

APPELLANT INFORMATION

SECTION I

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: 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.

<u>CLAIMANTS</u>: 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.

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 I	BLACK IN	VK whe	en filling out	this form.			
Claimant Name:					Social Security Numb	er:	
Do you need a translator?	Yes	No	If yes, what	language/d	alect?		
Appellant Address:	Street No	o Apt. No	o., or PO Box		Telephone No.:		
		.,		710 C	Fax No.:		
E-mail Address:	City		State	ZIP Code	Cell Phone No.:		
I authorize the CUIAB to	send cor	ıfidenti	al informatio	n regarding	my appeal to the e-m	ail address li	sted above.
I authorize the CUIAB to the cell phone number lis			al informatio	n regarding	my appeal by text me	essage or voi	ce mail to
Complete this section for em	ployer ap	peals (<u>only</u>				
Employer Account Number:			Agent N	Name (if app	olicable):		
Agent Address:	Street No., A	ιpt. No., α	or PO Box		City	State	ZIP Code
SECTION II APPELLANT	STATEM	ENT					
INSTRUCTIONS : Explain the additional pages to this form a							ired, attach
I disagree with the determinat	tion in th	e notic	e dated		because		
Signature of Appellant or Agent:					Date:		
DE 1000M Rev. 8 (5-19) (INTERNET)		-	Versión en espa Page	ñol en el dors 1 of 2) -		CU



SECCIÓN I

Números de Teléfono del EDD:

INGLÉS 1-800-300-5616 1-800-326-8937 **ESPAÑOL** TTY (no voz) 1-800-815-9387 sitio de Internet: edd.ca.gov

FORMULARIO DE APELACIÓN

Si usted no está de acuerdo con la Notificación de Decisión(es) y/o con la(s) Decisión(es)/Fallos legales por parte del Departamento del Desarrollo del Empleo, usted puede apelar la(s) decisión(es) ante la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIB, por sus siglas en inglés) completando este formulario y explicando por qué no está de acuerdo. Usted debe firmar el formulario y devolverlo al Departamento del Desarrollo del Empleo a la dirección de la oficina que aparece en este aviso que está apelando. USTED TIENE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN. Si usted presenta la apelación después del plazo de 30 días, usted debe explicar la razón por la demora. El juez de justicia administrativa determinará si usted tiene razón justificada por la demora. Si el juez de justicia administrativa determina que usted no tiene una razón justificada para presentar su petición tarde, su apelación será descartada.

SOLICITANTES DE BENEFICIOS: Mientras que su apelación está pendiente, usted tiene que continuar presentando su Solicitud de Beneficios Continuos. Si se determina que usted es elegible para beneficios, sólo se le puede pagar por los períodos para los cuales usted ha presentado su Solicitud de Beneficios Continuos y para los cuales haya reunido todos los otros requisitos de elegibilidad.

NOTA: Los solicitantes de Asistencia de Desempleo por Desastres (DUA, por sus siglas en inglés) tienen 60 días para presentar una apelación. Los empleadores que están apelando la Notificación de Decisión o Evaluación (DE 3807), tienen 30 días para presentar una apelación.

INFORMACIÓN DEL APELANTE

Nombre del Solicitante:				Número de Seguro Soc	cial:	
Necesita un traductor?	Sí No	Si marcó sí, ¿para qué	idioma/dialecto?			
Dirección del Apelante:	N° de cal	e, N° de Apto., o Apartado Po	ostal	N° de Teléfono:		
	Ciuc	dad Estado	Código Postal	N° de Fax:		
Dirección de Correo Electro	ónico:		Ü	N° de Teléfono Celular:		
		Seguro de Desempleo de ctrónico que aparece arrib		viar información confidenci	al con respecto	a mi
				viar información confidencio celular que aparece arriba.	al con respecto	a mi
Complete esta secció		•				
Número de Cuenta del I	Empleador:	٨	Nombre del Age	ente (si aplica):		
Dinagaión dal Aganta.						
Direction del Agente:	N° de calle, i	N° de Apto., o Apartado Posta	I	Ciudad	Estado	Código Postal
		N° de Apto., o Apartado Posta DEL APELANTE	I	Ciudad	Estado	Código Postal
SECCIÓN II DECI INSTRUCCIONES: Ex decisión(es). Si necesi	LARACIÓN E xplique la raz	DEL APELANTE ón por presentar su a	apelación y p	Ciudad or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
SECCIÓN II DECI INSTRUCCIONES: Es decisión(es). Si necesi Social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue	erdo con la(s)
SECCIÓN II DECI INSTRUCCIONES: Es decisión(es). Si necesi Social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
SECCIÓN II DECI INSTRUCCIONES: Es decisión(es). Si necesi Social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
SECCIÓN II DEC NSTRUCCIONES : Es decisión(es). Si necesion social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
SECCIÓN II DEC NSTRUCCIONES : Es decisión(es). Si necesion social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
SECCIÓN II DEC NSTRUCCIONES : Es decisión(es). Si necesi Social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
SECCIÓN II DECI INSTRUCCIONES: Es decisión(es). Si necesi Social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
INSTRUCCIONES: E	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)
SECCIÓN II DECI INSTRUCCIONES: Es decisión(es). Si necesi Social en cada hoja.	LARACIÓN E xplique la raz ita más espac	on por presentar su a io, adjunte hojas adio	apelación y p cionales a est	or qué no está de acue e formulario y escriba	erdo con la(s)