

樣本，本頁僅供參考。



**EDD電話號碼：**

英語： 1-800-300-5616  
西班牙語： 1-800-326-8937  
廣東話： 1-800-547-3506  
華語： 1-866-303-0706  
越南語： 1-800-547-2058  
文字電話 (TTY) (非語音)： 1-800-815-9387  
網站： [edd.ca.gov](http://edd.ca.gov)

## 上訴表格

如果您不同意加州就業發展部 (Employment Development Department, EDD) 的裁定通知和/或決定/裁決，您可以填寫此表格並說明您的決定理由，向加州失業保險上訴委員會 (CUIAB) 提出上訴。您必須在表格上簽名，並將其寄回通知上列出的就業發展部 (Employment Development Department, EDD) 辦公地址。您必須在通知郵寄日期起**30天內及時上訴**。如果您在30天期限後提出上訴，則必須說明延遲的原因。行政法官 (ALJ) 將裁定您的延遲是否有正當理由。如果ALJ裁定您沒有正當理由延遲提交上訴，您的上訴將被駁回。了解更多關於上訴的決定，請訪問 [edd.ca.gov/UI\\_Appeals](http://edd.ca.gov/UI_Appeals)。

**申領人：**在您的上訴待處理期間，您必須繼續進行認證福利。如果您被認定符合資格，您只能獲得已認證且符合所有其他資格要求期間的福利金。

注意：災難失業援助 (DUA) 申領人有60天的時間提出上訴。僱主對**裁定通知 (DE 3807)** 提出上訴，有30天的時間提出上訴。

<部門		上訴人資訊	
<b>說明：</b> 以下資訊必須由上訴人 (提出通知的申請人或僱主) 或其上訴人代理人或代表提供。上訴人或其代理人必須簽名。填寫此表格時請使用黑色墨水。			
申請人姓名：	_____	社會安全號碼：	_____
您需要翻譯嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不	如果是，是什麼語言/方言？	_____
上訴人郵寄地址：	_____	電話號碼：	_____
	街道號碼、公寓號碼或郵政信箱		
	_____	傳真號碼：	_____
	城市 狀態 郵遞區號		
電子郵件：	_____	手機號碼：	_____
<input type="checkbox"/>	我授權CUIAB將有關我上訴的機密資訊發送到上面列出的電子郵件地址。		
<input type="checkbox"/>	我授權CUIAB透過簡訊或語音郵件向我上面列出的手機號碼發送有關我上訴的機密資訊。		
<b>僅當需要對僱主上訴案件時才填寫此部門。</b>			
僱主帳號：	_____	代理人姓名 (如有)：	_____
代理人地址：	_____	城市	狀態 郵遞區號
	街道號碼、公寓號碼或郵政信箱		

<部門		上訴人陳述	
<b>說明：</b> 請解釋您的上訴理由以及您為何不同意該決定。如有需要，請在此表格後面附加其他頁面，並在每頁上寫上您的姓名和社會安全號碼。			
我不同意日期為[日期]的通知中的決定。_____ 因為			
上訴人或其代理人簽名：	_____	日期：	_____