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
Outside California	1-800-250-3913
TTY (non voice)	1-800 815-9387

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT APPEAL FORM

If you want to appeal a Department determination, please explain why you disagree and return this form to the Department using the office address listed on the enclosed notice. You have 20 days from the date of the notice to file an appeal. The 20-day period may be extended for good cause. Reasons for filing an appeal after 20 days should be explained.

Please note that claimants for Disaster Unemployment Assistance have 60 days to file an appeal. Employers who are appealing the Department's DE 3807 Notice of Determination or Assessment have 30 days to file an appeal.

I disagree with the Department's decision dated _____ because:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Attach an additional sheet if more space is required)

CLAIMANTS: While your appeal is pending, you must continue to file a continued claim form for the period that you want to claim benefits. If you are found eligible, you can be paid only for periods for which you have filed continued claim forms and have met all other eligibility requirements.

The following information must be provided by the party filing the appeal (Appellant) or an authorized agent of the party filing the appeal. Signature of the appellant or agent is required.

Do you need a translator? ☐ Yes ☐ No If yes, please give language and dialect: _____

Appellant Telephone No.: (____) _____

Appellant Name: _____ Appellant Fax No.: (____) _____

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

Claimant Name: _____

Claimant Social Security Number: _____ - _____ - _____

Employer Account Number: _____
(For employer appeal only)

Agent Name (If applicable): _____

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

Signature

Appellant or Agent: _____ Date: _____

- Versión en español en el dorso -

Employment Development Department
State of California

Números de Télefono del EDD:
Español 1-800-326-8937
Inglés 1-800-300-5616
Fuera de California 1-800-250-3913

FORMULARIO DE APELACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD)

Si usted quiere apelar una decisión del Departamento, por favor explique la razón por la cual no está de acuerdo y regrese este formulario al Departamento, usando la dirección que aparece en la notificación adjunta. Usted tiene 20 días a partir de la fecha de esta notificación para presentar una apelación. El plazo de 20 días puede extenderse por razón justificada. Se deben explicar las razones por presentar su aplelación después del plazo de 20 días.

Por favor, note que los solicitantes de Asistencia por Desempleo debido a Desastres (DUA) tienen 60 días para presentar una apelación. Los empleadores/patrones que están apelando la Notificación de Decisión o Evaluación (DE 3807) del Departamento, tienen 30 días para presentar una apelación.

Yo no estoy de acuerdo con la decisión del Departamento fechada el _____ porque:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio)

SOLICITANTES DE BENEFICIOS: Mientras su apelación esté pendiente, usted tiene que continuar presentando una solicitud para beneficios continuos por el período que usted desea solicitar beneficios. Si se determina que Ud. tiene derecho a beneficios, sólo se le puede pagar por los períodos para los cuales Ud. ha presentado solicitudes para beneficios continuos, y para los cuales haya reunido todos los otros requisitos.

La siguiente información tiene que ser suministrada por la persona que está apelando (Apelante) o el agente autorizado de la persona que está apelando. La firma del apelante o del agente del apelante es requerida.

¿Necesita un(a) traductor(a)? ☐ Sí ☐ No Si marcó sí, por favor, especifique el idioma y dialecto: _____

No. de Teléfono del/de la Apelante: (____) _____

Nombre del/de la Apelante: _____ No. de Fax del/de la Apelante: (____) _____

Dirección Postal del/de la Apelante: _____ _____ _____ _____
No. de Calle., No. de Dept., o Apartado Postal | Ciudad | Estado | ZONA Postal

Nombre del/de la Solicitante de Beneficios: _____

Número del Seguro Social del/de la Solicitante: _____-_____-_____

Número de Cuenta del Empleador/Patrón: _____
(Para la apelación del Empleador/Patrón solamente)

Nombre del Agente (Si es pertinente): _____

Dirección Postal: _____ _____ _____ _____
No. de Calle., No. de Dept., o Apartado Postal | Ciudad | Estado | ZONA Postal

Firma del Apelante o Agente: _____ Fecha: _____

– English version on the other side –