



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. Learn more about appealing a decision at [edd.ca.gov/UI\\_Appeals](http://edd.ca.gov/UI_Appeals).

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.

**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.

☐ I authorize the CUIAB to send confidential information regarding my appeal by text message or voice mail to the cell phone number listed above.

Agent Address: \_\_\_\_\_

|                                 |      |       |          |
|---------------------------------|------|-------|----------|
| Street No., Apt. No., or PO Box | City | State | ZIP Code |
|---------------------------------|------|-------|----------|

[illegible]

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. Obtenga más información sobre cómo apelar una decisión en [edd.ca.gov/UI\\_Appeals](http://edd.ca.gov/UI_Appeals)

**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                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>INSTRUCCIONES:</b> 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 <b>TINTA NEGRA</b> para llenar este formulario. |                                      |
| Nombre del Solicitante: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Número de Seguro Social: _____       |
| ¿Necesita un traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó sí, ¿para qué idioma/dialecto? _____                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
| Dirección postal 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: _____        |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                                                                     |                                      |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                              |                                      |
| <b>Complete esta sección para apelaciones del empleador solamente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |
| <b>INSTRUCCIONES:</b> 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<br>Apelante o Agente: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha: _____                         |



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](http://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](http://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?

☐ Đúng

☐ KHÔNG

Nếu có, đó là ngôn ngữ/phương ngữ nào?

Địa chỉ gửi thư của người kháng cáo:

Số điện thoại :

Số nhà , Số căn hộ , hoặc Hộp thư bưu điện

Thành phố

Tỉnh trạng

Mã zip

Số fax :

Địa chỉ email:

Số điện thoại di động :

☐ 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.

☐ 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

Chữ ký của người kháng cáo hoặc người đại diện:

Ngày:

DE 1000M Rev. 9 (3-26)

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：              | <a href="http://edd.ca.gov">edd.ca.gov</a> |

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](http://edd.ca.gov/UI_Appeals)。

**申领人：**在您的上诉待处理期间，**您必须继续进行福利认证。**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                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>说明：</b> 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 <b>黑色油墨</b> 。 |  |
| 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： _____ 电话号码： _____<br>街道号、公寓号或邮政信箱                                           |  |
| _____ 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。                   |  |
| <b>仅当需要对雇主上诉时才填写此章节。</b>                                                             |  |
| 雇主账号： _____ 代理人姓名（如有）： _____                                                         |  |
| 代理人地址： _____ 城市 _____ 状态 _____ 邮政编码 _____<br>街道号、公寓号或邮政信箱                            |  |

| 章节II 上诉人陈述                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| <b>说明：</b> 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></div>                                                           |  |
| 上诉人或其代理人签名： _____ 日期： _____                                           |  |

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：                 | <a href="http://edd.ca.gov">edd.ca.gov</a> |

## 上訴表格

如果您不同意加州就業就業發展部 (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？<br><input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不<br>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                                                                     |  |            |  |
| 城市                                                                                 |  | 狀態         |  |
| 郵遞區號                                                                               |  | 傳真號碼：      |  |
| 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         |  |
| 街道號碼、公寓號碼或郵政信箱                                                                     |  | 狀態         |  |
| 郵遞區號                                                                               |  |            |  |

|                                                                        |  |       |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|
| <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：   |  |