



CUIAB – BOARD APPEAL

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

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: \_\_\_\_\_ Social Security No.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Employer Account No.: \_\_\_\_\_ (For Employer Only)

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) 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, usted debe Apelar a la Junta dentro de **30 días de calendario** de la fecha indicada en el frente de la decisión del Juez.

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 Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Cuenta del Empleador: \_\_\_\_\_  
(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) 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:** \_\_\_\_\_