

실업보험 신청서

제출 지침

이 신청서를 작성하고 관련 파일을 첨부하십시오. 정보를 기재하거나 타이프하십시오. 파란색 또는 검정색 잉크만을 사용하십시오. 각 페이지의 모든 질문에 답하십시오. 신청서가 완전하게 작성되었는지 철저히 검토하십시오. 불완전한 신청서는 귀하의 청구를 지연 또는 방지하거나 혜택 거부의 요인이 될 수 있습니다. 고용개발국(EDD)은 귀하가 청구 당시 제공한 정보를 확인해야 하는 경우, 귀하는 우편으로 추가 양식을 받게 되며 추가 정보 및/또는 문서를 제공하도록 요청받게 될 것입니다.

신청서 질문

이 신청서의 질문에 대한 답변은 사실이고 정확해야 합니다. 허위 진술을 하거나 정보를 숨길 경우 처벌을 받을 수 있습니다.

<p>1. 귀하는 지난 18개월 동안 캘리포니아가 아닌 다른 주에서 일을 했습니까? 그리고 /또는 귀하는 지난 18개월 동안 캐나다에서 일했습니까?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 해당 확인란에 체크하십시오: <input type="checkbox"/> 캘리포니아 이외의 주(들)의 경우, 주(들)을 명시하십시오: _____ <input type="checkbox"/> 캐나다</p>
<p>2. 사회보장국에서 귀하에게 부여한 사회 보장 번호는 무엇입니까? a) EDD가 귀하에게 EDD 고객 번호 (ECN)를 배정한 경우, ECN을 여기에 기재하십시오. (ECN은 999 또는 990으로 시작하는 9자리 숫자입니다.)</p>	<p>2. _____ a) _____</p>
<p>2A. 귀하가 사용한 다른 사회 보장 번호(들)을 기재하십시오.</p>	<p>2A. _____</p>
<p>3. 귀하의 성명은 무엇입니까?</p>	<p>3. 성 _____ 이름 _____ 중간 이름 이니셜 _____</p>
<p>4. 이것이 사회보장 카드에 표시된 귀하의 이름입니까? a) 아니오인 경우, 귀하의 사회 보장 카드에 표시된 이름을 기재하십시오.</p>	<p>4. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 a) 성 _____ 이름 _____ 중간 이름 이니셜 _____</p>
<p>5. 귀하가 사용한 다른 이름(들)을 기재하십시오.</p>	<p>5. _____</p>
<p>6. 귀하의 생년월일은 언제입니까?</p>	<p>6. _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>7. 귀하의 성별은 무엇입니까?</p>	<p>7. <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성</p>
<p>8. 귀하가 선호하는 문자 언어는 무엇입니까? a) 귀하가 선호하는 말하기 언어는 무엇입니까?</p>	<p>8. <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타 _____ a) <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타 _____</p>
<p>9. 귀하는 지난 2년 동안 캘리포니아 실업보험 또는 장애보험을 청구한 적이 있습니까? a) 예인 경우, 각 청구 유형과 가장 최근에 제출된 날짜를 기재하십시오.</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 a) 실업보험 청구 날짜(들) (월월/일일/년년년년) _____ a) 장애보험 청구 날짜(들) (월월/일일/년년년년) _____</p>

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

<p>10. 귀하의 주/기관에서 발급한 운전면허증이 있습니까? a) 예인 경우, 발급 주/기관의 이름과 귀하의 운전면허증 번호를 기재하십시오. 아니오인 경우, 질문 b-d에 답하십시오: b) 귀하의 주/기관에서 발급한 신분증이 있습니까? c) 예인 경우, 발급 주/기관의 이름과 귀하의 신분증 번호를 기재하십시오. d) 직장을 어떻게 구하고 있으며, 직장이 있는 경우 직장에 어떻게 가십니까?</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 a) 발급 주/기관 이름: _____ 운전면허증 번호: _____ 아니오인 경우, 질문 b-d에 답하십시오: b) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 c) 발급 주/기관 이름: _____ 신분증 번호: _____ d) 설명해 주십시오: _____ _____ _____</p>																		
<p>11. 귀하의 전화번호는 무엇입니까? a) 귀하가 청각 장애인, 난청 또는 언어 장애가 있고, TTY 또는 캘리포니아 릴레이를 이용하여 의사 소통을 하는 경우 해당 확인란에 체크하십시오.</p>	<p>11. _____ - _____ a) <input type="checkbox"/> TTY (비음성) <input type="checkbox"/> 캘리포니아 릴레이 서비스</p>																		
<p>12. 귀하의 우편 주소는 무엇입니까? (시, 주 및 우편번호 포함)</p>	<p>12. 거리 주소: _____ 아파트: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p>																		
<p>13. 귀하의 거주지 주소는 우편 주소와 동일합니까? a) 아니오의 경우, 귀하의 거주지 주소를 입력하십시오. (시, 주, 우편번호 및 아파트 번호를 포함시키십시오.) 거주지 주소는 사서함(P.O. Box) 주소가 될 수 없습니다. 거리 주소를 기재하십시오.</p>	<p>13. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 a) 거리 주소: _____ 아파트: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p>																		
<p>14. 캘리포니아에 거주하지 않는 경우, 귀하가 거주하는 카운티 이름은 무엇입니까?</p>	<p>14. _____</p>																		
<p>15. 귀하를 어떤 인종 또는 민족 그룹과 동일시합니까? 다음 중 하나에 체크하십시오:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 백인</td> <td><input type="checkbox"/> 히스패닉이 아닌 흑인</td> <td><input type="checkbox"/> 히스패닉</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 아시아인</td> <td><input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민</td> <td><input type="checkbox"/> 중국인</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 캄보디아인</td> <td><input type="checkbox"/> 필리핀인</td> <td><input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 괌 사람</td> <td><input type="checkbox"/> 아시아계 인디언</td> <td><input type="checkbox"/> 일본인</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 한국인</td> <td><input type="checkbox"/> 라오스인</td> <td><input type="checkbox"/> 사모아인</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 베트남</td> <td><input type="checkbox"/> 하와이인</td> <td><input type="checkbox"/> 답을 하지 않겠습니다</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 히스패닉이 아닌 흑인	<input type="checkbox"/> 히스패닉	<input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 캄보디아인	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민	<input type="checkbox"/> 괌 사람	<input type="checkbox"/> 아시아계 인디언	<input type="checkbox"/> 일본인	<input type="checkbox"/> 한국인	<input type="checkbox"/> 라오스인	<input type="checkbox"/> 사모아인	<input type="checkbox"/> 베트남	<input type="checkbox"/> 하와이인	<input type="checkbox"/> 답을 하지 않겠습니다
<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 히스패닉이 아닌 흑인	<input type="checkbox"/> 히스패닉																	
<input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 중국인																	
<input type="checkbox"/> 캄보디아인	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민																	
<input type="checkbox"/> 괌 사람	<input type="checkbox"/> 아시아계 인디언	<input type="checkbox"/> 일본인																	
<input type="checkbox"/> 한국인	<input type="checkbox"/> 라오스인	<input type="checkbox"/> 사모아인																	
<input type="checkbox"/> 베트남	<input type="checkbox"/> 하와이인	<input type="checkbox"/> 답을 하지 않겠습니다																	
<p>16. 장애가 있습니까? (장애는 자기 자신 돌보기, 육체적 작업 수행, 걷기, 보기, 듣기, 말하기, 숨쉬기, 배우기 또는 일하기와 같은 하나 이상의 생활 활동을 실질적으로 제한하는 신체적 또는 정신적 손상입니다.)</p>	<p>16. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답을하지 않겠습니다</p>																		
<p>17. 학교는 어디까지 마치셨습니까? 확인란 하나에만 체크하십시오.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 고등학교를 마치지 못함</td> <td><input type="checkbox"/> 고등학교 졸업장 또는 검정고시(GED)</td> <td><input type="checkbox"/> 대학 중퇴 또는 직업 학교</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 준학사</td> <td><input type="checkbox"/> 학사</td> <td><input type="checkbox"/> 석사 또는 박사</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 고등학교를 마치지 못함	<input type="checkbox"/> 고등학교 졸업장 또는 검정고시(GED)	<input type="checkbox"/> 대학 중퇴 또는 직업 학교	<input type="checkbox"/> 준학사	<input type="checkbox"/> 학사	<input type="checkbox"/> 석사 또는 박사												
<input type="checkbox"/> 고등학교를 마치지 못함	<input type="checkbox"/> 고등학교 졸업장 또는 검정고시(GED)	<input type="checkbox"/> 대학 중퇴 또는 직업 학교																	
<input type="checkbox"/> 준학사	<input type="checkbox"/> 학사	<input type="checkbox"/> 석사 또는 박사																	
<p>18. 귀하의 퇴역 군인입니까?</p>	<p>18. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>																		

예시, 이 페이지는 참고용입니다

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

19. 지난 18개월 동안의 귀하의 고용 및 급여 정보를 제공하십시오. 귀하가 임시 직업소개소, 노동 계약자, 배우의 대리인 또는 회사의 이름으로 급여를 신고하는 고용주를 위해 근무한 경우, 귀하의 임금은 고용주 이름으로 신고되었을 수 있습니다. 고용주의 이름을 알아보려면 급여 명세서 또는 W-2를 참조할 수 있습니다.

- a) 지난 18개월 동안 귀하가 근무한 모든 고용주의 이름과 우편 주소.
- b) 고용 기간 (근무 날짜).
- c) 지난 18개월 동안 각 고용주로부터 받은 총 급여.
- d) 귀하가 급여를 받은 방법 (시간별, 주별, 월별, 연간, 수수료 또는 성과급 등 구체적으로 명시).
- e) 귀하가 풀타임 또는 파트타임으로 근무했는지 명시하십시오.
- f) 귀하가 일주일에 근무한 시간.
- g) 고용주가 학교 또는 교육기관이거나 귀하가 학교 관련 업무를 수행한 공공 또는 비영리 고용주인 경우 (또는 아닌 경우), 해당 “예/아니오” 확인란에 체크하십시오.

참고: 고용주 이름(들) 및 우편 주소(들), 고용 기간(들) 및 급여를 정확하게 보고하는 것이 중요합니다. 완전한 정보를 제공하지 않으면 혜택이 지연되거나 거부될 수 있습니다.

a) 고용주 이름 및 우편 주소	b) 근무 날짜	c) 총 급여	d) 급여는 어떻게 받았습니까? (예: 주별, 월별 등)?
이름: _____ 우편 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____	시작: _____ 종료: _____	\$ _____	_____
e) 풀타임(F/T) 아니면 파트타임(P/T)으로 근무하셨습니다습니까? <input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T		f) 일주일에 몇 시간 근무하셨습니다습니까? _____	
g) 이 고용주는 학교 고용주입니까 아니면 귀하가 학교 관련 업무를 수행한 공공 또는 비영리 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 전화번호를 제공하십시오: _____ - _____			

a) 고용주 이름 및 우편 주소	b) 근무 날짜	c) 총 급여	d) 급여는 어떻게 받았습니까? (예: 주별, 월별 등)?
이름: _____ 우편 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____	시작: _____ 종료: _____	\$ _____	_____
e) 풀타임(F/T) 아니면 파트타임(P/T)으로 근무하셨습니다습니까? <input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T		f) 일주일에 몇 시간 근무하셨습니다습니까? _____	
g) 이 고용주는 학교 고용주입니까 아니면 귀하가 학교 관련 업무를 수행한 공공 또는 비영리 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 전화번호를 제공하십시오: _____ - _____			

a) 고용주 이름 및 우편 주소	b) 근무 날짜	c) 총 급여	d) 급여는 어떻게 받았습니까? (예: 주별, 월별 등)?
이름: _____ 우편 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____	시작: _____ 종료: _____	\$ _____	_____
e) 풀타임(F/T) 아니면 파트타임(P/T)으로 근무하셨습니다습니까? <input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T		f) 일주일에 몇 시간 근무하셨습니다습니까? _____	
g) 이 고용주는 학교 고용주입니까 아니면 귀하가 학교 관련 업무를 수행한 공공 또는 비영리 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 전화번호를 제공하십시오: _____ - _____			

a) 고용주 이름 및 우편 주소	b) 근무 날짜	c) 총 급여	d) 급여는 어떻게 받았습니까? (예: 주별, 월별 등)?
이름: _____ 우편 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____	시작: _____ 종료: _____	\$ _____	_____
e) 풀타임(F/T) 아니면 파트타임(P/T)으로 근무하셨습니다습니까? <input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T		f) 일주일에 몇 시간 근무하셨습니다습니까? _____	
g) 이 고용주는 학교 고용주입니까 아니면 귀하가 학교 관련 업무를 수행한 공공 또는 비영리 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 전화번호를 제공하십시오: _____ - _____			

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

<p>19. 계속</p> <p>a) 고용주 이름 및 우편 주소 이름: _____ 우편 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____</p> <p>b) 근무 날짜 시작: _____ \$ _____ 종료: _____</p> <p>c) 총 급여</p> <p>d) 급여는 어떻게 받았습니까? (예: 주별, 월별 등)?</p> <p>e) 풀타임(F/T) 아니면 파트타임(P/T)으로 근무하셨습니다? <input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T f) 일주일에 몇 시간 근무하셨습니다? _____</p> <p>g) 이 고용주는 학교 고용주입니까 아니면 귀하가 학교 관련 업무를 수행한 공공 또는 비영리 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 전화번호를 제공하십시오: _____ - _____</p>	
<p>a) 고용주 이름 및 우편 주소 이름: _____ 우편 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p> <p>b) 근무 날짜 시작: _____ \$ _____ 종료: _____</p> <p>c) 총 급여</p> <p>d) 급여는 어떻게 받았습니까? (예: 주별, 월별 등)?</p> <p>e) 풀타임(F/T) 아니면 파트타임(P/T)으로 근무하셨습니다? <input type="checkbox"/> F/T <input type="checkbox"/> P/T f) 일주일에 몇 시간 근무하셨습니다? _____</p> <p>g) 이 고용주는 학교 고용주입니까 아니면 귀하가 학교 관련 업무를 수행한 공공 또는 비영리 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 전화번호를 제공하십시오: _____ - _____</p>	
<p>20. 지난 18개월 동안 질문 19에 열거되지 않은 다른 고용주를 위해 일한 적이 있습니까?</p>	<p>20 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 별도의 용지에 질문 19 a-g에 대한 고용주 정보를 기재하십시오. 이 신청서에 추가 용지를 첨부하십시오.</p>
<p>21. EDD가 귀하는 표준 기준 기간 동안 유효한 청구가 성립되기에 충분한 급여를 받지 못했다고 판단하는 경우, 귀하는 대체 기준 기간을 사용하여 청구 성립을 시도하기를 원하십니까? 표준 기준 기간 및 대체 기준 기간에 대한 추가 정보는, EDD 웹사이트 www.edd.ca.gov를 방문하십시오.</p>	<p>21 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>22. 귀하는 지난 18개월 동안 어떤 고용주를 위해 가장 오래 근무했습니까? a) 그 고용주는 어떤 유형의 비즈니스를 운영했습니까? (구체적으로 기재하십시오. 예: 식당, 세탁소, 건설, 서점.) b) 그 고용주를 위해 얼마나 오래 근무했습니까? c) 그 고용주를 위해 어떤 유형의 업무를 수행했습니까?</p>	<p>22. 고용주 이름: _____ a) 비즈니스 유형: _____ b) 년: _____ 개월: _____ c) _____</p>
<p>23. 귀하의 평소 직업은 무엇입니까?</p>	<p>23. _____</p>
<p>24. 귀하의 일상 업무는 계절성입니까? 예인 경우, 질문 a-c에 답하십시오: a) 계절은 보통 언제 시작합니까? b) 계절은 보통 언제 끝납니까? c) 다른 업무 관련 기술이 있습니까?</p>	<p>24. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예의 경우, 질문 a-c에 답하십시오: a) _____ (월월/일일/년년년년) b) _____ (월월/일일/년년년년) c) _____</p>

예시, 이 페이지는 참고용입니다

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

귀하의 맨 마지막 고용주에 대한 정보를 제공하십시오. 이는 귀하가 그 직장에서 일한 기간, 그 고용주를 위해 한 업무의 유형, 또는 급여를 받았는지 여부와 상관없이 귀하가 마지막으로 일한 고용주입니다.

귀하가 임시 직업소개소, 노동 계약자, 배우의 대리인 또는 회사의 이름으로 급여를 신고하는 고용주를 위해 근무한 경우, 귀하의 임금은 고용주 이름으로 신고되었을 수 있습니다. 귀하가 재택 간병 서비스(IHSS)에서 근무한 경우, 귀하의 고용주는 카운티가 아니라 귀하가 재택 간호 서비스를 제공한 복지 수혜자가 고용주입니다. 고용주의 이름을 알아보려면 급여 명세서 또는 W-2를 참조할 수 있습니다.

유념 사항: 청구를 하려면, 개인이 실직 상태이거나 풀타임 미만으로 근무해야 합니다. 귀하가 직원으로서 근무한 마지막 고용주에 대한 정보를 제공해야 합니다. 귀하가 선택적인 커버리지를 갖고 있지 않는 한 자영업업을 포함시키지 마십시오.

<p>25. 귀하가 맨 마지막 고용주를 위해 실제로 근무한 날짜는 언제입니까?</p> <p>a) 귀하의 근무 마지막 주에 대한 총 급여는 얼마입니까? 실업보험의 경우, 한 주는 일요일에 시작해서 다음 토요일에 끝납니다.</p> <p>b) 귀하의 맨 마지막 고용주의 성명은 무엇입니까?</p> <p>c) 귀하의 맨 마지막 고용주의 우편 주소는 무엇입니까?</p> <p>d) 귀하의 맨 마지막 고용주의 실제 주소가 우편 주소와 동일합니까? (실제 주소는 사서함 (P.O. Box)이 될 수 없습니다. 거리 주소를 제공하십시오.)</p> <p>아니오인 경우, 귀하의 맨 마지막 고용주의 실제 주소는 무엇입니까?</p> <p>e) 귀하의 맨 마지막 고용주의 실제 주소의 전화번호는 무엇입니까?</p> <p>f) 귀하의 직속 수퍼바이저의 이름은 무엇입니까?</p> <p>g) 제공된 공간에 귀하가 맨 마지막 고용주를 위해 더 이상 근무하지 않는 이유를 자신의 말로 간략하게 설명하십시오. 첨부 파일은 포함시키지 마십시오.</p>	<p>25. _____ (월월/일일/년년년년)</p> <p>a) \$ _____</p> <p>b) 이름: _____</p> <p>c) 우편 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>실제 주소: _____ 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p> <p>e) _____ - _____</p> <p>f) _____</p> <p>g) 이유: _____ _____ _____</p>
<p>26. 귀하는 파업이나 직장 폐쇄와 같은 쟁의 행위로 인해 고용주 (마지막 고용주 또는 지난 18개월 동안의 고용주)로부터 (직접 또는 간접적으로) 실직했습니까?</p>	<p>26. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>답이 예이고 노동조합이 관련되었거나/관련되어 있는 경우, 질문 a-b에 답하십시오:</p> <p>a) 노동조합의 이름과 전화번호는 무엇입니까? 이름: _____ 전화 번호: _____ - _____</p> <p>b) 귀하는 파업의 혜택을 받을 예정입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p>답이 예이고 노동조합이 관련되지 않았거나/관련되지 않은 경우, 질문 c-e에 답하십시오:</p> <p>c) 몇 명의 직원들이 직장을 떠났습니까? _____</p> <p>d) 이들 직원을 위한 대변인이 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>e) 예인 경우, 그/그녀의 이름과 전화번호는 무엇입니까? 이름: _____ 전화번호: _____ - _____</p>

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

<p>31. 현재 학교에 다니고 있거나 또는 학교에 다니거나 교육 훈련에 참석할 계획이 있습니까?</p> <p>예의 경우, 질문 a-g에 답하십시오:</p> <p>a) 학교 또는 교육 훈련의 시작 날짜는 언제입니까?</p> <p>b) 현재 세션의 종료 날짜는 언제입니까?</p> <p>c) 그 학교의 이름은 무엇입니까?</p> <p>d) 그 학교의 전화번호는 무엇입니까?</p> <p>e) 학교에 다니고 있거나, 또는 다닐 계획인 요일과 시간은 언제입니까?</p> <p>f) 귀하의 학교 또는 교육 훈련 프로그램은 섹션 f 에 열거된 프로그램 중 하나에 의해 승인되었거나 자금이 지원됩니까?</p> <p>참고: 귀하가 주 승인 수습직 (Apprenticeship) 교육 훈련에 참여하고 있는 경우, 교육 훈련 주간(들) 에 대한 계속 청구 양식, DE 4581와 함께 교육 훈련 수료 증명서를 우편으로 보내야 합니다.</p> <p>g) 귀하가 직업을 가지고 있었거나, 평소 직업 분야의 일자리를 제안 받았을 경우, 학교를 다니는 것이 귀하가 풀타임으로 일하는 데 방해가 됩니까?</p>	<p>31. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>예의 경우, 질문 a-g에 답하십시오:</p> <p>a) _____ (월월/일일/년년년년)</p> <p>b) _____ (월월/일일/년년년년)</p> <p>c) _____</p> <p>d) 전화: _____ - _____</p> <p>e) 요일 및 시간: _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 하나의 확인란에만 체크하십시오. <input type="checkbox"/> 인력투자법 (WIA) <input type="checkbox"/> 고용 교육훈련 패널 (ETP) <input type="checkbox"/> 무역 조정 지원 (TAA) <input type="checkbox"/> 캘리포니아 노동 기회와 아동에 대한 책임 (CalWORKS) <input type="checkbox"/> 주 승인 수습직(Apprenticeship) <input type="checkbox"/> 노동조합 또는 비노조 수준 <input type="checkbox"/> 위의 어느 것도 해당이 없음</p> <p>g) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>32. 귀하의 평소 직업 분야에서 즉시 풀타임으로 일할 수 있습니까?</p> <p>a) 아니오의 경우, 풀타임으로 일할 수 없는 이유를 설명하십시오.</p>	<p>32. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>a) 설명: _____</p>
<p>33. 귀하의 평소 직업 분야에서 파트타임으로 즉시 일할 수 있습니까?</p> <p>a) 아니오의 경우, 파트타임으로 일할 수 없는 이유를 설명하십시오.</p>	<p>33. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>a) 설명: _____</p>
<p>34. 귀하의 현재 자영업을 하고 있거나 자영업을 할 계획이 있습니까? (자영업이란 자신의 비즈니스를 하거나 독립 계약자로서 일하는 것을 의미합니다.)</p>	<p>34. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>35. 귀하의 현재 기업 또는 노동조합의 임원이거나 기업의 단독 또는 주요 주주이거나 또는 지난 18개월 동안 같은 직위에 있었습니까?</p> <p>a) 예의 경우, 조직의 이름과 귀하의 직책 또는 직위를 포함시키십시오.</p>	<p>35. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>a) 조직의 이름: _____ 직책/직위: _____</p>
<p>36. 귀하의 지난 18개월 동안 선출직 공무원 또는 주지사 면제 임명자로 일한 적이 있습니까?</p>	<p>36. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>

실업보험 신청서


사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

<p>37. 귀하는 현재 연금을 받고 있습니까? 예의 경우, 질문 a에 답하십시오:</p> <p>a) 귀하는 현재 하나 이상의 연금을 받고 있습니까? 예의 경우, 질문 38로 가십시오. 아니오인 경우, 질문 b-f에 답하십시오:</p> <p>b) 연금 제공자의 이름이 무엇입니까?</p> <p>c) 해당 연금은 다른 사람의 노동이나 급여를 기준으로 한 것입니까?</p> <p>d) 해당 연금은 노동조합 연금입니까 아니면 하나 이상의 고용주가 자금을 지원하는 연금입니까?</p> <p>e) 해당 연금에 자금을 불입하는 고용주(들)의 이름은 무엇입니까?</p> <p>f) 귀하는 지난 18개월 동안 해당 고용주를 위해 일했습니까?</p>	<p>37. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예의 경우, 질문 a에 답하십시오:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예의 경우, 질문 38로 가십시오. 아니오의 경우, 질문 b-f에 답하십시오:</p> <p>b) _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>d) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>e) _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>38. 귀하는 향후 12개월 동안 추가 연금(들)을 받게 됩니까? 예의 경우, 질문 a-b에 답하십시오:</p> <p>a) 연금 제공자(들)의 이름은 무엇입니까?</p> <p>b) 연금(들)은 언제 받게 됩니까?</p>	<p>38. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예의 경우, 질문 a-b에 답하십시오:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____ (월월/일일/년년년년) _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>39. 귀하는 산업재해 보상을 받고 있거나 받을 예정입니까? 예의 경우, 질문 a-d에 답하십시오:</p> <p>a) 보험사의 이름은 무엇입니까?</p> <p>b) 보험사의 전화번호는 무엇입니까?</p> <p>c) 알고 있는 경우, 사례 번호는 무엇입니까?</p> <p>d) 알고 있는 경우 청구 날짜는 언제입니까?</p>	<p>39. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예의 경우, 질문 a-d에 답하십시오:</p> <p>a) _____</p> <p>b) 전화: _____ - _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) From: _____ (월월/일일/년년년년) To: _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>40. H귀하는 마지막 고용주로부터 정규 급여 이외에 다른 수당을 받았거나 받을 예정입니까? (예: 휴일 수당, 휴가 수당, 퇴직금, 해고 예고 수당 등) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>예의 경우, 섹션 A-D에서 해당 정보를 제공하십시오. 퇴직금을 일시불로 받은 경우, 섹션A-C를 작성하십시오 (섹션 C에서, 일시불 지급 날짜를 보고하십시오).</p>	

A. 지불 유형 (예: 휴가 수당)	B. 지불 금액 (예: \$600)	C. 지불 개시 (날짜: 월월/일일/년년년년)	D. 지불 종료 (날짜: 월월/일일/년년년년)

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

<p>41. 귀하는 미국 시민권자입니까 아니면 미국 출생 국민입니까? 아니오인 경우, 질문 a에 답하십시오:</p> <p>a) 귀하는 미국 이민국 (USCIS, 이전 INS)에 등록되어 있으며 미국에서 일할 수 있는 허가를 받았습니까? b) 귀하는 지난 19개월 동안 미국에서 합법적으로 일할 자격이 있었습니까?</p>	<p>41. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>아니오의 경우, 질문 a에 답하십시오:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 b) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>중요 사항: 위의 질문 “a”에 “예”라고 답한 경우, 귀하는 아래 41A ~ 41H에 열거된 USCIS 문서 중 하나를 선택하고 해당 문서를 제공해야 합니다.</p>	
<p>41A. <input type="checkbox"/> 영주권 카드(I-551)</p> <p>1) 외국인 등록 번호 (A#)</p> <p>2) 영주권 번호 (CARD#)</p>  <p>참고: CARD#는 카드 뒷면, 사진 옆, 생년월일 (DOB) 및 만료일 (EXP) 아래에 있습니다.</p> <p>3) 만료일 (EXP)</p>	<p>41A. <input type="checkbox"/> 영주권 카드(I-551)</p> <p>1) A# _____ 외국인 등록 번호는 7~9자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ CARD#는 13자이어야 합니다. 3자리 영문자 뒤에 10자리 숫자를 입력하십시오. 귀하가 현재 가지고 있는 카드가 1997년 12월 이전에 발급된 경우, 이 칸을 비워 두십시오.</p> <p>3) _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>41B. <input type="checkbox"/> 취업 허가 카드 (I-766)</p> <p>1) 외국인 등록 번호 (A#)</p> <p>2) 만료일</p>	<p>41B. <input type="checkbox"/> 취업 허가 카드 (I-766)</p> <p>1) A# _____ 외국인 등록 번호는 7~9자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>41C. <input type="checkbox"/> 난민 여행 증명서 (I-571)</p> <p>1) 외국인 등록 번호 (A#)</p> <p>2) 만료일</p>	<p>41C. <input type="checkbox"/> 난민 여행 증명서 (I-571)</p> <p>1) A# _____ 외국인 등록 번호는 7~9자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ (월월/일일/년년년년)</p>

예시, 이 페이지는 참고용입니다

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

<p>41D. <input type="checkbox"/> 입국/출국 기록 (I-94)</p> <p>1) 입국/출국 번호</p> <p>2) 만료일</p>	<p>41D. <input type="checkbox"/> 입국/출국 기록 (I-94)</p> <p>1) _____ 입국/출국 번호는 11자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>41E. <input type="checkbox"/> 재입국 허가 (I-327)</p> <p>1) 외국인 등록 번호 (A#)</p> <p>2) 만료일</p>	<p>41E. <input type="checkbox"/> 재입국 허가 (I-327)</p> <p>1) A# _____ 외국인 등록 번호는 7~9자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>41F. <input type="checkbox"/> 만료되지 않은 외국 여권</p> <p>1) 입국/출국 번호</p> <p>2) 여권 번호</p> <p>3) 비자 번호</p> <p>4) 만료일</p>	<p>41F. <input type="checkbox"/> 만료되지 않은 외국 여권</p> <p>1) _____ 입국/출국 번호는 11자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ 여권 번호는 6~12자리로 된 영숫자이어야 합니다. 일반적으로 문서의 오른쪽 상단 모서리에 있습니다.</p> <p>3) _____ 비자 번호는 8자리 숫자이어야 합니다.</p> <p>4) _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>41G. <input type="checkbox"/> 만료되지 않은 외국 여권의 입국/출국 기록(I94)</p> <p>1) 입국/출국 번호</p> <p>2) 여권 번호</p> <p>3) 비자 번호</p> <p>4) 만료일</p>	<p>41G. <input type="checkbox"/> 만료되지 않은 외국 여권의 입국/출국 기록(I94)</p> <p>1) _____ 입국/출국 번호는 11자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ 여권 번호는 6~12자리로 된 영숫자이어야 합니다. 일반적으로 문서의 오른쪽 상단 모서리에 있습니다.</p> <p>3) _____ 비자 번호는 8자리 숫자이어야 합니다.</p> <p>4) _____ (월월/일일/년년년년)</p>
<p>41H. <input type="checkbox"/> 기타 문서(섹션A~G에 열거되지 않은 문서)</p> <p>1) 외국인 등록 번호 (A#)</p> <p>2) 입국/출국 번호</p> <p>3) 만료일</p> <p>4) 문서 설명</p>	<p>41H. <input type="checkbox"/> 기타 문서(섹션A~G에 열거되지 않은 문서)</p> <p>1) A# _____ 외국인 등록 번호는 7~9자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>2) _____ 입국/출국 번호는 11자리 숫자이어야 합니다. 숫자만 입력하십시오.</p> <p>3) _____ (월월/일일/년년년년)</p> <p>4) 문서 설명: _____ _____ _____</p>

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

재해 실업 지원 (DUA) 보충 양식- 첨부 D

귀하가 재해로 인해 실업 상태이거나 부분적으로 실업상태에 있는 경우 DUA 혜택을 받을 자격이 될 수 있으므로 다음을 작성하십시오:

<p>1. 귀하의 지진, 홍수, 산사태, 산불등과 같은 최근의 캘리포니아 재해의 직접적인 결과로 실직 상태에 있습니까?</p> <p>예인 경우:</p> <p>a) 재해 유형을 식별해 주십시오.</p> <p>b) 재해 당시, 어느 카운티에 거주하셨습니다까?</p> <p>c) 재해 당시, 어느 카운티에서 일하셨습니다까?</p> <p>d) 재해 당시, 재난 지역을 통과해야 했기 때문에 실직 상태가 되었습니까?</p> <p>예인 경우:</p> <p>귀하의 직장으로 출근하는 것을 방해하는 재해 카운티 또는 카운티들을 식별해 주십시오.</p> <p>e) 다음 중 귀하에게 가장 적합한 항목을 선택해 주십시오:</p> <p>f) 위의 항목e1 또는 e3을 선택한 경우, 재해 전에는 몇 시간 일을 하셨습니까?</p> <p>g) 위의 항목e3 또는 e4를 선택한 경우 재해가 귀하가 자영업에 계속하거나 시작하는 능력에 어떤 영향을 미쳤는지 간략하게 설명해 주십시오.</p> <p>h) 귀하 비즈니스의 실제 주소는 무엇입니까?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>예의 경우, 질문 a-d에 답하십시오:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>e) 1) <input type="checkbox"/> 재난의 직접적인 결과로 일을 할 수 없는 직원. 2) <input type="checkbox"/> 한 고용주를 위해 일을 시작할 예정이었지만, 재해로 인해 일을 할 수 없었던 개인. 3) <input type="checkbox"/> 재난의 직접적인 결과로 일을 할 수 없었던 자영업자. 4) <input type="checkbox"/> 자영업을 시작하려고 했으나, 재해로 인해 할 수 없었던 개인. 5) <input type="checkbox"/> 재해로 인해 가장이 된 개인.</p> <p>f) _____</p> <p>g) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>h) 거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

실업보험 신청서

사회 보장 번호: _____ - _____ - _____

이 페이지를 우편으로 보내거나 팩스로 전송하지 마십시오

신청서 제출

신청서가 완전하게 작성되었는지 검토하십시오. 불완전한 신청서는 귀하의 청구를 지연 또는 방지하거나 혜택 거부의 요인이 될 수 있습니다.

작성 완료한 신청서는 해당 첨부 파일(들)과 함께 우편 또는 팩스로 제출하십시오:

우편으로 다음 주소로 보내십시오:	EDD PO Box 989738 West Sacramento, CA 95798-9738 참고: 추가 우송료가 필요합니다.
팩스로 다음 주소로 전송하십시오:	1-866-215-9159

신청서를 제출하면 귀하의 청구 처리에 10일이 소요됩니다. 귀하는 실업보험(UI) 청구 자료를 우편으로 받게 됩니다. 신청서를 제출한 날로부터 10일이 지난 후에도 UI 청구 자료를 받지 못하는 경우 다음 무료 전화 중 하나로 전화하십시오:

영어1-800-300-5616	스페인어1-800-326-8937	북경어1-866-303-0706
TTY (비음성)1-800-815-9387	광동어1-800-547-3506	베트남어1-800-547-2058

제출 날짜: _____ 제출 방법 우편 또는 팩스

기록을 위해 이 페이지를 보관하십시오