

失業保険申請書

申請書提出に係る指示

対象となる添付ファイルを含めて、この申請書の記入を完了します。情報を活字体で記入するか、又はタイプしてください。青又は黒のインクのみをご使用ください。

各々の頁に記載されているすべての質問にお答えください。申請書が完全に記入済であることを確認するため、徹底的にお見直してください。申請書に記入漏れがある場合は、あなたの請求の提出の遅延、又は妨げとなるとともに、給付の否認の原因となる可能性もあります。雇用開発局(EDD)が請求の提出の際に、あなたが提供された情報の内容を確認する必要がある場合、あなたは追加のフォームを郵送で受領し、追加情報及び文書の双方又はその何れかを提供するよう求められることになります。

申請書中の質問

この申請書に盛り込まれている質問に対する回答は、真実かつ正しいものでなければなりません。虚偽の陳述を行うこと、又は情報を提供しないことが罰則の対象となる場合があります。

| | |
|--|--|
| <p>1. 過去18ヶ月間中にカリフォルニア州以外の州で働かれましたか？ 及び/又は 過去18ヶ月間中にカナダで働かれましたか？</p> | <p>1. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、以下の該当するボックスをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> カリフォルニア州外の州の場合は、州名を明記してください： _____ _____ <input type="checkbox"/> カナダ</p> |
| <p>2. 社会保障庁から賦与された社会保障番号は何ですか？ a) EDDがEDDクライアント番号(ECN)をあなたに割り当てた場合は、ここにECNをご記載ください。(ECNは、999または990で始まる9桁の番号です。)</p> | <p>2. _____ _____ a) _____</p> |
| <p>2A. あなたがこれまでに使用された他の社会保障番号をご記載ください。</p> | <p>2A. _____</p> |
| <p>3. あなたの姓名は何ですか？</p> | <p>3. 姓 _____ 名 _____ ミドル・イニシャル _____</p> |
| <p>4. これは社会保障カードに表示されている姓名ですか？ a) いいえの場合は、社会保障カードに記載されている姓名をご記入ください。</p> | <p>4. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ a) 姓 _____ 名 _____ ミドル・イニシャル _____</p> |
| <p>5. あなたが使用した他の名前をご記載ください。</p> | <p>5. _____</p> |
| <p>6. 生年月日は？</p> | <p>6. _____ (月/日/年)</p> |
| <p>7. あなたの性別は何ですか？</p> | <p>7. <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</p> |
| <p>8. あなたの好まれる書き言葉は何ですか？ a) あなたの好まれる話し言葉は何ですか？</p> | <p>8. <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> その他の言語 _____ a) <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> その他の言語 _____</p> |
| <p>9. 過去2年間にカリフォルニア州失業保険又は障害保険の請求を提出されましたか？ a) 「はい」の場合は、請求の種類及び提出された最新の日付をご記載ください。</p> | <p>9. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ a) 失業保険請求の日付(月/日/年) _____ _____ _____ a) 障害保険の請求日(月/日/年) _____ _____ _____</p> |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号： _____ - _____ - _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|---|-------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| <p>10. あなたは、州/一定の主体があなたに発行した運転免許証をお持ちですか？</p> <p>a) 「はい」の場合は、発行元の州/一定の主体の名称及び運転免許証番号をご記入ください。</p> <p>いいえの場合は、質問b-dにご回答ください。</p> <p>b) 州/一定の主体が発行した身分証明書をお持ちですか？</p> <p>c) 「はい」の場合は、発行元の州/一定の主体の名称及び身分証明書番号をご記入ください。</p> <p>d) どのような方法を仕事を探されているのか、また、仕事があるとすれば、どのような方法で仕事に赴かれるのですか？</p> | <p>10. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>a) 発行元の州/一定の主体の名称： _____ 運転免許証番号： _____</p> <p>いいえの場合は、質問 b-d にご回答ください。</p> <p>b) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>c) 発行元の州/一定の主体の名称： _____ 身分証明書番号： _____</p> <p>d) ご説明ください： _____ _____ _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>11. あなたの電話番号は？</p> <p>a) 聴覚障害者、難聴者、又は言語障害を抱えておられる者であり、TTY又はカリフォルニアリレーを使用し意思疎通される場合は、該当するボックスにチェックをお入れください。</p> | <p>11. _____ - _____</p> <p>a) <input type="checkbox"/> TTY (非音声) <input type="checkbox"/> カリフォルニアリレーサービス</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>12. あなたの 郵送先の住所は？ (市名、州名、及び郵便番号を含むこと)</p> | <p>12. ストリート名： _____ アパート番号： _____ 市名： _____ 州名： _____ 郵便番号 _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>13. あなたの 居宅 の住所は、郵送先の住所と同じですか？</p> <p>a) いいえの場合は、居宅 の住所を入力します。(あなたの居住する市、州、郵便番号、及びアパート番号をお含めください。) 住所を私書私書箱とすることはできません。) 住所をご入力ください。</p> | <p>13. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>a) ストリート名： _____ アパート番号： _____ 市名： _____ 州名： _____ 郵便番号 _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>14. あなたがカリフォルニア州内に居住されていない場合、あなたが居住されている郡の名称は何ですか？</p> | <p>14. _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>15. あなたはどの人種又は民族グループと同定されていますか？次のいずれかをご選択ください：</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 白人</td> <td><input type="checkbox"/> 非ヒスパニック系の黒人</td> <td><input type="checkbox"/> ヒスパニック系</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アジア人</td> <td><input type="checkbox"/> アメリカインディアン/アラスカ原住民</td> <td><input type="checkbox"/> 中国人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> カンボジア人</td> <td><input type="checkbox"/> フィリピン人</td> <td><input type="checkbox"/> その他の太平洋諸島人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> グアム人</td> <td><input type="checkbox"/> インド人</td> <td><input type="checkbox"/> 日本人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 韓国人</td> <td><input type="checkbox"/> ラオス人</td> <td><input type="checkbox"/> サモア人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ベトナム人</td> <td><input type="checkbox"/> ハワイ人</td> <td><input type="checkbox"/> 回答しないことを選択します</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> 白人 | <input type="checkbox"/> 非ヒスパニック系の黒人 | <input type="checkbox"/> ヒスパニック系 | <input type="checkbox"/> アジア人 | <input type="checkbox"/> アメリカインディアン/アラスカ原住民 | <input type="checkbox"/> 中国人 | <input type="checkbox"/> カンボジア人 | <input type="checkbox"/> フィリピン人 | <input type="checkbox"/> その他の太平洋諸島人 | <input type="checkbox"/> グアム人 | <input type="checkbox"/> インド人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 韓国人 | <input type="checkbox"/> ラオス人 | <input type="checkbox"/> サモア人 | <input type="checkbox"/> ベトナム人 | <input type="checkbox"/> ハワイ人 | <input type="checkbox"/> 回答しないことを選択します |
| <input type="checkbox"/> 白人 | <input type="checkbox"/> 非ヒスパニック系の黒人 | <input type="checkbox"/> ヒスパニック系 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> アジア人 | <input type="checkbox"/> アメリカインディアン/アラスカ原住民 | <input type="checkbox"/> 中国人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> カンボジア人 | <input type="checkbox"/> フィリピン人 | <input type="checkbox"/> その他の太平洋諸島人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> グアム人 | <input type="checkbox"/> インド人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 韓国人 | <input type="checkbox"/> ラオス人 | <input type="checkbox"/> サモア人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ベトナム人 | <input type="checkbox"/> ハワイ人 | <input type="checkbox"/> 回答しないことを選択します | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>16. あなたは障害を抱えておられますか？(障害とは、自分自身の世話、手作業の実行、歩行、見聞きすること、話すこと、呼吸すること、学習すること、又は働く事等の生活活動の一つ以上を実質的に制約する肉体的又は精神的な障害のことです。)</p> | <p>16. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 回答しないことを選択します</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>17. あなたの最終学歴は？ひとつのボックスのみをチェックしてください。</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高校未修</td> <td><input type="checkbox"/> 高校卒業証書又は</td> <td><input type="checkbox"/> 大学又は専門学校において一部履修</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 準学士</td> <td><input type="checkbox"/> 文理学士</td> <td><input type="checkbox"/> 修士号又は博士号</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> 高校未修 | <input type="checkbox"/> 高校卒業証書又は | <input type="checkbox"/> 大学又は専門学校において一部履修 | <input type="checkbox"/> 準学士 | <input type="checkbox"/> 文理学士 | <input type="checkbox"/> 修士号又は博士号 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 高校未修 | <input type="checkbox"/> 高校卒業証書又は | <input type="checkbox"/> 大学又は専門学校において一部履修 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 準学士 | <input type="checkbox"/> 文理学士 | <input type="checkbox"/> 修士号又は博士号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>18. あなたは退役軍人ですか？</p> | <p>18. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号: _____ - _____ - _____

19. 過去18ヶ月間中の雇用及び賃金に係る情報を提供します。派遣会社、労働請負業者、俳優若しくは女優のエージェント、又は賃金が企業名で報告される雇用主のために働いていた場合、あなたの賃金は、その雇用主名で報告されている可能性があります。雇用主の名前を明かにするためには、小切手の半券又はW-2を参照されることをお勧めします。

- a) 過去18か月間中に働いたすべての雇用主の名称及び住所。
- b) 雇用期間(勤務日)
- c) 過去18か月間中に稼いだ個々の雇用者別の賃金の合計額。
- d) ど支払いの受領方法(時間給、週給、月給、年休、コミッション、又は個数当たりの料率を具体的にお示しください)。
- e) フルタイム又はパートタイムの何れで働いたのかを具体的にお示しください。
- f) 週当たりの勤務時間。
- g) 雇用主が学校若しくは教育機関、又は学校関連の業務に従事した公的若しくは非営利雇用主である場合は、適切な「はい/いいえ」ボックスにチェックをお入れください。

注意: 雇用主の名称及び郵送先住所、雇用期間、及び賃金を正確に報告することが重要です。完全な情報を提供されない場合、給付が遅延又は否認される結果となります。

| | | | |
|--|------------|-----------|--|
| a) 雇用者の名称及び郵送先住所 | b) 勤務日 | c) 賃金の合計額 | d) どのような方法で支払を受領されましたか? (例えば、週給、月給、等)? |
| 名称: _____ | 提供者: _____ | \$ _____ | |
| 郵送先住所: _____ | 宛先: _____ | | |
| ストリート名: _____ | | | |
| 市名: _____ | | | |
| 州名: _____ 郵便番号: _____ | | | |
| e) あなたはフルタイム又はパートタイムの何れで働かれましたか? <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム f) 週当たり何時間働かれましたか? _____ | | | |
| g) この雇用者は、学校雇用者、又は学校関連の業務に従事する公的又は非営利雇用主ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| はいの場合は、電話番号をご入力ください: _____ - _____ | | | |

| | | | |
|--|------------|-----------|--|
| a) 雇用者の名称及び郵送先住所 | b) 勤務日 | c) 賃金の合計額 | d) どのような方法で支払を受領されましたか? (例えば、週給、月給、等)? |
| 名称: _____ | 提供者: _____ | \$ _____ | |
| 郵送先住所: _____ | 宛先: _____ | | |
| ストリート名: _____ | | | |
| 市名: _____ | | | |
| 州名: _____ 郵便番号: _____ | | | |
| e) あなたはフルタイム又はパートタイムの何れで働かれましたか? <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム f) 週当たり何時間働かれましたか? _____ | | | |
| g) この雇用者は、学校雇用者、又は学校関連の業務に従事する公的又は非営利雇用主ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| はいの場合は、電話番号をご入力ください: _____ - _____ | | | |

| | | | |
|--|------------|-----------|--|
| a) 雇用者の名称及び郵送先住所 | b) 勤務日 | c) 賃金の合計額 | d) どのような方法で支払を受領されましたか? (例えば、週給、月給、等)? |
| 名称: _____ | 提供者: _____ | \$ _____ | |
| 郵送先住所: _____ | 宛先: _____ | | |
| ストリート名: _____ | | | |
| 市名: _____ | | | |
| 州名: _____ 郵便番号: _____ | | | |
| e) あなたはフルタイム又はパートタイムの何れで働かれましたか? <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム f) 週当たり何時間働かれましたか? _____ | | | |
| g) この雇用者は、学校雇用者、又は学校関連の業務に従事する公的又は非営利雇用主ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| はいの場合は、電話番号をご入力ください: _____ - _____ | | | |

| | | | |
|--|------------|-----------|--|
| a) 雇用者の名称及び郵送先住所 | b) 勤務日 | c) 賃金の合計額 | d) どのような方法で支払を受領されましたか? (例えば、週給、月給、等)? |
| 名称: _____ | 提供者: _____ | \$ _____ | |
| 郵送先住所: _____ | 宛先: _____ | | |
| ストリート名: _____ | | | |
| 市名: _____ | | | |
| 州名: _____ 郵便番号: _____ | | | |
| e) あなたはフルタイム又はパートタイムの何れで働かれましたか? <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム f) 週当たり何時間働かれましたか? _____ | | | |
| g) この雇用者は、学校雇用者、又は学校関連の業務に従事する公的又は非営利雇用主ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| はいの場合は、電話番号をご入力ください: _____ - _____ | | | |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号： _____ - _____ - _____

| | | | |
|--|--|-----------|--|
| 19. 続く | | | |
| a) 雇用者の名称及び郵送先住所 | b) 勤務日 | c) 賃金の合計額 | d) どのような方法で支払を受領されましたか？ (例えば、週給、月給、等)? |
| 名称： _____ 郵送先住所： _____ ストリート名： _____ 市名： _____ 州名： _____ 郵便番号： _____ | 提供者： _____ 宛先： _____ | \$ _____ | _____ |
| e) あなたはフルタイム又はパートタイムの何れで働かれましたか？ <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム f) 週当たり何時間働かれましたか？ _____ | | | |
| g) この雇用者は、学校雇用者、又は学校関連の業務に従事する公的又は非営利雇用主ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、電話番号をご入力ください： _____ - _____ | | | |
| a) 雇用者の名称及び郵送先住所 | b) 勤務日 | c) 賃金の合計額 | d) どのような方法で支払を受領されましたか？ (例えば、週給、月給、等)? |
| 名称： _____ 郵送先住所： _____ ストリート名： _____ 市名： _____ 州名： _____ 郵便番号： _____ | 提供者： _____ 宛先： _____ | \$ _____ | _____ |
| e) あなたはフルタイム又はパートタイムの何れで働かれましたか？ <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム f) 週当たり何時間働かれましたか？ _____ | | | |
| g) この雇用者は、学校雇用者、又は学校関連の業務に従事する公的又は非営利雇用主ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、電話番号をご入力ください： _____ - _____ | | | |
| 20. 過去18ヶ月間に、第19問に記載されていない他の雇用主のために働かれましたか？ | 20 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、質問19 a-g のこの雇用主に係る情報を別の用紙にご記載ください。追加の用紙をこの申請書にご添付ください。 | | |
| 21. EDDが、あなたには有効な請求とするに足る賃金が標準基準期間内にないと判断した場合、代替的基準期間を使用した請求を行うことを試みますか？ 標準基準期間及び代替的基準期間の詳細については、EDDのウェブサイト www.edd.ca.gov をご参照ください。 | 21 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 22. 過去18ヶ月間中に、あなたが最も長期間働かれたのはどの雇用主でしたか？ a) その雇用主は、どのような種類の事業を運営していましたか？(詳細にご記載ください。例えば、レストラン、ドライクリーニング、建設、書店などです。) b) その雇用主のためにどのくらいの期間働かれましたか？ c) その雇用主のためにどのような種類の仕事で働かれましたか？ | 22. 雇用主名称： _____ a) 業種： _____ b) 年数: _____ 月間数： _____ c) _____ | | |
| 23. あなたの普段の職業は何ですか？ | 23. _____ | | |
| 24. 普段の仕事は季節的なものですか？ 「はい」の場合は、質問 aからcにご回答ください。 a) 通常、この季節は何時ごろから始まりますか？ b) 通常、この季節は何時ごろ終わりますか？ c)他にどのような仕事関連のスキルを有されていますか？ | 24 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、質問a-cにご回答ください。 a) _____ (月/日/年/年/年) b) _____ (月/日/年/年/年) c) _____ | | |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号： _____ - _____ - _____

あなたの最後の雇用主に関する情報をご提供ください。これは、仕事で就いていた時の長短、当該雇用主のために従事した仕事の種類、又は給与の支払いを受けたか否かに拘わらず、あなたが最後に働いた雇用主のことです。

派遣会社、労働請負業者、俳優若しくは女優のエージェント、又は賃金が企業名で報告される雇用主のために働いていた場合、あなたの賃金は、その雇用主名で報告されている可能性があります。在宅支援サービス (IHSS) で働いた場合、あなたの雇用者は、郡ではなく、在宅支援サービスを提供した福祉受給者です。雇用主の名前を明かにするためには、小切手の半券又はW-2を参照されることをお勧めします。

ご注意： 請求を提出するためには、当該請求者は失業しているか、又はフルタイム未満で働いていなければなりません。あなたは従業員として最後に勤務した雇用主に関する情報を提供しなければなりません。選択的な補償がない限り、自営業を含めないでください。

| | |
|--|---|
| <p>25. あなたが最後の雇用主のために実際に働いた最後の日付は何ですか？</p> <p>a) 仕事の最後の週の総賃金はいくらですか？失業保険の目的に関する限り、1週間は日曜日から開始し、次の土曜日に終了します。</p> <p>b) あなたの最後の雇用主の完全な名称は何ですか？</p> <p>c) あなたの最後の雇用主の郵送先住所は何ですか？</p> <p>d) あなたの最後の雇用主の実際の住所は、その郵送先の住所と同じですか？ (実際の住所を私書箱とすることはできません。) 住所をご記入ください。</p> <p>いいえの場合、最後の雇用主の実際の住所は何ですか？</p> <p>e) 最後の雇用主の実際の住所の電話番号は何ですか？</p> <p>f) 直属の上司の名前は何ですか？</p> <p>g) 提供されているスペースの中にもはや最後の雇用主のために働いていない理由をあなたご自身の言葉で簡単にご説明ください。添付ファイルを含めないでください。</p> | <p>25. _____ (月/日/年/年/年)</p> <p>a) \$ _____</p> <p>b) 名前： _____</p> <p>c) 郵送先住所: ストリート名： _____ 市名： _____ 州名： _____ 郵便番号： _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>実際の住所: ストリート名： _____ 市名： _____ 州名： _____ 郵便番号： _____</p> <p>e) _____ - _____</p> <p>f) _____</p> <p>g) 理由： _____ _____ _____</p> |
| <p>26. ストライキやロックアウトなどの労働争議のために、雇用主(最後の雇用主又は過去18ヶ月間中の雇用主)との間で(直接的又は間接的に)失業中ですか？</p> | <p>26 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>「はい」の場合で、労働組合が関与していた/関与している場合は、質問a-bにご回答ください。</p> | <p>「はい」で、労働組合が関与していなかった/関与していない場合は、質問c-eにご回答ください。</p> |
| <p>a) 労働組合の名称及び電話番号は？ 名称： _____ 電話番号： _____ - _____</p> <p>b) ストライキ給付金を受給されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> | <p>c) 何人の従業員が退職しましたか？ _____</p> <p>d) 従業員を代表するスポークスマンがいましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>e) 回答がはいの場合、当該者の姓名及び電話番号は？ 姓名： _____ 電話番号： _____ - _____</p> |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号： _____ - _____ - _____

| | |
|---|---|
| <p>31. 現在、学校又は訓練に出席していますか、又は学校又は訓練に出席する予定ですか？</p> <p>「はい」の場合は、質問 a-g にご回答ください。</p> <p>a) 学校又は訓練の開始日はいつですか？</p> <p>b) 現在のセッションの終了日はいつですか？</p> <p>c) 学校の名称は何ですか？</p> <p>d) 学校の電話番号は何ですか？</p> <p>e) あなたが学校に通っている又は学校に通う予定としている曜日及び時間はありますか？</p> <p>f) あなたの学校又は訓練プログラムは、第f条に記載されているプログラムの何れかから承認又は資金の提供を受けていますか？</p> <p>注意： 州が承認済の見習い訓練を受けている場合、訓練を受ける週について、継続請求フォーム、DE 4581とともに訓練修了証明書を郵送しなければなりません。</p> <p>g) もし、仕事があり、又は普段の職業について仕事のオファーを受けるとした場合、学校に通う日々や時間のためにフルタイムで働くことの障害となりますか？</p> | <p>31 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>「はい」の場合は、質問 a-g にご回答ください。</p> <p>a) _____ (月月/日日/年年年年)</p> <p>b) _____ (月月/日日/年年年年)</p> <p>c) _____</p> <p>d) 電話番号： _____ - _____</p> <p>e) 日数及び時間数： _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>「はい」の場合は、ひとつのボックスのみにチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 労働力投資法(WIA)</p> <p><input type="checkbox"/> 雇用訓練パネル(ETP)</p> <p><input type="checkbox"/> 職業調整支援(TAA)</p> <p><input type="checkbox"/> カリフォルニアの労働機会と子供への責任(カルワークス)の場合：</p> <p><input type="checkbox"/> 州が承認済の見習い制度</p> <p><input type="checkbox"/> 労働組合又は非労働組合熟練労働者レベル</p> <p><input type="checkbox"/> 上述の何れでもありません</p> <p>g) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>32. あなたは、普段の職業ですぐさまフルタイムの仕事に就くことができますか？</p> <p>a) いいえの場合は、フルタイムの仕事に就けない理由をご説明ください。</p> | <p>32 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>a) 説明： _____</p> |
| <p>33. あなたはいつもの職業ですぐにパートタイムの仕事に就くことができますか？</p> <p>a) いいえの場合、パートタイムの仕事に就けない理由をご説明ください。</p> | <p>33 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>a) 説明： _____</p> |
| <p>34. あなたは現在自営業者ですか、それとも自営業者になる予定ですか?(自営業者とは、自分自身の事業を擁するか、又は独立した請負業者として働いていることを意味します。)</p> | <p>34 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>35. あなたは現在、又は過去18ヶ月間中に会社若しくは労働組合の役員、又は会社の企業の単独若しくは主要株主でしたか？</p> <p>a) 「はい」の場合は、組織名称及び肩書又は地位をお含めください。</p> | <p>35 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>a) 組織の名称： _____</p> <p>肩書/地位： _____</p> |
| <p>36. あなたは過去18ヶ月間中に選挙で選ばれた公務員又は知事の免除任命者として職務に従事されましたか？</p> | <p>36 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書


社会保障番号： _____ - _____ - _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>37. あなたは現在年金を受給されていますか？ 「はい」の場合は、質問 a にご回答ください。</p> <p>a) 現在、複数の年金を受給されていますか？ はいの場合は、質問38にお進みください。 いいえの場合は、質問b-fにご回答ください。</p> <p>b) 年金支給者の名称は何ですか？</p> <p>c) この年金は他人の仕事又は賃金に基づくものですか？</p> <p>d) その年金は労働組合金ですか、それとも複数の雇用主が拠出した年金ですか？</p> <p>e) 年金に支払いを行う雇用主の名称は何ですか？</p> <p>f) 過去18ヶ月間中にその雇用主のために働きましたか？</p> | <p>37 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、質問 a にご回答ください。</p> <p>a) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、質問38にお進みください。 いいえの場合は、質問b-fにご回答ください。</p> <p>b) _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>d) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>e) _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> | | |
| <p>38. 今後12ヶ月間中に追加の年金を受給されますか？ 「はい」の場合は、質問 a - b にご回答ください。</p> <p>a) 年金支給者の名称は何ですか？</p> <p>b) 年金はいつ受給されることになりますか？</p> | <p>38 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、質問 a - b にご回答ください。</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____ (月月/日日/年年年年) _____ (月月/日日/年年年年)</p> | | |
| <p>39. あなたは労働者災害補償を受給されている、又は受給されることになるかと期待されていますか？ 「はい」の場合は、質問 a-d にご回答ください。</p> <p>a) 保険会社はどちらですか？</p> <p>b) 保険会社の電話番号は何ですか？</p> <p>c) 事件番号をご承知の場合は、何番ですか？</p> <p>d) あなたの請求の日付をご承知の場合は、何日ですか？</p> | <p>39 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、質問 a-d にご回答ください。</p> <p>a) _____</p> <p>b) 電話番号： _____ - _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) から： _____ (月月/日日/年年年年) まで： _____ (月月/日日/年年年年)</p> | | |
| <p>40. あなたの _____ 以外の最後の雇用主から何らかの支払いを受領済、又は受領することを期待されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 定期の給料?(例：休日手当、休暇手当、解雇手当、解雇予告手当等)</p> <p>「はい」の場合は、セクションA-D に情報をご記入ください。解雇手当を一括払いで受給した場合は、セクションA-Cにご記入ください(セクションCでは、一括払いが行われた日付をご報告ください)。</p> | | | |
| <p>A. 支払の種類 (例:休暇手当)</p> | <p>B. 支払額 (例: \$600)</p> | <p>C. 支払者 (日付: 月月/日日/年年年年)</p> | <p>D. 支払先 (日付: 月月/日日/年年年年)</p> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号： _____ - _____ - _____

| | |
|--|--|
| <p>41. あなたは米国市民権保有者又は国民ですか？ いいえの場合は、質問aにご回答ください。</p> <p>a) あなたは米国市民権移民局(USCIS、旧INS)に登録済みであり、米国で働くことが承認されていますか？</p> <p>b) 過去19ヶ月間中に米国で働く法的権利を有されていましたが？</p> | <p>41 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いいえの場合は、質問 a にご回答ください。</p> <p>a) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>b) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> |
| <p>重要な点：上記の質問「a」に「はい」と回答された場合、以下の41Aから41Hまでに記載されているUSCIS文書のいずれかを選択するとともに、当該文書の情報を提供しなければなりません。</p> | |
| <p>41A. <input type="checkbox"/> 永住権者カード(I-551)</p> <p>1) 外国人登録番号(A#)</p> <p>2) 永住権者カード番号(カード番号)</p>  <p>注意：カード番号は、カードの裏面、写真の横、DOB及びEXPの日付の下に位置しています。</p> <p>3) 有効期限 (EXP)</p> | <p>41A. <input type="checkbox"/> 永住権者カード(I-551)</p> <p>1) A# _____ 外国人登録番号は7桁から9桁の長さとなります。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____ カード番号は、13文字の長さとなります。英字3文字の後に10桁の数字を入力します。現在のカードが1997年12月以前に発行されたものである場合は、空白のままとします。</p> <p>3) _____ (月月/日日/年年年年)</p> |
| <p>41B. <input type="checkbox"/> 雇用許可証(I-766)</p> <p>1) 外国人登録番号(A#)</p> <p>2) 有効期限</p> | <p>41B. <input type="checkbox"/> 雇用許可証(I-766)</p> <p>1) A# _____ 外国人登録番号は7桁から9桁の長さとなります。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____ (月月/日日/年年年年)</p> |
| <p>41C. <input type="checkbox"/> 難民旅行書類(I-571)</p> <p>1) 外国人登録番号(A#)</p> <p>2) 有効期限</p> | <p>41C. <input type="checkbox"/> 難民旅行書類(I-571)</p> <p>1) A# _____ 外国人登録番号は7桁から9桁の長さとなります。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____ (月月/日日/年年年年)</p> |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号： _____ - _____ - _____

| | |
|---|---|
| <p>41D. <input type="checkbox"/> 到着/出発記録(I-94)</p> <p>1) 到着/出発番号</p> <p>2) 有効期限</p> | <p>41D. <input type="checkbox"/> 到着/出発記録(I-94)</p> <p>1) _____</p> <p>到着/出発番号は11桁の長さでなければなりません。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____ (月月/日日/年年年年)</p> |
| <p>41E. <input type="checkbox"/> 再入国許可証(I-327)</p> <p>1) 外国人登録番号(A#)</p> <p>2) 有効期限</p> | <p>41E. <input type="checkbox"/> 再入国許可証(I-327)</p> <p>1) A# _____</p> <p>外国人登録番号は7桁から9桁の長さとなります。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____ (月月/日日/年年年年)</p> |
| <p>41F. <input type="checkbox"/> 有効期限が切れていない外国のパスポート</p> <p>1) 到着/出発番号</p> <p>2) パスポート番号</p> <p>3) ビザ番号</p> <p>4) 有効期限</p> | <p>41F. <input type="checkbox"/> 有効期限が切れていない外国のパスポート</p> <p>1) _____</p> <p>到着/出発番号は11桁の長さでなければなりません。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____</p> <p>パスポート番号は6-12文字の英数字でなければなりません。この番号は、書類の右上隅に位置しています。</p> <p>3) _____</p> <p>ビザ番号は8桁の数字でなければなりません。</p> <p>4) _____ (月月/日日/年年年年)</p> |
| <p>41G. <input type="checkbox"/> 有効期限が切れていない外国のパスポートの出入国記録(I94)</p> <p>1) 到着/出発番号</p> <p>2) パスポート番号</p> <p>3) ビザ番号</p> <p>4) 有効期限</p> | <p>41G. <input type="checkbox"/> 有効期限が切れていない外国のパスポートの出入国記録(I94)</p> <p>1) _____</p> <p>到着/出発番号は11桁の長さでなければなりません。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____</p> <p>パスポート番号は6-12文字の英数字でなければなりません。この番号は、書類の右上隅に位置しています。</p> <p>3) _____</p> <p>ビザ番号は8桁の数字でなければなりません。</p> <p>4) _____ (月月/日日/年年年年)</p> |
| <p>41H. <input type="checkbox"/> その他の文書(セクションAからGまでに記載されていないもの)</p> <p>1) 外国人登録番号(A#)</p> <p>2) 到着/出発番号</p> <p>3) 有効期限</p> <p>4) 文書説明</p> | <p>41H. <input type="checkbox"/> その他の文書(セクションAからGまでに記載されていないもの)</p> <p>1) A# _____</p> <p>外国人登録番号は7桁から9桁の長さとなります。数字のみをご入力ください。</p> <p>2) _____</p> <p>到着/出発番号は11桁の長さでなければなりません。数字のみをご入力ください。</p> <p>3) _____ (月月/日日/年年年年)</p> <p>4) 文書の説明: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号: _____ - _____ - _____

災害失業支援(DUA)補足フォーム-添付資料D

ある災害のため失業し、又は部分的に失業している場合は、DUA給付の対象となる可能性があるため、以下にご記入ください。

| | |
|---|--|
| <p>1. あなたはカリフォルニア州における最近の地震、洪水、土砂崩れ、山火事等の災害の直接的な結果として失業されていますか？</p> <p>はいの場合：</p> <p>a) 災害の種類をご特定ください。</p> <p>b) 当該災害の発生時点において、あなたはどの郡に居住されていましたか？</p> <p>c) 当該災害の発生時点において、あなたはどの郡において働られていましたか？</p> <p>d) 当該災害の発生時点において、被災地を通過して移動する必要があったことが失業の原因でしたか？</p> <p>はいの場合：</p> <p>あなたの職場への移動を妨げている被災郡又は複数の被災郡をご特定ください。</p> <p>e) 以下の中であなたご自身に最も当てはまるものをチェックしてください。</p> <p>f) 上述の中で項目e1又はe3を選択された場合、当該災害の発生の前に何時間働かれていましたか？</p> <p>g) 上述の中でe3又はe4を選択された場合、当該災害の発生が自営業を継続又は開始する能力に如何なる影響を及ぼしたのかという点について簡単にご説明ください。</p> <p>h) あなたの事業の実在の住所は何処になりますか？</p> | <p>1. <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>「はい」の場合は、質問 a-dにご回答ください：</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>e) 1) <input type="checkbox"/> 当該災害の直接の結果として働くことができない従業員。 2) <input type="checkbox"/> ある雇用主のために働き始める予定であったものの、当該災害のために適わなかった者。 3) <input type="checkbox"/> 当該災害の直接の結果として、業務に従事することができない自営業者。 4) <input type="checkbox"/> 自営業の開業を意図していたものの、当該震災のために不可能となった者。 5) <input type="checkbox"/> 当該震災の発生の結果、世帯主となった者。</p> <p>f) _____</p> <p>g) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>h) ストリート名： _____ 市名： _____ 州名： _____ 郵便番号： _____</p> |
|---|--|

サンプル, このページは、参照用のみ

失業保険申請書

社会保障番号 : _____ - _____ - _____

このページを郵送又はファックスしないでください

申請書の提出

アプリケーションが完全に記入されているか否かしっかりご確認ください。申請書に記入漏れがある場合は、あなたの請求の提出の遅延、又は妨げとなるとともに、給付の否認の原因となる可能性もあります。

該当する添付ファイルを含め記入済の申請書を郵送又はファックスでご提出ください。

| | |
|------------------------|---|
| 郵送 で以下の住所宛てに :: | EDD PO Box 989738 West Sacramento, CA 95789 注意 : 別途送料が必要となります。 |
| FAX を以下の電話番号宛てに送信します : | 1-866-215-9159 |

申請書を提出されてから、請求の処理に10日間を要することをご理解ください。失業保険(UI)の請求に係る資料を郵送で受領されることとなります。申請書を提出してから10日間が経過しても、UIの請求に係る資料を受領されていない場合は、以下のフリーダイヤルの電話番号のいずれかにお電話ください。

| | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 英語 1-800-300-5616 | スペイン語 1-800-326-8937 | 北京語 1-866-303-0706 |
| TTY (非音声) 1-800-815-9387 | 広東語 1-800-547-3506 | ベトナム語 1-800-547-2058 |

提出日 : _____ 送信方法 郵送 又は ファックス

ご自身用の記録としてご保存ください