

MẪU, trang này chỉ dùng để tham khảo.



EDDSố điện thoại EDD:
TIẾNG ANH 1-800-300-5616
TIẾNG TÂY BAN NHA 1-800-326-8937
TIẾNG QUẢNG ĐÔNG 1-800-547-3506
TIẾNG QUAN THOẠI 1-866-303-0706
TIẾNG VIỆT 1-800-547-2058
TTY (không dùng tiếng) 1-800-815-9387
trang web: edd.ca.gov

MẪU KHÁNG NGHỊ

Nếu quý vị không đồng ý với (các) Thông báo về quyết định và/hoặc (các) Quyết định/Quyết định của EDD, quý vị có thể kháng nghị (các) quyết định đó lên Hội đồng Kháng nghị Bảo hiểm Thất nghiệp California (CUIAB) bằng cách điền vào biểu mẫu này và giải thích lý do quý vị không đồng ý. Quý vị phải ký vào biểu mẫu và gửi lại cho EDD tại địa chỉ văn phòng được liệt kê trên thông báo mà quý vị đang kháng nghị. **QUÝ VỊ CÓ 30 NGÀY KÈ TỪ NGÀY GỬI THÔNG BÁO ĐỀ NỘP ĐƠN KHÁNG NGHỊ KỊP THỜI.** Nếu quý vị kháng nghị sau thời hạn 30 ngày, quý vị phải nêu lý do của sự chậm trễ. Thẩm phán luật hành chính (ALJ) sẽ xác định xem quý vị có lý do chính đáng cho sự chậm trễ hay không. Nếu ALJ xác định rằng quý vị không có lý do chính đáng để gửi kháng nghị muộn, thì kháng nghị của quý vị sẽ bị bác bỏ.

BÊN NGUYÊN ĐƠN: Trong khi kháng nghị của quý vị đang chờ xử lý, **quý vị phải tiếp tục chứng từ để nhận phúc lợi.** Nếu quý vị đủ điều kiện, quý vị chỉ có thể được trả tiền phúc lợi cho các khoảng thời gian mà quý vị đã được chứng nhận và đã đáp ứng tất cả các yêu cầu đủ điều kiện khác.

GHI CHÚ: Người yêu cầu Hỗ trợ Thất nghiệp do Thảm họa (DUA) có 60 ngày để nộp đơn kháng nghị. Nhà tuyển dụng kháng nghị *Thông báo về Quyết định hoặc Đánh giá (DE 3807)*, có 30 ngày để nộp đơn kháng nghị.

MỤC I THÔNG TIN BÊN KHÁNG NGHỊ	
HƯỚNG DẪN: Thông tin sau đây phải được cung cấp bởi Bên Kháng nghị (người kháng nghị hoặc người sử dụng lao động đang kháng nghị chống một thông báo), hoặc bởi đại lý hoặc đại diện được ủy quyền của Người kháng nghị. Chữ ký của Người kháng nghị hoặc đại diện là bắt buộc. Vui lòng sử dụng MỤC ĐEN khi điền vào biểu mẫu này.	
Tên của Nguyên đơn: <u>XXXX</u>	Số An Sinh Xã Hội: <u>XXX-XX-0000</u>
Quý vị có cần một người thông dịch? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu cần, nên là ngôn ngữ/phương ngữ gì? <u>XXXX</u>	
Địa chỉ Người kháng nghị: <u>XXXX</u> Địa chỉ, Số căn hộ hoặc PO Box	Số điện thoại: <u>(000) 000-0000</u>
<u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> Thành phố Tiểu bang Mã ZIP	Số Fax: <u>(000) 000-0000</u>
Địa chỉ E-mail: <u>XXXX</u>	Số điện thoại: <u>(000) 000-0000</u>
<input type="checkbox"/> Tôi ủy quyền CUIAB gửi thông tin bí mật liên quan đến kháng nghị của tôi tới địa chỉ email được liệt kê ở trên.	
<input type="checkbox"/> Tôi ủy quyền CUIAB gửi thông tin bí mật liên quan đến kháng nghị của tôi bằng tin nhắn văn bản hoặc thư thoại tới số điện thoại đi động được liệt kê ở trên.	
Hoàn thành phần này chỉ dành cho kháng nghị của chủ lao động	
Số tài khoản của chủ lao động: <u>0000</u>	Tên đại diện/đại lý (nếu có): <u>XXXX</u>
Agent Địa chỉ: <u>XXXX</u> Địa chỉ, Số căn hộ hoặc PO Box	<u>XXXX</u> <u>XX</u> <u>00000</u> Thành phố Tiểu bang Mã ZIP
MỤC II TUYÊN BỐ CỦA BÊN KHÁNG NGHỊ	
HƯỚNG DẪN: Giải thích lý do quý vị kháng nghị và tại sao quý vị không đồng ý với (các) quyết định. Nếu cần, hãy đính kèm các trang bổ sung vào biểu mẫu này và viết tên và số An sinh xã hội của quý vị trên mỗi trang.	
Tôi không đồng ý với quyết định trong thông báo ngày <u>THÁNG/NGÀY/NĂM</u> vì <u>XXXX</u>	
Chữ ký của Người kháng nghị hoặc Đại diện: _____	Ngày: <u>THÁNG/NGÀY/NĂM</u>