

CÁC HƯỚNG DẪN

Xin vui lòng hoàn thành mẫu đơn này để yêu cầu một phiên điều trần về quyết định hành chính từ chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon.

Nếu quý vị muốn thay đổi một quyết định hành chính, quý vị phải nộp kháng cáo đúng thời hạn. Thời hạn nộp kháng cáo phụ thuộc vào loại quyết định hành chính.

Nếu thời hạn nộp kháng cáo đã qua, quý vị vẫn có thể yêu cầu một phiên điều trần. Quý vị sẽ cần cung cấp thêm thông tin để Văn Phòng Điều Trần Hành Chính (OAH) có thể quyết định liệu có *lý do chính đáng* cho việc nộp kháng cáo trễ hay không. Nếu OAH xác định rằng quý vị có lý do chính đáng khi nộp kháng cáo trễ, yêu cầu phiên điều trần của quý vị sẽ được chấp nhận.

Các yêu cầu về kháng cáo trong Chương trình Bảo Hiểm Thất Nghiệp và chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon có thể khác nhau vì đây là hai chương trình riêng biệt với các quy định pháp luật riêng.

Để biết thêm thông tin về các yêu cầu phiên điều trần nộp trễ và điều kiện lý do chính đáng, xin vui lòng tham khảo định luật số ORS 657B.340 và OAR 471-070-8025.

Quý vị cần những gì để nộp đơn kháng cáo?

Quý vị cần một bản sao của lá thư có thể được kháng cáo. Lá thư này sẽ có ngày đến hạn nộp kháng cáo nằm gần cuối văn bản. Bất kỳ thông tin nào khác quý vị cần đính kèm theo kháng cáo đều sẽ được liệt kê trong lá thư bạn nhận từ chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon. Nếu trong trường hợp quý vị sử dụng luật sư cho kháng cáo này, quý vị cần phải cung cấp thông tin liên hệ của luật sư.

Các quyết định hành chính được gửi qua thư từ chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon có kèm theo sự hướng dẫn về cách nộp kháng cáo đúng hạn. Nếu các quyết định đã trở thành lệnh quyết định cuối cùng ban hành từ Văn Phòng Điều Trần Hành Chính sau 20 ngày hoặc 60 ngày kể từ ngày chúng tôi gửi đi. Nếu quý vị không nộp kháng cáo đúng hạn, có thể quý vị sẽ không còn khả năng thay đổi quyết định hành chính ban đầu.

Để yêu cầu một phiên điều trần thay mặt cho một nguyên đơn (claimant), quý vị phải là người đại diện được ủy quyền cho người đó. Quý vị có thể là người đại diện được nguyên đơn yêu cầu chỉ định, hoặc là đại diện hợp pháp của một người mất năng lực hoặc đã qua đời. Nếu quý vị chưa ghi danh cho vấn đề này, quý vị phải thực hiện trước khi hoàn thành mẫu đơn này. Hãy sử dụng Biểu Mẫu Người Đại Diện Do Người Yêu Cầu Được Chỉ Định hoặc Mẫu Đại Diện Hợp Pháp Cho Người Mất Năng Lực Hoặc Đã Qua Đời để ghi danh. Quý vị có thể tìm các mẫu đơn này trên trang mạng của chương trình Nghỉ Phép Có Lương tại paidleave.oregon.gov.

Quý vị cần phải nộp đơn này kèm bản sao của quyết định mà quý vị đang kháng cáo. Việc thiếu giấy tờ hoặc thông tin có thể làm chậm trễ quá trình xử lý yêu cầu của quý vị.

Vui lòng nộp lại đơn này kèm các giấy tờ được yêu cầu đến:

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

Cần trợ giúp?

Thông tin này rất quan trọng. Sở Việc Làm Oregon (OED) là một cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng. OED cung cấp trợ giúp miễn phí để quý vị có thể sử dụng các dịch vụ của chúng tôi. Trong đó bao gồm thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu và ngôn ngữ nói, các tài liệu bằng văn bản với các ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, âm thanh và các định dạng khác. Để được trợ giúp, xin vui lòng gọi 833-854-0166 (số điện thoại miễn phí). Người khiếm thị dùng TTY xin gọi số 711. Quý vị cũng có thể gửi điện thư tới

access.paidleave@oregon.gov.



THÔNG TIN NGƯỜI KHÁNG CÁO

Quý vị là:	☐ Người kháng cáo (Xin vui lòng hoàn thành phần thông tin của người kháng cáo)
	☐ Người đại diện được ủy quyền (Xin vui lòng hoàn thành phần thông tin của người yêu cầu và thông tin người đại diện được ủy quyền)
	☐ Công ty-Doanh Nghiệp (Xin vui lòng hoàn thành phần thông tin của công ty-doanh nghiệp)

THÔNG TIN NGƯỜI KHÁNG CÁO (Dành cho người kháng cáo – Xin vui lòng bỏ qua phần này nếu quý vị là công ty-doanh nghiệp)

Tên người kháng cáo:	Họ người kháng cáo:
Số An sinh Xã hội (SSN) _____ hoặc Số Định Danh Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN): _____	
Địa chỉ của người kháng cáo:	
Số điện thoại của người kháng cáo:	Email của người kháng cáo:

THÔNG TIN NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN (Do người yêu cầu hoặc người đại diện được ủy quyền điền vào – để trống nếu quý vị là công ty-doanh nghiệp)

Tên người đại diện:	Họ người đại diện:
Địa chỉ của người đại diện:	
Số điện thoại của người đại diện:	Email của người đại diện:

THÔNG TIN VỀ CÔNG TY-DOANH NGHIỆP (Dành cho chủ lao động - vui lòng bỏ qua nếu quý vị là người kháng cáo)

Tên công ty-doanh nghiệp:
Số Nhận dạng Doanh nghiệp (BIN):
Số Nhận dạng Doanh Nghiệp Liên bang (FEIN):
Địa chỉ của công ty-doanh nghiệp:

Tên của người nộp đơn:	Số An sinh Xã hội (SSN) hoặc Mã số thuế cá nhân (ITIN) của người nộp đơn		
Số điện thoại của công ty-doanh nghiệp:	Email của công ty-doanh nghiệp:		
Tên của đại diện công ty-doanh nghiệp, nếu có:			
QUYẾT ĐỊNH ĐANG ĐƯỢC KHÁNG CÁO			
Mã thư:	Ngày ghi trên thư:		
Xin vui lòng nêu lý do quý vị muốn kháng cáo về quyết định này:			
Bạn có cần thông dịch viên không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, quý vị cần ngôn ngữ nào:			
Quý vị có cần yêu cầu trợ giúp đặc biệt cho phiên điều trần của quý vị không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, (những) trợ giúp đặc biệt nào quý vị cần:			
Tên (vui lòng viết bằng chữ in):			
Chữ ký:		Ngày:	