



EDD 電話番号：
 英語： 1-800-300-5616
 スペイン語： 1-800-326-8937
 広東語： 1-800-547-3506
 標準中国語： 1-866-303-0706
 ベトナム語： 1-800-547-2058
 TTY (非音声)： 1-800-815-9387
 ウェブサイト： edd.ca.gov

上訴フォーム

EDDからの決定通知及び/又は決定/裁定に不同意である場合は、このフォームに記入し、不同意の理由を説明することにより、これらの決定等についてカリフォルニア州失業保険控訴委員会(CUIAB)へ上訴することができます。フォームに署名したうえで、あなたの上訴の対象である通知に記載されているEDDの事務所の住所宛に返送しなければなりません。あなたは、時宜に適った上訴を申し立てるために当該通知の郵送日から30日間の猶予があります。この30日間の経過後に上訴を申し立てるためには、その遅延の理由を含めなければなりません。行政法の判事(ALJ)が遅延について正当な理由があったか否かを判断することになります。当該ALJが、あなたの上訴の申立の提出が遅れたことについて正当な理由がないと判断する場合、あなたの上訴は棄却されることになります。

申立人：上訴が係属中、あなたは給付金の認定を継続しなければなりません。適格である判断された場合は、あなたは、認定するとともに、他のすべての適格要件を満たしていた期間についてのみ支払いを受けることができます。

注意：災害失業支援(DUA)の請求者は、60日間以内に上訴することができます。雇用主が決定又は評価の通知(DE 3807)について上訴する場合は、30日間以内に上訴を提出することができます。

第一条 上訴人に係る情報	
<p>指示：上訴人(ある通知について不服を申し立てている申立人若しくは雇用主)、又は上訴人の正式な代理人若しくは代表者は、次の情報を提供しなければなりません。上訴人又は代理人の署名が必要です。このフォームに記入するときは、黒色のインクをご使用ください。</p>	
申立人の姓名 <u>XXXX</u>	社会保障番号 <u>XXX-XX-0000</u>
翻訳者が必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合、どの言語/方言ですか？ <u>XXXX</u>	
上訴人の住所： <u>XXXX</u> 番地、アパート番号、又は私書箱番号 <u>XXXX</u> 市 <u>XX</u> 州 <u>00000</u> 郵便番号	電話番号： <u>(000) 000-0000</u> ファックス番号： <u>(000) 000-0000</u>
電子メールアドレス： <u>XXXX</u>	携帯電話番号： <u>(000) 000-0000</u>
<input type="checkbox"/> 私は、CUIABが私の上訴に関する機密情報を上述の電子メールアドレスに送信することを承認します。 <input type="checkbox"/> 私は、CUIABが私の上訴に関する機密情報をテキストメッセージ又はボイスメールで上述の携帯電話番号に送信することを承認します。	
雇用主の異議申立ての場合のみこのセクションに記入します	
雇用主のアカウント番号： <u>0000</u>	代理人の姓名(該当する場合)： <u>XXXX</u>
代理人の住所： <u>XXXX</u> 番地、アパート番号、又は私書箱番号 <u>XXXX</u> 市 <u>XX</u> 州 <u>00000</u> 郵便番号	

第二条 II 上訴人の陳述書	
<p>指示：上訴の理由及び決定に不同意である理由を説明してください：必要に応じて、このフォームに追加の頁を添付するとともに、各々の頁に姓名および社会保障番号を記入します。</p>	
私は、以下の日付の通知の決定に不同意です <u>月/日/年</u> その理由は <u>XXXX</u> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
上訴人又は代理人の署名： _____	日付： <u>月/日/年</u>