ตัวอย่าง หน้านี้สำหรับการอ้างอิงเท่านั้น.

Employment Development Department
State of California

หมายเลขโทรศัพท์ของ EDD:

ภาษาอังกฤษ	1-800-300-5616
ภาษาสเปน	1-800-326-8937
ภาษาจีนกวางตุ้ง	1-800-547-3506
ภาษาจีนกลาง	1-866-303-0706
ภาษาเวียดนาม	1-800-547-2058
TTY (ไม่ใช้เสียง)	1-800-815-9387
เว็บไซต์:	**edd.ca.gov**

แบบฟอร์มการอุทธรณ์

ถ้าคุณไม่เห็นด้วยกับหนังสือแจ้งคำตัดสิน และ/หรือ คำตัดสิน/คำวินิจฉัยของ EDD คุณสามารถอุทธรณ์คำตัดสินดังกล่าวต่อคณะกรรมการอุทธรณ์การประกันการว่างงานแห่งแคลิฟอร์เนีย (CUIAB) โดยกรอกแบบฟอร์มนี้และอธิบายว่าทำไมคุณจึงไม่เห็นด้วย คุณต้องเซ็นชื่อในแบบฟอร์มและส่งแบบฟอร์มนั้นกลับถึง EDD ตามที่อยู่ที่ปรากฏในหนังสือแจ้งคำตัดสินที่คุณกำลังขออุทธรณ์นั้น **คุณมีเวลา 30 วัน นับจากวันที่ส่งไปรษณีย์ของหนังสือแจ้งฉบับนั้น เพื่อยื่นขออุทธรณ์** ถ้าคุณขออุทธรณ์หลังจากกำหนดเวลา 30 วัน คุณต้องแจ้งเหตุผลที่ยื่นขออุทธรณ์ล่าช้า ผู้พิพากษากฎหมายปกครอง (ALJ) จะตัดสินว่าคุณมีเหตุผลที่ดีในการขออุทธรณ์ล่าช้าหรือไม่ ถ้า ALJ ตัดสินว่าคุณไม่มีเหตุผลที่ดีในการยื่นขออุทธรณ์ล่าช้า คำอุทธรณ์ของคุณจะถูกปฏิเสธ

ผู้ขอ: ขณะที่การอุทธรณ์ของคุณยังค้างอยู่ **คุณต้องยืนยันการว่างงานของคุณต่อไป** ถ้าพบว่าคุณมีสิทธิ์รับเงินสวัสดิการ คุณจะได้รับเงินเฉพาะสำหรับช่วงเวลาที่คุณยืนยันการว่างงานและมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดทั้งหมดอื่น ๆ เท่านั้น

หมายเหตุ: ผู้ขอความช่วยเหลือการว่างงานเนื่องจากภัยพิบัติ (DUA) มีเวลา 60 วันในการยื่นขออุทธรณ์ ผู้ว่าจ้างที่ขออุทธรณ์ *หนังสือแจ้งการตัดสินหรือการประเมิน* (DE 3807) มีเวลา 30 วันในการยื่นขออุทธรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้อุทธรณ์

คำแนะนำ: ผู้อุทธรณ์ (ผู้ขอสวัสดิการหรือผู้ว่าจ้างที่กำลังอุทธรณ์คำตัดสิน) หรือตัวแทนหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้อุทธรณ์ ต้องให้ข้อมูลต่อไปนี้ ต้องมีลายเซ็นของผู้อุทธรณ์หรือตัวแทน โปรดใช้ปากกา **หมึกดำ** เมื่อกรอกแบบฟอร์มนี้

ชื่อผู้ขอ: XXXX หมายเลขประกันสังคม: XXX-XX-0000

คุณต้องการล่ามใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ภาษา/ภาษาถิ่นอะไ XXXX

ที่อยู่ผู้อุทธรณ์: XXXX
เลขที่และถนน, หมายเลข อพาร์ตเมนต์, ตู้ป.ณ.
XXXX (เมือง) XX (รัฐ) 00000 (รหัสไปรษณีย์)

เบอร์โทรศัพท์: (000) 000-0000
เบอร์แฟกซ์: (000) 000-0000
เบอร์มือถือ: (000) 000-0000

ที่อยู่อีเมล: XXXX

☐ ฉันอนุญาตให้ CUIAB ส่งข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับการอุทธรณ์ของฉันไปยังที่อยู่อีเมลที่ระบุไว้ด้านบน

☐ ฉันอนุญาตให้ CUIAB ส่งข้อมูลที่เป็นความลับเกี่ยวกับการอุทธรณ์ของฉันทางข้อความตัวหนังสือหรือข้อความเสียงไปยังเบอร์โทรศัพท์มือถือที่ระบุไว้ด้านบน

กรอกส่วนนี้เฉพาะเมื่อเป็นการอุทธรณ์ของผู้ว่าจ้างเท่านั้น

เลขที่บัญชีผู้ว่าจ้าง: 0000 ชื่อตัวแทน (ถ้ามี): XXXX

ที่อยู่ของตัวแทน: XXXX (เลขที่และถนน, หมายเลข อพาร์ตเมนต์, ตู้ป.ณ.) XXXX (เมือง) XX (รัฐ) 00000 (รหัสไปรษณีย์)

ส่วนที่ 2 ข้อแถลงความของผู้อุทธรณ์

คำแนะนำ: อธิบายเหตุผลของการอุทธรณ์ของคุณ และเพราะเหตุใดคุณจึงไม่เห็นด้วยกับคำตัดสินนั้น ถ้าจำเป็น ขอให้แนบกระดาษคำตอบเพิ่มเติมมากับแบบฟอร์มนี้ และเขียนชื่อและหมายเลขประกันสังคมของคุณบนกระดาษทุกแผ่นที่แนบมาด้วย

ฉันไม่เห็นด้วยกับคำตัดสินในหนังสือแจ้งที่ลงวันที่ ดด/วว/ปปปป เพราะ

XXXX

ลายเซ็นของ
ผู้อุทธรณ์หรือตัวแทน: _____ **วันที่:** ดด/วว/ปปปป