

គំរូ ទំព័រនេះសម្រាប់សេចក្តីយោងតែប៉ុណ្ណោះ។



លេខទូរស័ព្ទរបស់ EDD :
 អង់គ្លេស 1-800-300-5616
 អេស្បាញ 1-800-326-8937
 ចិនភាសា 1-800-547-3506
 ចិនភាសា 1-866-303-0706
 វៀតណាម 1-800-547-2058
 TTY (គ្មានសម្លេង) 1-800-815-9387
គេហទំព័រ : edd.ca.gov

ទម្រង់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយការជូនដំណឹងនៃការសម្រេច និង/ឬការកំណត់/សេចក្តីសម្រេចដោយ EDD អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តនេះ ទៅកាន់ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តីពីការធានារ៉ាប់រងអត់ការងារធ្វើនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CUIAB) ដោយបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ អ្នកមិនយល់ស្រប ។ អ្នកត្រូវតែ ចុះហត្ថលេខាហើយផ្ញើវាក្រឡប់ទៅ EDD វិជ តាមអាសយដ្ឋានការិយាល័យ ដែលបានរាយនៅលើលិខិតជូនដំណឹងថាអ្នកកំពុងតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ។ **អ្នកមាន 30 ថ្ងៃពីកាលបរិច្ឆេទ លិខិត នៃការជូនដំណឹង ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាឡើងទាត់ ។** ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ក្រោយពី 30 ថ្ងៃ អ្នកត្រូវតែដាក់ បញ្ជូលទាំងមូលហេតុ សម្រាប់ការពន្យារពេល ។ លោកចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) នឹង សម្រេចថាអ្នកមានមូលហេតុល្អសម្រាប់ការពន្យារពេលឬអត់ ។ ប្រសិនបើ ALJ សម្រេចថាអ្នកមិនមូលហេតុល្អដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា យើងទេ បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកនឹងត្រូវជម្រុះចោល ។

អ្នកប្តឹងតវ៉ា: ខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកកំពុងរង់ចាំ **អ្នកត្រូវតែបន្តការបញ្ជាក់អំពីអត្តប្រយោជន៍** ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិ អ្នកអាចត្រូវបានបង់តែសម្រាប់រយៈពេលដែលអ្នកបានបញ្ជាក់ និងបានបំពេញ តាមតម្រូវការសិទ្ធិទទួលបានផ្សេងទៀតទាំងអស់ ។

កំណត់សារៈ អ្នកទាមទារជំនួយសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយគ្មានការងារធ្វើ (DUA) មានពេល 60 ថ្ងៃដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង តវ៉ា ។ និយោជកប្តឹងតវ៉ា ការជូនដំណឹងសេចក្តីសម្រេច ឬការវាយតម្លៃ (DE 3807), មាន 30 ថ្ងៃដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ។

ផ្នែក I	ព័ត៌មាន ភាគីប្តឹងឧទ្ធរណ៍
<p>សេចក្តីណែនាំ: ព័ត៌មានខាងក្រោមត្រូវតែផ្តល់ដោយភាគីប្តឹងតវ៉ា (អ្នកទាមទារ ឬនិយោជកដែលកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការ ជូនដំណឹង) ឬដោយភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត ឬតំណាងអ្នកប្តឹងតវ៉ា ។ តម្រូវនូវហត្ថលេខារបស់ភាគីប្តឹងតវ៉ា ឬ ភ្នាក់ងារ សូម ប្រើ បិទទឹកពាល់ខ្មៅ នៅ ពេលបំពេញទម្រង់នេះ ។</p>	
<p>ឈ្មោះរបស់អ្នកប្តឹងតវ៉ា : <u>XXXX</u> លេខសន្តិសុខសង្គម: <u>XXX-XX-0000</u></p>	
<p>តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ? <input type="checkbox"/> បា <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើត្រូវការ តើភាសា/គ្រាមភាសាអ្វី? <u>XXXX</u></p>	
<p>អាសយដ្ឋានភាគីប្តឹងតវ៉ា : <u>XXXX</u> លេខទូរស័ព្ទ : <u>(000) 000-0000</u></p> <p align="center"><small>លេខផ្ទះ បន្ទប់ លេខ ឬ PO Box</small></p> <p align="center"><u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> លេខទូរសារ : <u>(000) 000-0000</u></p> <p align="center"><small>ទីក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ</small></p>	
<p>អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ : <u>XXXX</u> លេខទូរស័ព្ទលក់ : <u>(000) 000-0000</u></p>	
<p><input type="checkbox"/> ខ្ញុំអនុញ្ញាត CUIAB ដើម្បីផ្ញើព័ត៌មានសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ខ្ញុំ ទៅកាន់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ដែល បានរាយខាងលើ ។</p> <p><input type="checkbox"/> ខ្ញុំអនុញ្ញាត CUIAB ដើម្បីផ្ញើព័ត៌មានសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ខ្ញុំ តាមរយៈ សារវិទ្យុ ឬ ដំណឹងជា សម្លេងទៅលេខទូរស័ព្ទលក់ដែល បានរាយ ខាង លើ ។</p>	
<p>បំពេញផ្នែកនេះសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍និយោជកតែប៉ុណ្ណោះ:</p> <p>លេខគណនីរបស់និយោជក : <u>0000</u> ឈ្មោះរបស់ភ្នាក់ងារ (ប្រសិនបើមាន) : <u>XXXX</u></p> <p>អាសយដ្ឋាន របស់ភ្នាក់ងារ : <u>XXXX</u> <u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> លេខទូរស័ព្ទលក់ : <u>(000) 000-0000</u></p> <p align="center"><small>លេខផ្ទះ បន្ទប់ លេខ ឬ PO Box ទីក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ</small></p>	

ផ្នែក II	សេចក្តីផ្តេងការ ភាគីប្តឹងឧទ្ធរណ៍
<p>សេចក្តីណែនាំ: ពន្យល់អំពីមូលហេតុ សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនិងមូលហេតុដែលអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តី សម្រេច ។ ប្រសិនបើទាមទារ ទំព័រគ្នាបំបែកទំព័រនៃម ទៅនឹងទម្រង់នេះ ហើយសរសេរឈ្មោះនិងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ អ្នកនៅលើទំព័រនីមួយៗ ។</p>	
<p>ខ្ញុំមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងដែលចុះកាលបរិច្ឆេទនោះទេ។ <u>ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ</u> ពីព្រោះ</p> <p><u>XXXX</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>ហត្ថលេខារបស់ ភាគីប្តឹងតវ៉ា ឬភ្នាក់ងារ : _____ កាលបរិច្ឆេទ : <u>ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ</u></p>	