



加州就业发展厅 (EDD) 免费电话号码：
 英语 1-800-300-5616
 西班牙语 1-800-326-8937
 国语 1-866-303-0706
 越南语 1-800-547-2058
 粤语 1-800-547-3506
 自助服务 1-866-333-4606
 听障专线 (非语音) 1-800-815-9387

邮寄日期： 00/00/0000

仅限办公使用： 000000000000

福利年份结束日期 (BYB)： 00/00/0000

申请人姓名 _____

现场办事处 _____

申请人地址 _____

街道地址 _____

城市、州、邮政编码 _____

城市、州、邮政编码 _____

现场办事处地址

上诉待决期间领取失业保险福利权利通知

特此确认，已收到您邮戳/收件日期为 00/00/0000 关于本厅最近决定的信件。经过仔细审查，该决定看来正确无误。上诉已处理并转发给 XXXX 上诉办公室，电话：000-000-0000。

截至 00/00/0000 那一周的失业保险福利申请表会单独另寄。您在上诉期间有权获得失业保险福利。即使无意领取失业保险福利，也应继续为每个失业周福利提供证明，直至收到行政法官的决定。

如果选择在上诉听证会期间领取失业保险福利并符合其他条件，本厅即会支付失业保险福利。如果法官确认本厅的决定，您可能必须偿还收到的任何失业保险福利。

如果选择在上诉听证会期间不领取失业保险福利，而且法官推翻了本厅的确定决定并认定您符合资格，您只能就递交了申请表并满足了所有其他资格要求的那几周获得失业保险福利。

上诉办公室会给您寄一份通知，说明您听证会的日期、时间和地点。您应竭尽全力出席听证会，因为法官会根据听证会上的口头和书面证据做出决定。在听证会期间，准许您说明事实并呈示支持自己个案的证据。

请在下方勾选相应方框表明决定。必须签署、注明日期并交回此表。

本人希望贵厅在上诉期间向本人支付失业保险福利。本人知晓，如果上诉决定对本人不利，本人可能必须偿还这些福利。

本人知晓，本人有权在上诉期间领取失业保险福利，但是，本人希望在上诉结果出来之前暂停领取失业保险福利。

申请人签名

00/00/0000 _____
签署日期

填完并签署此表后，请立即放入随附信封寄回本办公室。