



申请召开失业保险救济金 之听证会

请填写此表,以申请就失业保险救济金之行政决定召开听证会。在上诉过程中,对于您想申请救济金的每一周,都请继续提交每周申请。若根据听证会决定,您可以获得之前被拒绝或取消资格那几周的欠付救济金,则您必须每周按时提交申请,以领取那几周的欠款。

请您务必在收到的行政决定中所示的上诉截止日期前申请召开听证会。若您在该截止日期后提出听证会申请,则您必须提交一份书面声明,说明延迟提出申请的原因。

上诉人: <input type="checkbox"/> 申请人 <input type="checkbox"/> 雇主	姓名:	电话号码:
申请人姓名: (名字)	(姓氏)	客户 ID/社会保险号后 4 位:
雇主(如适用):	企业名称:	

雇主代表之姓名(如已知):

此次上诉所针对的决定

电话号码:	日期:		
上诉所争议的问题: <input type="checkbox"/> 解雇 <input type="checkbox"/> 停职 <input type="checkbox"/> 登记就业 <input type="checkbox"/> 可工作时间	<input type="checkbox"/> 禁闭 <input type="checkbox"/> 辞职 <input type="checkbox"/> 工作能力 <input type="checkbox"/> 积极寻找工作 <input type="checkbox"/> 其他(请在下方详细说明)	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 请假 <input type="checkbox"/> 学校工资使用 <input type="checkbox"/> 拒绝岗位邀约 <input type="checkbox"/> 求职失败	<input type="checkbox"/> 学校出勤 <input type="checkbox"/> 劳动纠纷 <input type="checkbox"/> 工资发放 <input type="checkbox"/> 儿童护理

不同意该决定的原因:

您是否有自己的代表? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是,请填写代表姓名: (名字) (姓氏)
---------------------------------------------------------------------	-----------------------

您是否需要传译员帮助,以全程参与听证会? 是 否
若是,需要何种语言的传译员:

您是否需要任何其他特殊照顾,以全程参与听证会? 是 否
若是,需要哪些特殊照顾:

可将听证会安排在周一至周五上午 8:00 至下午 4:30 之间。在接下来的 90 天里,您是否有特定的日子或时间无法参加听证会? 是 否

若是,请说明具体的日期或时间:

请务必将本表格随同您提出上诉所针对的决定之副本一起提交:

联系方式: unemployment.oregon.gov/contact-us | 传真: (503)947-1335

邮寄地址: Oregon Employment Department • 875 Union St NE • Salem, OR 97301

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance is available to persons with limited English proficiency at no cost.

俄勒冈州就业部是提供平等机会的雇主/计划。本部可应要求向残障人士提供辅助性援助与服务。免费为英语语言能力有限的人士提供语言帮助。