



CUIAB – BOARD APPEAL

If you disagree with the unfavorable CUIAB Administrative Law Judge’s (ALJ) decision in your unemployment, tax or disability case (except disability overpayment cases), you must file your Board Appeal within **30 calendar days** from the mailing date stamped on the front of the ALJ’s decision. In disability cases involving an overpayment, you must file your Board appeal within 20 calendar days.

Claimant: You must continue to file claim forms during the time we are deciding your appeal if you wish to claim benefits for this period of time. If you are found ineligible for these benefits, however, you may be required to repay benefits received. Please direct all claim questions to the Employment Development Department (EDD) at: <http://www.edd.ca.gov>.

The following information must be provided by the party filing the appeal (Appellant) or authorized agent/representative.

Check party filing the appeal: Claimant Employer EDD

Appellant Name: _____ ALJ Decision Date and Case No.: _____

Appellant Phone No.: (____) _____ - _____ Appellant Fax No.: (____) _____ - _____

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

Do you give permission for the CUIAB to send confidential information regarding your appeal to your e-mail address and/or cell phone by voice or text message (Information may be received sooner)? Yes No

If yes, please provide the e-mail address and/or cell phone number where you would like the information sent.

E-mail Address: _____ Cell Phone No.: (____) _____ - _____

Claimant Name: _____

Employer Account No.: _____
(For Employer Only)

Social Security No.: _____ - _____ - _____

Appellant Agent or Representative Name (If applicable): _____

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

Check box if you are not filing your appeal on time, (within 30 days from the date listed on the front of the ALJ’s decision, or within 20 days for disability cases involving an overpayment) and provide explicit details on reasons for the delay.

Check box if presenting new or additional evidence. Attach documents and explain why they were not presented at the hearing.

I disagree with the Administrative Law Judge’s decision because: _____

(If you need additional space please use the lines on the back of this page)

Signature of the Appellant or Agent / Representative Required: _____ **Date:** _____



CUIAB-APELACIÓN A LA JUNTA

Si usted no está de acuerdo con la decisión desfavorable del Juez de Justicia Administrativa (ALJ, por sus siglas en inglés) de la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIAB, por sus siglas en inglés), referente a su caso de desempleo, impuestos o de incapacidad (excepto referente a los casos de sobrepago de beneficios de incapacidad), usted debe Apelar a la Junta dentro de 30 días de calendario de la fecha indicada en el frente de la decisión del Juez. En los casos de incapacidad que involucren sobrepagos de beneficios, usted debe presentar su Apelación a la Junta dentro de 20 días de calendario.

Solicitante: Usted debe continuar presentando sus formularios de solicitud de beneficios mientras decidimos su apelación si desea recibir beneficios durante este período de tiempo. Si decidimos que usted no es elegible para recibir estos beneficios, es posible que a usted se le requiera pagar los beneficios que recibió. Por favor dirija todas sus preguntas referente a la solicitud de beneficios a la oficina del Departamento del Desarrollo del Empleo en: http://www.edd.ca.gov.

La siguiente información debe ser proporcionada por la parte que presenta la apelación (el Apelante) o por el agente/representante autorizado. Marque la parte que presenta la apelación: Solicitante [] Empleador [] Departamento del Desarrollo del Empleo []

Nombre del Apelante: _____ Fecha de la Decisión del Juez y Número de Caso: _____

Número de Teléfono del Apelante :(_____)_____ - _____ Número de Fax del Apelante: (_____)_____ - _____

Dirección Postal del Apelante: _____
Número de Calle, Número de Apto. P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

¿Da usted permiso para que la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California le mande información confidencial relacionada a su apelación a la dirección de su correo electrónico y/o teléfono celular vía mensaje de voz o de texto (La información puede ser enviada más rápida)? Sí [] No []

Si contestó sí, favor de proporcionar su correo electrónico y/o número de teléfono celular a donde usted desee que se le envíe la información.

Dirección de Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono Celular: (_____)_____ - _____

Nombre del Solicitante: _____ Número de Cuenta del Empleador: _____
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ (Sólo para Empleadores)

Nombre del Agente del Apelante o del Representante (Si aplica): _____

Dirección Postal: _____
Número de Calle, Número de Apto. P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

[] Marque la casilla si usted no está presentando su apelación a tiempo, (dentro de 30 días de la fecha indicada en el frente de la decisión del Juez, o dentro de 20 días referente a los casos de sobrepago de beneficios de incapacidad) y explique con detalles específicos la razón por la tardanza.

[] Marque la casilla si usted está pidiendo presentar evidencia nueva o adicional. Adjunte los documentos y explique por qué no fueron presentadas en la audiencia.

No estoy de acuerdo con la decisión del Juez de Justicia Administrativa porque: _____

(Si necesita espacio adicional por favor use el lado reverso de esta página)

La Firma del Apelante o del Agente/Representante es Requerida: _____ Fecha: _____