

INSTRUCCIONES

Complete este formulario para solicitar una audiencia sobre una decisión administrativa de Permiso Pagado de Oregon.

Si quiere intentar cambiar una decisión administrativa, debe presentar una apelación a tiempo. La fecha límite para presentar una apelación depende del tipo de decisión administrativa.

Si ya pasó la fecha límite para presentar una apelación, aún puede solicitar una audiencia. Usted deberá proporcionar más información para que la Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearings, OAH) pueda decidir si existe un motivo suficiente para una apelación tardía. Si la OAH determina que tiene motivos suficientes para presentar una apelación tardía, se permitirá su solicitud de audiencia.

Los requisitos para las apelaciones para el Programa de Seguro de Desempleo y Permiso Pagado de Oregon pueden ser diferentes ya que son programas independientes con sus propias leyes.

Para obtener información adicional sobre las solicitudes de audiencia tardía y el requisito de motivo suficiente, consulte ORS 657B.340 y OAR 471-070-8025.

¿Qué necesita para presentar una apelación?

Necesitas una copia de la carta que puede apelarse. Esta incluirá una fecha límite de apelación ubicada cerca de la parte inferior del documento. Cualquier otra información que necesite incluir con su apelación se mencionará en la carta que recibió de Permiso Pagado de Oregon. Si usted está empleando un abogado para esta apelación, deberá proporcionarnos la información de contacto de su abogado.

Las decisiones administrativas de Permiso Pagado de Oregon enviadas por correo, incluyen instrucciones para presentar apelaciones a tiempo. Las decisiones se vuelven definitivas en 20 o en 60 días después de que las enviamos por correo. Si usted no presenta una apelación a tiempo, puede que ya no sea posible cambiar la decisión administrativa original.

Para solicitar una audiencia en nombre de un reclamante, usted debe ser un representante autorizado de ese reclamante. Puede ser un representante designado por el reclamante o un agente autorizado de una persona incapacitada o fallecida. Si no ha solicitado este estatus, debe hacerlo antes de completar este formulario. Utilice el Formulario de Representante Designado por el Reclamante o el Formulario de Agente Autorizado para un Reclamante Incapacitado o Fallecido, y solicite este estatus. Puede encontrar estos formularios en el sitio web de Permiso Pagado en permisopagado.oregon.gov.

Usted debe enviar este formulario junto con una copia de la decisión que está apelando. El procesamiento de su solicitud puede retrasarse si falta información o documentos.

Devuelva este formulario y la documentación necesaria a:

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

¿Necesita ayuda?

Esta información es vital. El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. OED proporciona ayuda gratuita para que usted pueda usar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y hablado, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, por favor llame al 833-854-0166 (llamada gratuita). Usuarios de TTY (Dispositivo de Telecomunicación para Sordos) pueden llamar al 711. También usted puede enviar un correo electrónico a access.paidleave@oregon.gov.

INFORMACIÓN DEL APELANTE

Es usted un:	☐ Reclamante (Complete la sección de información del reclamante)
	☐ Representante Autorizado (Complete la sección de información del reclamante y la información del representante autorizado)
	☐ Empleador (Complete la sección de información del empleador)

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Para ser completada por el reclamante; déjela en blanco si es empleador)

Nombre del reclamante:	Apellido del reclamante:
Número de Seguro Social (SSN): _____ o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): _____	
Dirección del reclamante:	
Número de teléfono del reclamante:	Correo electrónico del reclamante:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (Para ser completada por el reclamante o el representante autorizado – déjela en blanco si usted es un empleador)

Nombre del representante:	Apellido del representante:
Dirección del representante:	
Número de teléfono del representante:	Correo electrónico del representante:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Para ser completada por el empleador; déjela en blanco si es reclamante)

Nombre del empleador:	
Número de Identificación del Negocio (BIN):	
Número de Identificación de Empleo Federal (FEIN):	
Dirección del empleador:	
Número de teléfono del empleador:	Correo electrónico del empleador:
Nombre del representante del empleador, si corresponde:	

Nombre del cliente:	(SSN) o (ITIN) del cliente:
DECISIÓN QUE SE ESTÁ APENALDO	
Número de identificación de la carta:	Fecha de la carta:
Por favor, indique el motivo por el que usted está apelando esta decisión: 	
¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué idioma?:	
¿Requiere de alguna acomodación para su audiencia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué acomodación(es) se necesitan?:	
Nombre (en letra de imprenta):	
Firma:	Fecha: