Employment Development Department
State of California

**EDD Telephone Numbers:**

| | |
|---|---|
| ENGLISH | 1-800-300-5616 |
| SPANISH | 1-800-326-8937 |
| CANTONESE | 1-800-547-3506 |
| MANDARIN | 1-866-303-0706 |
| VIETNAMESE | 1-800-547-2058 |
| TTY (non-voice) | 1-800 815-9387 |

**website: www.edd.ca.gov**

# 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: _____ _____ ___ _____
Street No., Apt. No., or P.O. Box City State ZIP Code

## 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:** _____

Employment Development Department
State of California

**EDD-ի հեռախոսահամարներ՝**

| | |
|---|---|
| ԱՆԳԼԵՐԵՆ | 1-800-300-5616 |
| ԻՍՊԱՆԵՐԵՆ | 1-800-326-8937 |
| ԿԱՆՏՈՆԵՐԵՆ | 1-800-547-3506 |
| ՄԱՆԴԱՐԻՆ | 1-866-303-0706 |
| ՎԻԵՏՆԱՄԵՐԵՆ | 1-800-547-2058 |
| TTY (ոչ ձայնային) | 1-800 815-9387 |

**կայք՝ www.edd.ca.gov**

# ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՁԵՎ

Եթե Դուք համաձայն չեք EDD-ի «Որոշման (որոշումների) և (կամ) որոշման (որոշումների) կամ վճիռների մասին» ծանուցագրին, կարող եք որոշումը (որոշումները) բողոքարկել Կալիֆոռնիա նահանգի Գործազրկության ապահովագրության հարցերի բողոքարկման խորհրդին (California Unemployment Insurance Appeals Board, CUIAB)՝ լրացնելով այս ձևը և բացատրելով անհամաձայնության հիմքը: Դուք պետք է լրացնեք ձևը և EDD-ին վերադարձնեք այն ծանուցագրում նշված գրասենյակի հասցեով, որը բողոքարկում եք: **ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄԸ ԺԱՄԱՆԱԿԻՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ՈՒՆԵՔ 30 ՕՐ՝ ԾԱՆՈՒՑԱԳՐԻ ՈՒՂԱՐԿՄԱՆ ԹՎԱԿԱՆԻՑ ՀԱՇՎԱԾ:** Եթե բողոքարկեք 30-օրյա ժամանակաշրջանից հետո, ապա պետք է նշեք նաև ուշացման պատճառը: Վարչական իրավախախտումների գործերով դատավորը (ՎԻԳԴ) կորոշի՝ արդյոք բավարար հիմք ունեցել եք ուշացման համար: Եթե ՎԻԳԴ-ը որոշի, որ բողոքարկումն ուշ ներկայացնելու բավարար հիմք չեք ունեցել, Ձեր բողոքարկումը կմերժվի:

**ՀԱՅՑՎՈՐՆԵՐ**. Քանի դեռ բողոքարկումն առկախ է, **Դուք պետք է շարունակեք հաստատել Ձեր իրավունակությունը նպաստների համար:** Եթե որոշվի, որ Դուք իրավունակ եք, հնարավոր կլինի Ձեզ վճարել միայն այն ժամանակաշրջանների համար, որոնց համար հաստատել եք Ձեր իրավունակությունը և բավարարել եք իրավունակության որոշման բոլոր մյուս պահանջները:

ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ. Հայցվորները, ովքեր պահանջում են գործազրկության նպաստներ տարերային աղետների դեպքում (Disaster Unemployment Assistance, DUA), 60 օր ժամանակ ունեն բողոքարկում ներկայացնելու համար: Գործատուները, ովքեր բողոքարկում են *«Ծանուցագիր որոշման կամ գնահատման մասին» (Noticeof Determination or Assessment)*, DE 3807, 30 օր ունեն բողոքարկում ներկայացնելու համար:

## ԲԱԺԻՆ I ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒԻ ՄԱՍԻՆ

**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**. Բողոքարկուն (հայցվորը կամ ծանուցագիրը բողոքարկող գործատուն) կամ Բողոքարկուի լիազորված գործակալը կամ ներկայացուցիչը պետք է տրամադրի հետևյալ տեղեկությունները: Բողոքարկուի կամ գործակալի ստորագրությունը պարտադիր է: Խնդրում ենք այս ձևը լրացնելիս օգտագործել **ՄԵՎ ԹԱՆԱՔ**:

Հայցվորի անունը՝ _____ Սոց. ապահովության քարտի համարը՝ ___- _____- _____

Ձեզ հարկավո՞ր է թարգմանիչ: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, ի՞նչ լեզվի կամ բարբառի: _____

Բողոքարկուի հասցեն՝ _____ Հեռախոսի հ.՝ (_____) _____ - _____

Փողոց, բնակ. հ. կամ. բ. արկղ

_____ _____ _____ Ֆաքսի հ. (_____) _____ - _____

Քաղաք Նահանգ Փոստ. ինդեքս

Էլփոստի հասցեն՝ _____ Բջջային հեռ. հ.՝ (_____) _____ _____

☐ Ես CUIAB-ին լիազորում եմ իմ բողոքարկման վերաբերյալ գաղտնի տեղեկություններ ուղարկել վերը նշված էլեկտրոնային փոստի հասցեով:

☐ Ես CUIAB-ին լիազորում եմ իմ բողոքարկման վերաբերյալ գաղտնի տեղեկություններ ուղարկել տեքստային հաղորդագրությամբ կամ ձայնային նամակով վերը նշված բջջային հեռախոսի համարին:

**Այս բաժինը լրացրեք միայն գործատուի բողոքարկումների համար**

Գործատուի հաշվեհամարը՝ _____ Գործակալի անունը (եթե կիրառելի է)՝ _____

Գործակալի հասցեն՝ _____ _____ _____ _____

Փողոց, բն. կամ. բ. Արկղ Քաղաք Նահանգ Փոստ. ինդեքս

## ԲԱԺԻՆ II ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**. Բացատրեք բողոքարկելու պատճառը և թե ինչու համաձայն չեք որոշմանը (որոշումներին): Եթե պահանջվի, լրացուցիչ էջեր, կցեք այս ձևաթղթին և յուրաքանչյուր էջում գրեք Ձեր անունն ու սոցիալական ապահովության քարտի համարը:

Ես համաձայն չեմ ծանուցագրում ներկայացված որոշմանը, որը թվագրված է՝ _____, որովհետև

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**Բողոքարկուի կամ՝ գործակալի ստորագրությունը՝** _____ **Թվական՝** _____