



焚滯?妣放奩
 영어 1-800-300-5616
 스페인어 1-800-326-8937
 광둥어 1-800-547-3506
 북경어 1-866-303-0706
 베트남어 1-800-547-2058
 TTY (비음성) 1-800-815-9387
 웹사이트: edd.ca.gov

이의 신청 양식

귀하가 EDD의 결정 통지서 및/또는 결정/판정에 동의하지 않는 경우, 이 양식을 작성하고 귀하가 동의하지 않는 이유를 설명하여 캘리포니아 실업보험 이의심의위원회 (CUIAB)에 이의를 신청할 수 있습니다. 양식에 서명하여 이의신청 통지서에 기재된 EDD 사무실 주소로 제출해야 합니다. 이의 신청 시한은 통지서를 받은 날로부터 **30일** 이내입니다. 이 30일 기간 후에 이의 신청을 하는 경우, 지연 사유를 포함시켜야 합니다. 행정법 판사(ALJ)는 귀하가 지연에 대한 정당한 사유를 갖고 있는지 여부를 결정할 것입니다. ALJ가 귀하가 이의 신청을 늦게 제출한 정당한 이유가 없다고 판단하면 귀하의 이의 신청은 기각될 것입니다.

이의 신청인: 이의 신청이 계류 중인 동안, 귀하는 수혜 자격을 계속 입증해야 합니다. 귀하가 자격이 되는 것으로 확인되면, 귀하는 인증을 받고 기타 모든 자격 요건이 충족된 기간 동안만 지급을 받을 수 있습니다.

참고: 재난 실업 지원(DUA) 청구인은 60일 이내에 이의 신청을 할 수 있습니다. 결정 또는 평가 통지서 (DE 3807)에 대한 이의를 신청하는 고용주는 30일 이내에 이의를 신청할 수 있습니다.

섹션 I 이의 신청인 정보	
작성 지침: 다음 정보는 이의 신청인(통지에 대해 이의를 제기하는 청구인 또는 고용주), 또는 이의 신청인의 권한을 위임받는 대리인 또는 대표가 제공해야 합니다. 이의 신청인 또는 대리인의 서명이 필요합니다. 이 양식을 작성할 때 검은색 잉크 를 사용하십시오.	
이의 신청인 이름: <u>XXXX</u>	사회보장번호: <u>XXX-XX-0000</u>
번역사가 필요하신가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예의 경우, 어떤 언어/방언인가요? <u>XXXX</u>	
이의 신청인 주소: <u>XXXX</u> <small>거리 번호, 아파트 번호 또는 우편 사서함</small> <u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> <small>시 주 우편번호</small>	전화 번호: <u>(000) 000-0000</u> 팩스 번호: <u>(000) 000-0000</u>
이메일 주소: <u>XXXX</u>	휴대전화 번호: <u>(000) 000-0000</u>
<input type="checkbox"/> 본인은 CUIAB가 위에 나와 있는 이메일 주소로 본인의 이의 신청과 관련된 기밀 정보를 보내는 것을 승인합니다.	
<input type="checkbox"/> 본인은 CUIAB가 위에 나와 있는 휴대 전화 번호로 문자 메시지 또는 음성 메일을 통해 본인의 이의 신청과 관련된 기밀 정보를 보내는 것을 승인합니다.	
고용주 이의 신청의 경우에만 이 섹션을 작성하십시오	
고용주 계좌 번호: <u>0000</u>	대리인 이름(해당되는 경우): <u>XXXX</u>
대리인 주소: <u>XXXX</u> <small>거리 번호, 아파트 번호 또는 우편 사서함</small> <u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> <small>시 주 우편번호</small>	
섹션 II 이의 신청인 진술	
작성 지침: 이의 신청 이유와 결정에 동의하지 않는 이유를 설명하십시오. 필요한 경우, 이 양식에 추가 페이지를 첨부하고 각 페이지에 귀하의 이름과 사회보장번호를 기재하십시오.	
본인은 다음과 같은 이유로 <u>월월/일일/년년년년</u> 일자 결정에 동의하지 않습니다 <u>XXXX</u> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
이의 신청인 또는 대리인의 서명: _____	날짜: <u>월월/일일/년년년년</u>