

ИНСТРУКЦИИ

Заполните эту форму, чтобы запросить слушание по административному решению программы “Оплачиваемый отпуск в Орегоне”.

Если вы хотите попытаться изменить административное решение, вы должны своевременно подать апелляцию. Срок подачи апелляции зависит от типа административного решения.

Если срок подачи апелляции прошел, вы все еще можете запросить слушание. Вам необходимо будет предоставить дополнительную информацию, чтобы в Управлении по административным слушаниям (ОАН) могли принять решение о том, есть ли основания для несвоевременной подачи апелляции. Если в ОАН решат, что есть основания для подачи апелляции после истечения срока, ваш запрос на проведение слушания будет удовлетворен.

Требования к апелляциям по программе страхования по безработице и программе “Оплачиваемый отпуск в Орегоне” могут различаться, поскольку это отдельные программы со своими законами.

Подробнее о запросах на слушание по истечении срока и требованиях к основаниям см. ORS 657B.340 (Свод Законов штата Орегон с дополнениями и изменениями) и OAR 471-070-8025 (Административное законодательство штата Орегон).

Что необходимо для подачи апелляции?

Вам потребуется копия письма, в отношении которого может быть подана апелляция. В конце этого письма указана дата, до которой можно подать апелляцию. Любая другая информация, которую вам необходимо будет приложить к апелляции, будет указана в письме, которое вы получите от программы “Оплачиваемый отпуск в Орегоне”. Если для подачи апелляции вы пользуетесь услугами юриста, необходимо будет предоставить контактные данные Вашего юриста.

В административных решениях, направляемых программой оплачиваемых “Оплачиваемый отпуск в Орегоне,” содержатся инструкции по своевременной подаче апелляций. Решения вступают в силу через 20 дней или 60 дней после отправления. Если апелляция не будет подана вовремя, возможно, административное решение невозможно будет изменить.

Для того, чтобы подать запрос на проведение слушания от имени заявителя, вы должны быть его уполномоченным представителем. Вы можете быть представителем, назначенным заявителем, или представителем недееспособного или умершего лица. Если вы ещё не получили этот статус, вы должны сделать это до заполнения данной формы. Для подачи запроса используйте форму Представитель заявителя (Claimant-Designated Representative Form) или форму Представитель недееспособного или умершего лица (Authorized Agent Form for an Incapacitated or Deceased Person). Вы можете найти эти формы на сайте программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне»: paidleave.oregon.gov.

Вы должны отправить это письмо вместе с копией решения, в отношении которого подается апелляция. Недостающая информация или документы могут привести к задержкам в рассмотрении вашего запроса.

Отправьте эту форму и необходимые документы по следующему адресу:

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

Нужна помощь?

Далее приведена чрезвычайно важная информация. Департамент занятости штата Орегон (OED) является агентством по обеспечению равных возможностей. Департамент занятости штата Орегон (OED) оказывает бесплатную помощь, чтобы вам было легче воспользоваться нашими услугами. Например: услуги сурдо- и устных переводчиков, предоставление письменных материалов на других языках, материалов с использованием крупного шрифта, а также материалов в аудио- и других форматах. Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 833-854-0166 (звонок бесплатный). Пользователям телетайпов (TTY) следует звонить по номеру 711. Вы также можете отправить нам электронное сообщение по эл. почте: access.paidleave@oregon.gov.

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, ПОДАЮЩЕМ АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы являетесь:	<input type="checkbox"/> Заявителем (заполните раздел для заявителей)
	<input type="checkbox"/> Представителем заявителя (заполните раздел с информацией о заявителе и информацию о представителе заявителя)
	<input type="checkbox"/> Работодателем (заполните раздел для работодателей)

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (заполняется заявителем; не заполнять, если вы являетесь работодателем)

Имя заявителя:	Фамилия заявителя:
----------------	--------------------

Номер социального страхования (SSN): _____ или
Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN):

Адрес заявителя:

Номер телефона заявителя:	Адрес электронной почты заявителя:
---------------------------	------------------------------------

ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЗАЯВИТЕЛЯ (заполняется заявителем или представителем заявителя; не заполнять, если вы являетесь работодателем)

Имя представителя:	Фамилия представителя:
--------------------	------------------------

Адрес представителя:

Номер телефона представителя:	Адрес электронной почты представителя:
-------------------------------	--

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем; не заполнять, если вы являетесь заявителем)

Имя работодателя:

Идентификационный номер предприятия (BIN):

Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN):

Адрес работодателя:

Номер телефона работодателя:	Адрес электронной почты работодателя:
------------------------------	---------------------------------------

Представитель работодателя (при наличии):

Имя заявителя:	SSN или ITIN заявителя:
РЕШЕНИЕ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОГО ПОДАЕТСЯ АПЕЛЛЯЦИЯ	
№ письма:	Дата письма:
Пожалуйста, укажите причину, по которой вы подаёте апелляцию на это решение:	
Нужен ли вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то с какого/на какой язык:	
Есть ли у вас запрос на приспособление в рамках слушания? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то укажите необходимое приспособление:	
Имя и фамилия (печатными буквами):	
Подпись:	Дата: