ຕົວຢ່າງ ໜ້ານີ້ໃຊ້ສຳລັບອ້າງອີງເທົ່ານັ້ນ.

Employment Development Department
State of California

ເບີໂທລະສັບ ຂອງ EDD:

ພາສາອັງກິດ	1-800-300-5616
ພາສາສະເປນ	1-800-326-8937
ພາສາຈີນກວາງຕຸ້ງ	1-800-547-3506
ພາສາຈີນກາງ	1-866-303-0706
ພາສາຫວຽດນາມ	1-800-547-2058
TTY (ບໍ່ມີສຽງ)	1-800-815-9387
ເວັບໄຊ:	**edd.ca.gov**

ແບບຟອມຂໍອຸທອນ

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳກັບໜັງສືແຈ້ງຄຳຕັດສິນ ແລະ/ຫຼື ໜັງສືແຈ້ງຄຳຕັດສິນ/ຄຳວິນິດໄສໂດຍພະແນກ EDD (Notice of Determination(s) and/or Determination(s)/Rulings by the EDD) ທ່ານສາມາດອຸທອນຄຳຕັດສິນນັ້ນຕໍ່ກັບຄະນະກຳມະການອຸທອນການປະກັນໄພການຫວ່າງງານລັດຄາລິຟໍເນຍ (California Unemployment Insurance Appeals Board ຫຼືCUIAB)) ໂດຍປະກອບແບບຟອມນີ້ແລະອະທິບາຍເຫດຜົນທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳ. ທ່ານຕ້ອງເຊັນແບບຟອມແລະສົ່ງກັບຄືນໄປທີ່ພະແນກ EDD ຕາມທີ່ຢູ່ຂອງຫ້ອງການທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໜັງສືແຈ້ງການທີ່ທ່ານຈະອຸທອນ. **ທ່ານມີເວລາ 30 ມື້ນັບຈາກວັນທີໃນໜັງສືແຈ້ງການໃນການຍື່ນອຸທອນໃຫ້ທັນຕາມກຳນົດ.** ຖ້າທ່ານຍື່ນອຸທອນຫຼັງຈາກໄລຍະເວລາ 30 ມື້ ທ່ານຕ້ອງລະບຸເຫດຜົນໃນການຍື່ນລ່າຊ້າ. ຜູ້ພິພາກສາສານປົກຄອງ (ALJ) ຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ເໝາະສົມໃນການຍື່ນລ່າຊ້າຫຼືບໍ່. ຖ້າ ALJ ຕັດສິນວ່າທ່ານບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່ເໝາະສົມໃນການຍື່ນອຸທອນລ່າຊ້າ ຄຳອຸທອນຂອງທ່ານຈະຖືກຍົກຟ້ອງ.

ຜູ້ອຸທອນ: ໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານຍັງຢູ່ໃນລະຫວ່າງການພິຈາລະນາ **ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຢັ້ງຢືນສິດປະໂຫຍດ**. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສະເພາະຊ່ວງເວລາທີ່ທ່ານຮັບຮອງສິດເທົ່ານັ້ນ ແລະມີຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດອື່ນໆທັງໝົດ.

ໝາຍເຫດ: ຜູ້ອຸທອນກ່ຽວກັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຫວ່າງງານເນື່ອງຈາກໄພພິບັດ (Disaster Unemployment Assistance ຫຼື (DUA)) ມີເວລາ 60 ມື້ໃນການຍື່ນອຸທອນ. ນາຍຈ້າງທີ່ຍື່ນອຸທ *ອນໜັງສືແຈ້ງຄຳຕັດສິນ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ (Notice of Determination or Assessment ຫຼື* (DE 3807)) ມີເວລາ 30 ມື້ໃນການຍື່ນອຸທອນ.

ພາກທີ I ຂໍ້ມູນການອຸທອນ

ຄຳແນະນຳ: ຜູ້ຍື່ນອຸທອນ (ຜູ້ອຸທອນ ຫຼື ນາຍຈ້າງທີ່ຍື່ນອຸທອນໜັງສືແຈ້ງການ) ຫຼືຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ຫຼືຜູ້ຕ່າງໜ້າຂອງຜູ້ຍື່ນອຸທອນຈະຕ້ອງສະໜອງຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້. ຜູ້ຍື່ນອຸທອນ ຫຼືຕົວແທນຈຳເປັນຕ້ອງລົງລາຍເຊັນ. ກະລຸນາໃຊ້ **ໝຶກສີດຳ** ເມື່ອປະກອບແບບຟອມນີ້.

ຊື່ຜູ້ອຸທອນ: XXXX ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ: XXX-XX-0000

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ ເປັນພາສາ/ພາສາທ້ອງຖິ່ນຫຍັງ? XXXX

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຍື່ນອຸທອນ: XXXX (ທີ່ຢູ່ເລກທີ, ອາພາດເມັນເບີ ຫຼື ຕູ້ໄປສະນີໝາຍເລກ)
XXXX (ເມືອງ) XX (ລັດ) 00000 (ລະຫັດໄປສະນີ)

ເບີໂທລະສັບ: (000) 000-0000
ເບີແຟັກ: (000) 000-0000
ອີເມວ: XXXX
ເບີມືຖື: (000) 000-0000

☐ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ທາງ CUIAB ສົ່ງຂໍ້ມູນຄວາມລັບກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປທີ່ຢູ່ອີເມວທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ທາງ CUIAB ສົ່ງຂໍ້ມູນຄວາມລັບກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າທາງຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ຂໍ້ຄວາມສຽງໄປທີ່ເບີໂທລະສັບມືຖືທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນນີ້ສຳລັບການອຸທອນຂອງນາຍຈ້າງເທົ່ານັ້ນ

ເລກທີ່ບັນຊີຂອງນາຍຈ້າງ: 0000 ຊື່ຕົວແທນ (ຖ້າມີ): XXXX

ທີ່ຢູ່ຂອງຕົວແທນ: XXXX (ທີ່ຢູ່ເລກທີ່, ອາພາດເມັນເບີ ຫຼື ຕູ້ໄປສະນີໝາຍເລກ) XXXX (ເມືອງ) XX (ລັດ) 00000 (ລະຫັດໄປສະນີ)

ພາກທີ II ຄຳຖະແຫຼງຂອງຜູ້ອຸທອນ

ຄຳແນະນຳ: ອະທິບາຍເຫດຜົນໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະເຫດຜົນທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳກັບຄຳຕັດສິນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ ທ່ານສາມາດຄັດຕິດເຈ້ຍຕື່ມໃສ່ແບບຟອມນີ້ ແລະຂຽນຊື່ ແລະໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະໜ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີນຳກັບການຄຳຕັດສິນທີ່ລະບຸໃນໜັງສືແຈ້ງການລົງວັນທີ ດດ/ວວ/ປປປປ ເພາະວ່າ

XXXX

ລາຍເຊັນຂອງ ຜູ້ຍື່ນອຸທອນ ຫຼື ຕົວແທນ: ______ **ວັນທີ**: ດດ/ວວ/ປປປປ