

サンプル、この頁は、参照用のためのみのものです。

Employment Development Department
PO Box 989059
West Sacramento, CA 95798-9059



失業保険請求提出済の通知

姓名
住所
市、州 郵便番号

郵送日 : 00/00/0000
修正済郵送日 : 00/00/0000
新規の請求 : 0000 00000000
追加の請求 : 0000

なすべきこと

1. この請求のために必要な事実を収集すること。
2. この用紙の裏面に記入すること。
3. 上述の郵送日から10日間以内に、この回答を上述の住所宛にご郵送ください。

10 暦日間以内に回答されない場合、雇用税率の引上げ、および雇用主に対する罰則の適用に結果する可能性があります。

この通知を受領された理由は、以下に示す請求者が失業保険給付の請求を提出し、あなたを直近の雇用主として記載したからです。当該請求者は、次のような情報を提出しました：

請求者の姓名 : XXXX XXXX
請求の発効日 : 00/00/0000
離職の理由 : XXXX

社会保障番号 : XXX-XX-0000
最終就業日 : 00/00/0000

事実の報告

適用される法律の規定に基づき、あなたは保有されている請求者の受給資格に影響を与える可能性がある事実をすべて提出する必要があります。これらの事実は、請求者の受給資格を決定する際に使用されることとなります。この申請者が次の事項に該当する場合は、雇用開発局 (EDD) に情報をご提供ください：

- 自発的に辞職、解雇、または誠首されたとき。
- フルタイムまたはパートタイムの如何を問わず引き続き勤務しているとき。
- スポーツまたはアスレチックの参加者としてサービスに従事したことがあるとき。
- 学校の従業員であり、学校の休みの後に勤務に復帰するための契約または合理的な保証があるとき。
- ストライキ又は業務上の紛争で仕事を辞めたことがあるとき。
- 当人が採用を断ったとき。
- 米国で合法的に働く資格を有していないとき。
- 働けない、働くことができる、または求職中であるとき。
- 年金を受給中のとき。

回答期限

事実を記載した書面を提供された封筒に封入のうえ、上述の郵送日から 10 暦日間以内に EDD に提出頂いたときは、時宜に適ったものとみなされることとなります。郵送が遅れている場合は、遅延の理由をご説明ください。正当な理由がある場合にのみ回答期限が延長される場合があります。あなたが時宜に適った形で回答された場合、不服申立てに係る権利をあなたに賦与する請求者の適格性に係る EDD の決定に関する書面による通知が発出されることとなります。また、辞職または解雇に関する事実が提出されたとき、あなたが課税対象の雇用主である場合は、あなたの準備金口座が課税の対象となるか否かという点に係る裁定が発出されることとなります。あなたが時宜に適った形で回答されない場合であっても、EDD はあなたから提供された事実を検討することとなります。ただし、遅延について正当な理由があると EDD が判断しない限り、不服申立ての権利を含め、EDD の判断に関する書面による通知が発行されない場合もあります。この 10 暦日間の回答期限までに合理的に知ることができなかった事実を入手した場合は、その入手日から 10 暦日間以内にそれらの事実を EDD にご提供ください。

適格性決定のための面接

追加の適格性に係る情報を求めるために電話又は手紙で連絡させて頂く必要がある場合があります。回答を頂けない場合、EDD は入手可能な情報に基づいて適格性を判断する必要があります。

雇用主の要件及び罰則

カリフォルニア州失業保険法(CUIC)は、次のような雇用主について罰則を規定しています：

- 故意に虚偽の陳述もしくは申立てを行い、または離職の問題に関連する重要な事実若しくは請求者の再雇用に係る合理的な保証に関する書面による陳述について故意に報告しないこと (CUIC 第 1142 条)。
- 故意に給付の支払いを受給し、増額し、減額し、もしくは無効とするために故意に虚偽の陳述を行い、または悪意で重大な事実の開示を怠ること (CUIC 第 2101 条)。
- 当局の情報要請に対して時宜に適い、または適切に回答することを怠るとともに、給付の過払いの発生について責任を有すること (CUIC 第 803 条(d)、第 821 条(c)、及び第 1026.1 条)。

不正行為及び罰則の詳細については、www.edd.ca.gov にアクセスのうえ、不正行為および罰則のリンクをご選択ください。

ご存知ですか?州データ交換システム(SIDES)を使用することにより、離職に関する情報に係る将来的な要請について、電子的に受領および回答することが可能です。この利用を開始するためには、以下のSIDESのウェブページ：www.edd.ca.gov/SIDES にアクセスしてください。

あなたが代理人または第三者の管理者であり、もはや当該雇用主を代表していない場合は、このボックスにチェックをお入れください。以下の雇用主及び連絡先情報欄に記入のうえ、このフォームを EDDにご返送ください。

事実の報告:

請求者の社会保障番号 (給与記録から): X X X - X X - 0 0 0 0

請求者の役職: XXXX 給与単価 \$: XXXX 当たり: XXXX

最終就業日: XXXX 雇用期間: XXXX

離職日 (最終就業日と異なる場合): 月/日/年

直属の上司の姓名: XXXX

離職の理由 (1つだけチェックしてください) :

自主退職 不正行為/解雇 一時解雇/仕事の不足* 労務紛争

請求者は誰に対して退職を通知しましたか?/誰が請求者を解雇しましたか? XXXX

当該者の役職: XXXX

*申請者が仕事の不足のため解雇された場合であって、その他の適格性の問題が存在しないときは、このフォームをEDDに提出しないでください。

請求者の離職の原因となった最後の出来事について簡単にご説明ください。

XXXX

報酬 :

この請求の発効日以後の何れかの期間を対象として通常の給与以外の報酬を支払った、又は支払う予定がある場合は、このボックスにチェックをお入れください。請求者が期限の定めなくあなたの雇用から離れており、休暇手当のみを受け取っている、又は受け取る予定の場合は、このボックスにチェックをしないてください。

このボックスにチェックを入れた場合、次の情報をご入力ください。

金額 \$00.00 支払の種類: XXXX 次の 月/日/年 から 月/日/年 までの期間について

雇用主及び連絡先情報 :

雇用主名称: XXXX

雇用主給与税口座番号:

0	0	0	-	0	0	0	-	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

以下に署名することにより、私は正式な代表者であり、この通知に応じて提供した情報が真実かつ正確であることを証明するものです。私は、虚偽の陳述、虚偽の表明、または重大な事実の報告を怠った場合、雇用主に対する罰則および罰金が科される可能性があることを理解しています。

姓名 (活字体で記入) : XXXX 電話番号: 000 - 000 - 0000 内線: 000

署名: _____ 役職: XXXX 日付: 月/日/年