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。<br><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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 只有雇主上訴才需填寫這個部分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 雇主帳號：0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 代理人姓名（如適用）：XXXX                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 代理人地址：XXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div style="text-align: center; font-size: small;">XXXX</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>城市</span> <span>州 00000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>街號、公寓號或郵箱</span> <span>郵遞區號</span> </div> |
| 第二部分 上訴人聲明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 本人不同意日期為通知中確定的 月/日/年 原因如下所述<br>XXXX<br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 上訴人或代理人簽名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 日期：月/日/年                                                                                                                                                                                                                                                                            |



EDD电话号码：  
 英语 1-800-300-5616  
 西班牙语 1-800-326-8937  
 粤语 1-800-547-3506  
 国语 1-866-303-0706  
 越南语 1-800-547-2058  
 听障专线（非语音） 1-800-815-9387  
 网站： [edd.ca.gov](http://edd.ca.gov)

## 上诉表

如不同意就业发展厅 (EDD) 的确定通知和/或确定/裁定，可填写此表解释不同意的原因，向加州失业保险上诉委员会 (CUIAB) 提出上诉。必须签署此表并交回就业发展厅 (EDD) 办公室，地址如上诉通知所列。上诉期限为自通知邮寄之日起 30 天。如在 30 天期限后提出上诉，即须说明延迟的原因。行政法官会确定延迟理由是否充分。如果行政法官确定延迟理由不充分，即会驳回上诉。

**上诉人：**在上诉待决期间，必须继续证明福利。如果确定符合资格，则只能就已证明并满足了所有其他资格要求的期间获得付款。

注：灾难失业援助 (DUA) 上诉期限为 60 天。雇主有 30 天时间就确定或评估通知 (DE 3807) 提出上诉。

| 第一部分 上诉人信息                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 说明：以下信息必须由上诉人（对通知提出上诉的上诉人或雇主）或上诉人的授权代理人或代表提供。必须有上诉人或代理人签名。请用黑色圆珠笔填表。                                                                                                                      |  |                                                                                                         |  |
| 上诉人姓名：XXXX                                                                                                                                                                                |  | 社会保障号：XXX-XX-0000                                                                                       |  |
| 是否需要翻译？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否      若是，讲什么语言/方言？ XXXX                                                                                                      |  |                                                                                                         |  |
| 上诉人地址： XXXX<br><div style="text-align: center; font-size: small;">街号、公寓号或邮箱</div> XXXX      XX      00000<br><div style="text-align: center; font-size: small;">城市      州      邮政编码</div> |  | 电话号码： (000) 000-0000<br><br>传真号码： (000) 000-0000<br><br>手机号码： (000) 000-0000                            |  |
| 电子邮件地址： XXXX                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> 本人特此授权加州失业保险上诉委员会 (CUIAB) 将本人上诉相关保密信息发送到上列电子邮件地址。<br><input type="checkbox"/> 本人特此授权加州失业保险上诉委员会 (CUIAB) 将本人上诉相关保密信息通过短信或语音邮件发送到上列手机号码。                           |  |                                                                                                         |  |
| <b>只有雇主上诉才需填写这个部分</b>                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                         |  |
| 雇主帐号： 0000                                                                                                                                                                                |  | 代理人姓名（如适用）： XXXX                                                                                        |  |
| 代理人地址： XXXX                                                                                                                                                                               |  | XXXX      XX      00000<br><div style="text-align: center; font-size: small;">城市      州      邮政编码</div> |  |

| 第二部分 上诉人声明                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 说明：请解释上诉及不同意决定的原因。需要时可另附页面，并在每一页上写下姓名和社会保障号。                                                                                         |
| 本人不同意日期为通知中确定的 月月/日日/年年年年 原因如下所述<br>XXXX<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
| 上诉人或代理人签名： _____ 日期： 月月/日日/年年年年                                                                                                      |