

ՆՄՈՒՇ, այս էջը միայն հղման համար է:



EDD հեռախոսահամար՝
 ԱՆՂԵՐԵՆ 1-800-300-5616
 ԻՍՊԱՆԵՐԵՆ 1-800-326-8937
 ԿԱՏՈՆԵՐԵՆ 1-800-547-3506
 ՄԱՆԴԱՐԻՆ 1-866-303-0706
 Վիետնամերեն 1-800-547-2058
 TTY (ՈՉ ՁԱՅՆԱՅԻՆ) 1-800-815-9387
կայք՝ edd.ca.gov

ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՁԵՎ

Եթե համաձայն չեք Որոշման ծանուցման և/կամ EDD-ի Որոշումների/Վճիռների հետ, կարող եք բողոքարկել որոշումը(ները) Կայիֆորնիայի Գործազրկության ապահովագրության բողոքարկման խորհրդին (CUIAB)՝ լրացնելով այս ձևը և բացատրելով, թե ինչու եք համաձայն չեք: Դուք պետք է ստորագրեք ձևաթուղթը և վերադարձնեք այն EDD գրասենյակի հասցեով, որը նշված է ձեր բողոքարկման ծանուցման մեջ: **ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՓՈՍՏՈՎ ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒ ՕՐՎԱՆԻՑ ԴՈՒՔ ՈՒՆԵՑ 30 ՕՐ՝ ԺԱՄԱՆԱԿԻՆ ԲՈՂՈՔՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ:** Եթե բողոքարկեք 30-օրյա ժամկետից հետո, ապա պետք է նշեք ուշացման պատճառը: Վարչական իրավունքի դատավորը (ALJ) կորոշի, թե արդյոք դուք ուշացման հիմնավոր պատճառ ունեիք: Եթե ALJ-ը որոշի, որ դուք հիմնավոր պատճառ չեք ունեցել ձեր բողոքարկումն ուշ ներկայացնելու համար, ձեր բողոքարկումը կվերծվի:

ՀԱՅՑՎՈՐԵՐ: Մինչ ձեր բողոքարկումն ուսումնասիրվում է, **դուք պետք է շարունակեք հավաստագրել նպաստների համար:** Եթե դուք իրավասու եք ճանաչվել, կարող եք վճարվել միայն այն ժամանակաշրջանների համար, որոնց համար դուք հավաստագրել եք և բավարարել եք իրավասության մյուս բոլոր պահանջները:

ՆՇՈՒՄ: Աղետների հետևանքով գործազրկության աջակցության հայցվորները (DUA) ունեն 60 օր՝ բողոքարկում ներկայացնելու համար: Գործատուները, ովքեր բողոքարկում են *Որոշման կամ գնահատման ծանուցումը* (DE 3807), բողոքարկումը ներկայացնելու համար 30 օր ունեն:

ԲԱԺԻ Լ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՂԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՀՐԱՅԱՆՔՆԵՐ: Հետևյալ տեղեկատվությունը պետք է տրամադրվի Բողոքավորողի կողմից (հայցատուն կամ գործատուն, որը բողոքարկում է ծանուցումը) կամ Բողոքարկողի լիազորված գործակալը կամ ներկայացուցիչը: Պահանջվում է բողոքարկողի կամ գործակալի ստորագրությունը: Կյս ձևը լրացնելիս խնդրում ենք օգտագործել **ՍԵՎ ԹԱՆԱԿ:**

Հայցվորի անունը՝ _____ Սոցիալական ապահովության համար _____ XXX-XX-0000

Ձեզ թարգմանիչ հարկավոր է: Այո Ոչ Եթե այո, ո՞ր լեզվով/բարբառով: _____ XXXXX

Բողոքարկողի հասցեն՝ _____ Գրասենյակի No.: (000) 000-0000
 _____ Փողոցի No., բնակ. No., կամ Փոստարկը
 _____ XX 00000 Ֆաքսի No.: (000) 000-0000
 _____ Զաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային ինդեքս
 Էլ հասցե: _____ Բջջային հեռախոսի No.: (000) 000-0000

- Ես լիազորում եմ CUIAB-ին իմ բողոքարկման վերաբերյալ գաղտնի տեղեկատվություն ուղարկել վերը նշված էլ. փոստի հասցեին:
- Ես լիազորում եմ CUIAB-ին իմ բողոքարկման վերաբերյալ գաղտնի տեղեկատվություն ուղարկել տեքստային հաղորդագրության կամ ձայնային փոստով վերը նշված բջջային հեռախոսահամարին:

Լրացրեք այս բաժինը միայն բողոքարկումների համար
 Գործատուի հաշվի համարը՝ 0000 Գործակալի անունը (եթե կիրառելի է): _____
 Գործակալի հասցեն՝ _____ XXXX _____ XX 00000
 _____ Փողոցի No., բնակ. No., կամ Փոստարկը _____ Զաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային ինդեքս

ԲԱԺԻ ԼԼ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՂԻ ՀԱՅՑԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

ՀՐԱՅԱՆՔՆԵՐ: Բացատրեք ձեր բողոքարկման պատճառը և ինչու համաձայն չեք որոշման(ների) հետ: Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր այս ձևին և յուրաքանչյուր էջում գրեք ձեր անունը և Սոցիալական ապահովության համարը:

Ես համաձայն չեմ հետևյալ ամսաթվին ուղարկված ծանուցման մեջ նշված որոշման հետ՝ քանի որ
XXXX

Բողոքարկողի կամ գործակալի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվ՝ ԿԿ/ՕՕ/ՏՏՏՏ