



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
国语	1-866-303-0706
越南语	1-800-547-2058
听障专线 (非语音)	1-800-815-9387
网站：	edd.ca.gov

## 上诉表

如不同意就业发展厅 (EDD) 的确定通知和/或确定/裁定，可填写此表解释不同意的原因，向加州失业保险上诉委员会 (CUIAB) 提出上诉。必须签署此表并交回就业发展厅 (EDD) 办公室，地址如上诉通知所列。上诉期限为自通知邮寄之日起 30 天。如在 30 天期限后提出上诉，即须说明延迟的原因。行政法官会确定延迟理由是否充分。如果行政法官确定延迟理由不充分，即会驳回上诉。

**上诉人：**在上诉待决期间，必须继续证明福利。如果确定符合资格，则只能就已证明并满足了所有其他资格要求的期间获得付款。

注：灾难失业援助 (DUA) 上诉期限为 60 天。雇主有 30 天时间就 **确定或评估通知 (DE 3807)** 提出上诉。

第一部分 上诉人信息			
<b>说明：</b> 以下信息必须由上诉人 (对通知提出上诉的上诉人或雇主) 或上诉人的授权代理人或代表提供。必须有上诉人或代理人签名。请用黑色圆珠笔填表。			
上诉人姓名: <u>XXXX</u>		社会保障号: <u>XXX-XX-0000</u>	
是否需要翻译? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否    若是, 讲什么语言/方言? <u>XXXX</u>			
上诉人地址: <u>XXXX</u> <small>街号、公寓号或邮箱</small>		电话号码: <u>(000) 000-0000</u>	
<u>XXXX</u> <small>城市</small>		<u>XX 00000</u> <small>州                      邮政编码</small>	
电子邮件地址: <u>XXXX</u>		手机号码: <u>(000) 000-0000</u>	
<input type="checkbox"/> 本人特此授权加州失业保险上诉委员会 (CUIAB) 将本人上诉相关保密信息发送到上列电子邮件地址。			
<input type="checkbox"/> 本人特此授权加州失业保险上诉委员会 (CUIAB) 将本人上诉相关保密信息通过短信或语音邮件发送到上列手机号码。			
只有雇主上诉才需填写这个部分			
雇主帐号: <u>0000</u>		代理人姓名 (如适用): <u>XXXX</u>	
代理人地址: <u>XXXX</u> <small>街号、公寓号或邮箱</small>		<u>XXXX</u> <small>城市</small>	
		<u>XX 00000</u> <small>州                      邮政编码</small>	

第二部分 上诉人声明	
<b>说明：</b> 请解释上诉及不同意决定的原因。需要时可另附页面，并在每一页上写下姓名和社会保障号。	
本人不同意日期为通知中确定的 <u>    </u> 月/日/年年年年 原因如下所述 <u>XXXX</u> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
上诉人或代理人签名: _____	日期: <u>    </u> 月/日/年年年年