نمونه، این صفحه فقط برای ارجاع است.

Employment Development Department
State of California

شماره تلفن های EDD:

انگلیسی	1-800-300-5616
اسپانیولی	1-800-326-8937
کانتونی	1-800-547-3506
ماندرینی	1-866-303-0706
ویتنامی	1-800-547-2058
TTY (غیر صوتی)	1-800-815-9387
وبسایت:	**edd.ca.gov**

فرم تجدید نظر

اگر با اعلامیه(های) تصمیم گیری و/یا تصمیم(ها)/احکام EDD مخالف هستید، می توانید با تکمیل این فرم و دادن توضیح در مورد دلیل عدم موافقت تان در ارتباط با تصمیم(ها) نزد هیئت تجدید نظر بیمه بیکاری کالیفرنیا (CUIAB) درخواست تجدید نظر کنید. شما باید فرم را امضا کنید و آن را به EDD در آدرس دفتر ذکر شده در اعلامیه درخواست تجدیدنظر برگردانید. **شما 30 روز از تاریخ پستی اعلامیه فرصت دارید تا درخواست تجدیدنظر را به موقع ارسال کنید.** اگر پس از مهلت 30 روزه درخواست تجدید نظر کنید، باید دلیل تاخیر را ذکر کنید. قاضی حقوق اداری (ALJ) تعیین خواهد کرد که آیا دلیل خوبی برای تأخیر داشته اید یا خیر. اگر (ALJ) تشخیص دهد که دلیل موجهی برای ارسال دیرهنگام درخواست تجدیدنظر خود نداشته اید، درخواست تجدیدنظر شما رد خواهد شد.

مدعیان: در حالی که درخواست تجدیدنظر شما در حال تعلیق است، **شما باید به ارائه گواهی مزایا ادامه دهید**. اگر واجد شرایط تشخیص داده شوید، فقط برای دوره هایی که گواهی ارائه داده اید و سایر شرایط واجد شرایط بودن را برآورده کرده اید، می توانید پول دریافت کنید.

توجه: مدعیان کمک های بیکاری برای بلایا 60 (DUA) روز فرصت دارند تا درخواست تجدید نظر ارائه کنند. کارفرمایانی که در ارتباط با *اعلامیه تصمیم گیری یا ارزیابی* (DE 3807)، درخواست تجدید نظر می دهند، 30 روز فرصت دارند تا درخواست تجدید نظر ارائه کنند.

بخش I اطلاعات استیناف دهنده

دستورالعمل ها: اطلاعات زیر باید توسط استیناف دهنده (مدعی یا کارفرمایی که در ارتباط با اعلامیه درخواست تجدیدنظر می دهد) یا نماینده مجاز یا نماینده استیناف دهنده ارائه شود. امضای استیناف دهنده یا نماینده الزامی است. لطفاً هنگام پر کردن این فرم از **جوهر سیاه** استفاده کنید.

نام مدعی: XXXX شماره تامین اجتماعی XXX-XX-0000

آیا نیاز به مترجم دارید؟ ☐ بله ☐ خیر اگر بله، برای چه زبان/گویشی؟ XXXX

آدرس استیناف دهنده: XXXX شماره تلفن: (000) 000-0000

شماره خیابان، آپارتمان شماره یا صندوق پستی

XXXX XX 00000 شماره فکس: (000) 000-0000

شهر ایالت کد پستی

آدرس ایمیل: XXXX شماره تلفن همراه: (000) 000-0000

☐ من به CUIAB اجازه می دهم اطلاعات محرمانه مربوط به درخواست تجدیدنظر من را به آدرس ایمیل فهرست شده در بالا ارسال کند.

☐ من به CUIAB اجازه می دهم اطلاعات محرمانه مربوط به درخواست تجدیدنظر من را از طریق پیامک یا پست صوتی به شماره تلفن همراه فهرست شده در بالا ارسال کند.

این قسمت را فقط برای تجدید نظرهای کارفرما تکمیل کنید

شماره حساب کارفرما: 0000 نام نماینده (در صورتی که ذیربط باشد): XXXX

آدرس نماینده: XXXX XXXX XX 00000

شماره خیابان، آپارتمان شماره یا صندوق پستی شهر ایالت کد پستی

بخش II اظهارنامه استیناف دهنده

دستورالعمل: دلیل درخواست تجدیدنظر خود و دلیل مخالفت خود را با تصمیم(ها) توضیح دهید. در صورت نیاز، صفحات دیگری را به این فرم پیوست کنید و نام و شماره تامین اجتماعی خود را در هر صفحه بنویسید.

من با تصمیم در اطلاعیه مورخ مخالفم ماه/روز/سال زیرا

XXXX

امضای استیناف دهنده یا نماینده: **تاریخ:** ماه/روز/سال