





# MẪU, trang này chỉ dùng để tham khảo.



**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 KÈ TỪ NGÀY GỬI THÔNG BÁO ĐỀ 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.

MỤC I THÔNG TIN BÊN KHÁNG NGHỊ	
<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> Địa chỉ, Số căn hộ hoặc PO Box	Số điện thoại: <u>(000) 000-0000</u>
<u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> Thành phố Tiểu bang Mã ZIP	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.	
<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 đi động được liệt kê ở trên.	
<b>Hoàn thành phần này chỉ dành cho kháng nghị của chủ lao động</b>	
Số tài khoản của chủ lao động: <u>0000</u>	Tên đại diện/đại lý (nếu có): <u>XXXX</u>
Agent Địa chỉ: <u>XXXX</u> Địa chỉ, Số căn hộ hoặc PO Box	<u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> Thành phố Tiểu bang Mã ZIP
MỤC II TUYÊN BỐ CỦA BÊN KHÁNG NGHỊ	
<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 <u>XXXX</u>	
Chữ ký của Người kháng nghị hoặc Đại diện: _____	Ngày: <u>THÁNG/NGÀY/NĂM</u>





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

## 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	
<b>说明：</b> 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: <u>XXXX</u>	社会保障号: <u>XXX-XX-0000</u>
是否需要翻译？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，讲什么语言/方言？ <u>XXXX</u>	
上诉人地址: <u>XXXX</u>	电话号码: <u>(000) 000-0000</u>
<small>街号、公寓号或邮箱</small>	
<u>XXXX</u>	<u>XX 00000</u>
<small>城市 州 邮政编码</small>	
电子邮件地址: <u>XXXX</u>	手机号码: <u>(000) 000-0000</u>
<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。	
<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: <u>0000</u>	代理人姓名 (如适用): <u>XXXX</u>
代理人地址: <u>XXXX</u>	<u>XXXX</u>
<small>街号、公寓号或邮箱 城市 州 邮政编码</small>	
第二部分 上诉人声明	
<b>说明：</b> 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 <u>月月/日日/年年年年</u> 原因如下所述 <u>XXXX</u> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
上诉人或代理人签名: _____	日期: <u>月月/日日/年年年年</u>