

برای درخواست جلسه دادرسی به حکم اداری اداره مرخصی با حقوق اورگان، این فرم را تکمیل کنید.

اگر می‌خواهید حکم اداری را تغییر دهید، باید به‌موقع استیناف / درخواست برای تجدید نظر بدهید. مهلت استیناف / درخواست برای تجدید نظر به نوع حکم اداری بستگی دارد.

اگر مهلت ثبت استیناف / درخواست برای تجدید نظر گذشته باشد، هنوز می‌توانید درخواست جلسه دادرسی بدهید. شما باید اطلاعات بیشتری ارائه دهید تا دفتر جلسات دادرسی اداری (OAH) بتواند تصمیم بگیرد که آیا دلیل موجهی برای استیناف / درخواست برای تجدید نظر با تأخیر وجود دارد یا خیر. اگر OAH تشخیص دهد که شما دلیل موجهی برای ثبت استیناف / درخواست برای تجدید نظر با تأخیر دارید، درخواست شما برای برگزاری جلسه دادرسی پذیرفته خواهد شد.

شرایط لازم برای استیناف / درخواست برای تجدید نظر در مورد برنامه بیمه بیکاری و مرخصی با حقوق اورگان ممکن است متفاوت باشد زیرا آنها برنامه‌های جداگانه‌ای با قوانین خاص خود هستند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های جلسه دادرسی با تأخیر و الزام به ارائه دلیل موجه، لطفاً به مواد ORS 657B.340 و OAR 471-070-8025 رجوع کنید.

برای ثبت استیناف / درخواست برای تجدید نظر به چه چیزهایی نیاز دارید؟

شما به یک نسخه از نامه‌ای که قابل تجدیدنظرخواهی است، نیاز دارید. این نامه یک تاریخ سررسید برای استیناف / درخواست برای تجدید نظر خواهد داشت که در نزدیکی پایین سند قرار دارد. هرگونه اطلاعات دیگری که باید به استیناف / درخواست برای تجدید نظر خود اضافه کنید، در نامه‌ای که از اداره مرخصی با حقوق اورگان دریافت کرده‌اید، ذکر شده است. اگر برای این استیناف / درخواست برای تجدید نظر از وکیل استفاده می‌کنید، باید اطلاعات تماس وکیل خود را ارائه دهید.

احکام اداری ارسال شده از اداره مرخصی با حقوق اورگان شامل دستور العملی برای ثبت به‌موقع استیناف / درخواست برای تجدید نظر است. احکام 20 یا 60 روز پس از ارسال آنها توسط ما قطعی می‌شوند. اگر به‌موقع استیناف / درخواست برای تجدید نظر ندهید، ممکن است دیگر نتوانید حکم اداری اولیه را تغییر دهید.

برای درخواست جلسه دادرسی از طرف متقاضی، شما باید نماینده مجاز آن متقاضی باشید. شما می‌توانید نماینده منتخب متقاضی یا نماینده مجاز یک فرد از کار افتاده یا متوفی باشید. اگر برای این وضعیت درخواست نداده‌اید، باید قبل از تکمیل این فرم، این کار را انجام دهید. به‌منظور درخواست برای این وضعیت، از فرم نماینده منتخب متقاضی یا فرم نماینده مجاز برای فرد از کار افتاده یا متوفی استفاده کنید. می‌توانید این فرم‌ها را در وبسایت بخش مرخصی با حقوق (Paid Leave) به آدرس paidleave.oregon.gov پیدا کنید.

شما باید این فرم را به همراه یک نسخه از حکمی که نسبت به آن استیناف / درخواست برای تجدید نظر دارید، ارسال کنید. اطلاعات یا مدارک ناقص می‌تواند باعث تأخیر در دادرسی به درخواست شما شود.

این فرم و مدارک مورد نیاز را به آدرس زیر ارسال کنید:

Attn: Paid Leave Oregon
Oregon Employment Department
875 Union St NE
Salem, OR 97311

به کمک و راهنمایی نیاز دارید؟

این اطلاعات ضروری است • اداره کار اورگون ، یک آژانس با فرصت های برابری استخدامی است • اداره کار اورگون، به شما کمک رایگان ارائه می دهد تا بتوانید از خدمات ما استفاده کنید • به عنوان مثال: زبان اشاره و مترجم برای زبانهای مختلف ، نشریات و مطالب نوشتاری به زبان های دیگر ، چاپ با حروف درشت ، به صورت صوتی و دیگر قالبها و فرمت های مختلف • برای دریافت کمک، لطفاً با شماره تلفن (رایگان) 833-854-0166 تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا کم شنوا میتوانند با شماره 711 تماس بگیرند • همچنین می توانید ایمیل یا رایانامه به این آدرس بفرستید access.paidleave@oregon.gov.

فرم درخواست جلسه دادرسی



مشخصات متقاضی تجدیدنظرخواهی	
آیا شما:	<input type="checkbox"/> متقاضی هستید (بخش مشخصات متقاضی را تکمیل کنید)
<input type="checkbox"/> نماینده مجاز هستید (بخش مشخصات متقاضی و مشخصات نماینده مجاز را تکمیل کنید)	
<input type="checkbox"/> کارفرما هستید (بخش مشخصات کارفرما را تکمیل کنید)	
مشخصات متقاضی (توسط متقاضی تکمیل شود - اگر کارفرما هستید، خالی بگذارید)	
نام متقاضی:	نام خانوادگی متقاضی:
شماره تأمین اجتماعی (SSN): _____ یا _____	
شماره شناسایی مالیاتی اشخاص حقیقی (ITIN): _____	
آدرس متقاضی:	
شماره تلفن متقاضی:	ایمیل متقاضی:
مشخصات نماینده مجاز (توسط متقاضی یا نماینده مجاز تکمیل شود - اگر کارفرما هستید، خالی بگذارید)	
نام نماینده:	نام خانوادگی نماینده:
آدرس نماینده:	
شماره تلفن نماینده:	آدرس ایمیل نماینده:
مشخصات کارفرما (توسط کارفرما تکمیل شود - در صورت متقاضی بودن، خالی بگذارید)	
نام کارفرما:	
شماره شناسایی کسب و کار (BIN):	
شماره شناسایی کارفرمای فدرال (FEIN):	
آدرس کارفرما:	
شماره تلفن کارفرما:	ایمیل کارفرما:
نام نماینده کارفرما (در صورت امکان):	
حکم مورد استیناف / درخواست برای تجدید نظر قرار گرفت	
شناسه نامه:	تاریخ نامه:

نام متقاضی:		SSN یا ITIN متقاضی:
لطفاً دلیل استیناف / درخواست برای تجدید نظر خود به این حکم را ذکر کنید:		
آیا به مترجم نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
اگر بله، چه زبانی:		
آیا برای جلسه دادرسی خود درخواست تسهیلات کمکی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
اگر بله، چه نوع تسهیلات کمکی مورد نیاز است:		
نام (چاپی):		
امضا:		تاریخ: