

APPEAL FORM

If you disagree with the Notice of Determination(s) and/or Determination(s)/Rulings by the EDD, you may appeal the decision(s) to the California Unemployment Insurance Appeals Board (CUIAB) by completing this form and explaining why you disagree. You must sign the form and return it to the EDD at the office address listed on the notice that you are appealing. **YOU HAVE 30 DAYS FROM THE MAIL DATE OF THE NOTICE TO FILE A TIMELY APPEAL.** If you appeal after the 30-day period, you must include the reason for the delay. The administrative law judge (ALJ) will determine whether you had good cause for the delay. If the ALJ determines you did not have good cause to submit your appeal late, your appeal will be dismissed.

CLAIMANTS: While your appeal is pending, **you must continue to certify for benefits.** If you are found eligible, you can be paid only for periods for which you have certified and have met all other eligibility requirements.

NOTE: Claimants for Disaster Unemployment Assistance (DUA) have 60 days to file an appeal. Employers appealing the *Notice of Determination or Assessment*, DE 3807, have 30 days to file an appeal.

SECTION I APPELLANT INFORMATION

INSTRUCTIONS: The following information must be provided by the Appellant (the claimant or employer who is appealing a notice), or by the authorized agent or representative of the Appellant. The signature of the Appellant or agent is required. Please use **BLACK INK** when filling out this form.

Claimant Name: _____ Social Security Number: _____ - _____ - _____

Do you need a translator? Yes No If yes, what language/dialect? _____

Appellant Address: _____ Telephone No.: (____) _____ - _____
Street No., Apt. No., or P.O. Box

_____ Fax No.: (____) _____ - _____
City State ZIP Code

E-mail Address: _____ Cell Phone No.: (____) _____ - _____

- I authorize the CUIAB to send confidential information regarding my appeal to the e-mail address listed above.
 I authorize the CUIAB to send confidential information regarding my appeal by text message or voice mail to the cell phone number listed above.

Complete this section for employer appeals only

Employer Account Number: _____ Agent Name (if applicable): _____

Agent Address: _____ City _____ State _____ ZIP Code _____
Street No., Apt. No., or P.O. Box

SECTION II APPELLANT STATEMENT

INSTRUCTIONS: Explain the reason for your appeal and why you disagree with the decision(s). If required, attach additional pages to this form and write your name and Social Security number on each page.

I disagree with the determination in the notice dated _____ because

Signature of Appellant or Agent: _____ Date: _____

FORM NG PAG-APELA

Kung hindi ka sumasang-ayon sa Abiso ng (Mga) Kapasyahan at/o (Mga) Kapasyahan/Pagpapasya ng EDD, maaari mong iapela ang (mga) desisyon sa Kapulungan ng California para sa Mga Pag-apela sa Seguro sa Pagkawala ng Trabaho (California Unemployment Insurance Appeals Board o CUIAB) sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito at pagpapaliwanag kung bakit hindi ka sumasang-ayon. Dapat mong lagdaan ang form at ibalik ito sa EDD sa address ng tanggapan na nakalista sa abiso na iyong inaapela. **MAYROON KANG 30 ARAW MULA SA PETSANG PAGPAPADALA NG ABISO UPANG MAGHAIN NG NAPAPANAHONG APELA.** Kung mag-aapela ka pagkalipas ng yugto ng 30 araw, dapat mong isama ang dahilan ng pagkaantala. Magpapasya ang hukom ng administrative law (ALJ o administrative law judge) kung wasto ang dahilan ng iyong pagkaantala. Kung matutukoy ng ALJ na hindi wasto ang iyong dahilan ng pagsusumite ng iyong apela nang huli, mapapawalang bisa ang iyong apela.

MGA NAGHAHABOL: Habang nakabinbin ang iyong apela, **dapat mong ituloy ang pagbibigay-patunay para sa mga benepisyo.** Kung mapagpapasyahang karapat-dapat ka, maaari kang mabayaran para lang sa mga yugto kung kailan ka nagbigay-patunay at kung kailan mo natugunan ang lahat ng iba pang kinakailangan para sa pagiging karapat-dapat.

TANDAAN: Ang mga naghahabol ng Tulong sa Pagkawala ng Trabaho dahil sa Sakuna (Disaster Unemployment Assistance o DUA) ay may 60 na araw upang maghain ng apela. Ang mga employer na umaapela sa *Abiso ng Pagpapasya o Pagtatasa (Notice of Determination or Assessment)*, o DE 3807, ay may 30 araw upang maghain ng apela.

SEKSYON I IMPORMASYON NG NAG-AAPELA

MGA TAGUBILIN: Ang sumusunod na impormasyon ay dapat na ibigay ng Nag-aapela (ang nag-aapela o employer na nag-aapela ng isang abiso), o ng may-karapatang ahente o kinatawan ng Nag-aapela. Kinakailangan ang lagda ng Nag-aapela o ahente. Mangyaring gumamit ng **ITIM NA TINTA** kapag pinupunan ang form na ito.

Pangalan ng Naghahabol: _____ Social Security Number: _____ - ____ - ____

Kailangan mo ba ng translator? Oo Hindi Kung oo, anong wika/dayalekto? _____
 Address ng Nag-aapela: _____ Numero ng Telepono:(____) ____ - ____
 Street No., Apt. No., o P.O. Box _____
 Lungsod _____ Estado _____ ZIP Code _____
 Fax No.: (____) ____ - ____
 E-mail Address: _____ Cell Phone No.: (____) ____ - ____
 Pinapahintulutan ko ang CUIAB upang magpadala ng kumpidensyal na impormasyon hinggil sa aking apela sa e- mail address na nakalista sa itaas.
 Pinapahintulutan ko ang CUIAB na magpadala ng kumpidensyal na impormasyon hinggil sa aking apela sa pamamagitan ng text message o voice mail sa numero ng cell phone na nakalista sa itaas.

Kumpletuhin ang seksyong ito para lang sa mga apela ng employer

Employer Account Number: _____ Pangalan ng Ahente (kung naaangkop): _____

Address ng Ahente: _____ Lungsod _____ Estado _____ ZIP Code _____
 Street No., Apt. No., o P.O. Box _____

SEKSYON II PAHAYAG NG NAG-AAPELA

MGA TAGUBILIN: Ipaliwanag ang dahilan ng iyong apela at bakit ka hindi sumasang-ayon sa (mga) desisyon. Kung kinakailangan, maglakip ng mga karagdagang pahina sa form na ito at isulat ang iyong pangalan at Social Security number sa bawat pahina.

Hindi ako sumasang-ayon sa pagpapasya sa abisong may petsang _____ dahil

Lagda ng Nag-aapela o Ahente: _____ Petsa: _____