नमूना, यह पृष्ठ केवल संदर्भ के लिए है।

Employment Development Department
State of California

EDD टेलीफोन नंबर:

अंग्रेज़ी	1-800-300-5616
स्पैनिश	1-800-326-8937
कैंटोनीज़	1-800-547-3506
मैंडारिन	1-866-303-0706
वियतनामी	1-800-547-2058
TTY (बिना वॉयस वाला)	1-800-815-9387
वेबसाइट:	**edd.ca.gov**

अपील फॉर्म

अगर आप EDD के निर्धारण(णों) के नोटिस और/या निर्धारणों/फैसलों के नोटिस से असहमत हैं, तो आप फैसले(लों) के खिलाफ कैलिफोर्निया बेरोज़गारी बीमा अपील बोर्ड (CUIAB) में इस फॉर्म को भरकर अपील करें और यह समझाएँ कि आप असहमत क्यों हैं। आपको फॉर्म पर हस्ताक्षर करने और इस नोटिस, जिसके लिए आप अपील कर रहे हैं, पर सूचीबद्ध कार्यालय के पते पर EDD को इसे वापस भेजना ज़रूरी है। **समय पर अपील दायर करने के लिए आपके पास इस नोटीस को डाक से भेजे जाने तारीख से 30 दिन का समय है।** यदि आप 30 दिन की अवधि के बाद अपील करते हैं, तो आपका विलंब के कारण को शामिल करना ज़रूरी है। प्रशासनिक विधि न्यायाधीश (ALJ) निर्धारित करेंगे कि क्या आपके पास विलंब के लिए उचित कारण मौजूद था। यदि (ALJ) यह निर्धारित करता है कि आपके पास विलंब से अपनी अपील को सबमिट करने का उचित कारण नहीं था, तो आपकी अपील खारिज कर दी जाएगी।

दावेदार: जब तक आपकी अपील लंबित है, **आपको लाभों के लिए प्रमाणित करना जारी रखना ज़रूरी है**। यदि आप पात्र हैं, तो आपको केवल उस अवधि के लिए भुगतान किया जा सकता है जिसके लिए आपने प्रमाणित किया है और अन्य सभी पात्रता आवश्यकताओं को पूरा किया है।

ध्यान दें: आपदा बेरोज़गारी सहायता (DUA) के लिए के दावेदारों के पास अपील दायर करने के लिए 60 दिन का समय होता है। नियोक्ता के *पास निर्धारण या मूल्यांकन के नोटिस* (DE 3807) के खिलाफ अपील दायर करने के लिए 30 दिन का समय होता है।

खंड I अपीलकर्ता की जानकारी

निर्देश: निम्नलिखित जानकारी अपीलकर्ता (दावेदार या नियोक्ता जो नोटिस पर अपील कर रहा है) या अधिकृत एजेंट या अपीलकर्ता के प्रतिनिधि द्वारा प्रदान की जानी ज़रूरी है। अपीलकर्ता या एजेंट के हस्ताक्षर करना आवश्यक हैं। कृपया इस फॉर्म को भरते समय **काली स्याही** का प्रयोग करें।

दावेदार का नाम: XXXX

सोशल सिक्योरिटी नंबर: XXX-XX-0000

क्या आपको अनुवादक की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि हाँ, तो कौन सी भाषा/बोली है? XXXX

अपीलकर्ता का पता: XXXX
गली नंबर, अपार्टमेंट नंबर, या पीओ बॉक्स

टेलीफोन नंबर: (000) 000-0000

XXXX (शहर) XX (राज्य) 00000 (ज़िप कोड)

फैक्स नंबर: (000) 000-0000

ई-मेल पता: XXXX

सेल फोन नंबर: (000) 000-0000

☐ मैं CUIAB को अपनी अपील के संबंध में गोपनीय जानकारी ऊपर सूचीबद्ध ई-मेल पते पर भेजने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ।

☐ मैं CUIAB को ऊपर सूचीबद्ध सेल फोन नंबर पर टेक्स्ट मैसेज या वॉयस मेल द्वारा मेरी अपील के संबंध में गोपनीय जानकारी भेजने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

केवल नियोक्ता अपीलों के लिए इस अनुभाग को पूरा करें

नियोक्ता के अकाउंट का नंबर: 0000

एजेंट का नाम (यदि लागू होता है तो): XXXX

एजेंट का पता: XXXX (गली नंबर, अपार्टमेंट नंबर, या पीओ बॉक्स) XXXX (शहर) XX (राज्य) 00000 (ज़िप कोड)

खंड II अपीलकर्ता का बयान

निर्देश: अपनी अपील का कारण स्पष्ट करें और बताएं कि आप निर्णयों से असहमत क्यों हैं। यदि आवश्यक हो, तो इस फॉर्म में अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें और प्रत्येक पृष्ठ पर अपना नाम और सामाजिक सुरक्षा नंबर लिखें।

मैं इस नोटिस में दिए गए निर्णय से असहमत हूँ महीना/दिन/साल क्योंकि

XXXX

अपीलकर्ता या एजेंट के हस्ताक्षर: _____ **तारीख:** महीना/दिन/साल