

样本，本页仅供参考。



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
普通话： 1-866-303-0706
越南人： 1-800-547-2058
电传打字机(TTY) (非语音)： 1-800-815-9387
网站： edd.ca.gov

上诉表格

如果您不同意加州就业发展部 (Employment Development Department, EDD) 的决定通知和/或决定/裁决，您可以填写此表格并说明您的决定理由，向加州失业保险上诉委员会 (CUIAB) 提出上诉。您必须在表格上签名，并将其寄回通知上列出的就业发展部 (Employment Development Department, EDD) 办公地址。您必须在通知邮寄日期起30天内及时上诉。如果您在30天期限后提出上诉，则必须说明延迟的原因。行政法官 (ALJ) 将裁定您的延迟是否有正当理由。如果ALJ裁定您没有正当理由延迟提交上诉，您的上诉将被驳回。了解更多关于上诉的决定，请访问 edd.ca.gov/UI_Appeals。

申领人： 在您的上诉待处理期间，您必须进行福利认证。如果您被认定符合资格，您只能获得已认证且满足所有其他资格要求期间的福利金。

注意：灾难失业援助 (DUA) 申领人有60天的时间提出上诉。雇主对决定通知 (DE 3807) 提出上诉，有30天的时间提出上诉。

章节I 上诉人信息	
说明： 以下信息必须由上诉人（提出通知的申请人或雇主）或其上诉人代理人或代表提供。上诉人或其代理人必须签名。填写此表格时请使用黑色油墨。	
申请人姓名： _____	社会安全号码： _____
您需要翻译吗？ <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	如果是，是什么语言/方言？ _____
上诉人邮寄地址： _____ 街道号、公寓号或邮政信箱	电话号码： _____
_____ 城市 _____ 状态 _____ 邮政编码 _____	传真号码： _____
电子邮件： _____	手机号码： _____
<input type="checkbox"/> 我授权CUIAB将有关我上诉的机密信息发送到上面列出的电子邮件地址。	
<input type="checkbox"/> 我授权CUIAB通过短信或语音邮件向我上面列出的手机号码发送有关我上诉的机密信息。	
仅当需要对雇主上诉时才填写此章节。	
雇主账号： _____	代理人姓名（如有）： _____
代理人地址： _____ 街道号、公寓号或邮政信箱	城市 _____ 状态 _____ 邮政编码 _____

章节II 上诉人陈述	
说明： 请解释您的上诉理由以及您为何不同意该决定。如有需要，请在此表格后附上其他页面，并在每页上写上您的姓名和社会安全号码。	
我不同意日期为[日期]的通知中的决定。 _____ 因为	
<div style="background-color: #cccccc; height: 150px; width: 100%;"></div>	
上诉人或其代理人签名： _____	日期： _____