

VẬT MẪU , Trang này chỉ mang tính chất tham khảo.



Số 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 sử dụng giọng nói): 1-800-815-9387
trang web: edd.ca.gov

MẪU ĐƠN KHÁNG CÁO

Nếu bạn không đồng ý với THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH và/hoặc Quyết định/Phán quyết của Sở Phát Triển Việc Làm (Employment Development Department, EDD), bạn có thể kháng cáo quyết định đó lên Ủy Ban Kháng Cáo Bảo Hiểm Thất Nghiệp California (CUIAB) bằng cách điền vào mẫu đơn này và giải thích lý do bạn không đồng ý. Bạn phải ký vào mẫu đơn và gửi lại cho Sở Phát Triển Việc Làm (Employment Development Department, EDD) theo địa chỉ văn phòng được ghi trên Thông báo mà bạn đang kháng cáo. **Bạn có 30 ngày kể từ Ngày Gửi Thư Thông báo để nộp đơn kháng cáo kịp thời**. Nếu bạn kháng cáo sau thời hạn 30 ngày, bạn phải nêu rõ lý do chậm trễ. Thẩm Phán Luật Hành Chính (ALJ) sẽ xác định xem bạn có nguyên nhân chính đáng cho sự chậm trễ hay không. Nếu ALJ xác định bạn không có nguyên nhân chính đáng để nộp đơn kháng cáo muộn, đơn kháng cáo của bạn sẽ bị bác bỏ. Tìm hiểu thêm về việc kháng cáo quyết định tại edd.ca.gov/UI_Appeals.

NGƯỜI YÊU CẦU TRỢ CẤP : Trong khi đơn kháng cáo của bạn đang chờ, **bạn phải tiếp tục chứng nhận trợ cấp**. Nếu bạn được xác định đủ điều kiện, bạn chỉ có thể được thanh toán cho các khoảng thời gian mà bạn đã xác nhận và đáp ứng tất cả yêu cầu về tính đủ điều kiện khác.

Ghi chú: Người nộp đơn xin Hỗ Trợ Thất Nghiệp do Thảm Họa (DUA) có 60 ngày để nộp đơn kháng cáo. Người sử dụng lao động kháng cáo **THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH hoặc Đánh giá (DE 3807)** có 30 ngày để nộp đơn kháng cáo.

MỤC I THÔNG TIN NGƯỜI KHÁNG CÁO	
Chỉ dẫn : Người người kháng cáo (người yêu cầu thanh toán hoặc chủ lao động đang kháng cáo Thông báo) hoặc người đại diện được ủy quyền của người kháng cáo phải cung cấp Thông tin sau . Chữ ký của người kháng cáo hoặc người đại diện là bắt buộc. Vui lòng sử dụng Mục đen khi điền vào mẫu đơn này.	
Tên người yêu cầu thanh toán :	Số An Sinh Xã Hội: _____
Bạn có cần người phiên dịch không? <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu có, đó là ngôn ngữ/phương ngữ nào? _____
Địa chỉ gửi thư của người kháng cáo: _____ Số nhà , Số căn hộ , hoặc Hộp thư bưu điện	Số điện thoại : _____
Thành phố _____ Tỉnh trạng _____ Mã zip _____	Số fax : _____
Địa chỉ email: _____	Số điện thoại di động : _____
<input type="checkbox"/> Tôi ủy quyền cho CUIAB gửi thông tin mật liên quan đến đơn kháng cáo của tôi đến địa chỉ email được nêu ở trên.	
<input type="checkbox"/> Tôi cho phép CUIAB gửi thông tin bảo mật liên quan đến đơn kháng cáo của tôi qua tin nhắn văn bản hoặc thư thoại đến số điện thoại di động được liệt kê ở trên.	
Chỉ hoàn thành mục này cho kháng cáo chủ lao động.	
Mã số tài khoản chủ lao động : _____	Tên đại lý (nếu có): _____
Địa chỉ đại lý: _____ Số nhà , Số căn hộ , hoặc Hộp thư bưu điện	Thành phố _____ Tỉnh trạng _____ Mã zip _____

MỤC II NGƯỜI KHÁNG CÁO SAO KÊ	
Chỉ dẫn : Hãy giải thích lý do kháng cáo của bạn và tại sao bạn không đồng ý với quyết định(các quyết định). Nếu cần, tham gia thêm các trang vào mẫu đơn này và ghi tên cùng Số An Sinh Xã Hội của bạn trên mỗi trang.	
Tôi không đồng ý với quyết định trong Thông báo ngày... _____ bởi vì	
<div style="background-color: #cccccc; height: 100px; width: 100%;"></div>	
Chữ ký của người kháng cáo hoặc người đại diện: _____	Ngày: _____