



Solicitarea unei audiențe pentru prestații de ajutor de șomaj

Completați acest formular pentru a solicita o audiență referitoare la o decizie administrativă în legătură cu prestațiile de ajutor de șomaj. Pe parcursul procesului contestației, continuați să depuneți cereri săptămânale pentru fiecare săptămână în care doriți să solicitați prestații. Dacă în cadrul unei audiențe se ia o decizie care permite plata retroactivă pentru săptămânile trecute pentru care ajutorul a fost refuzat sau în care ați fost descalificat, pentru a primi plata pentru săptămânile respective trebuie ca cererile săptămânale să fi fost depuse la timp.

Trebuie să solicitați o audiență până la termenul limită de contestare care apare pe decizia dumneavoastră administrativă. Dacă solicitați o audiență la o dată ulterioară termenului limită, trebuie să includeți o declarație scrisă care să prezinte motivul pentru care ați formulat o solicitare întârziată.

Apelant: <input type="checkbox"/> Solicitant <input type="checkbox"/> Angajator	Nume:	Număr de telefon:
Numele solicitantului: (Prenume)	(Nume de familie)	ID solicitant / Ultimele 4 caractere din SSN:
Angajator (dacă este cazul):	Numele afacerii:	

Numele reprezentantului angajatorului, dacă vă este cunoscut:

Decizia(iile) contestată(e)

Numărul(erele):	Data(ele):		
Motivul(ele) contestației:	<input type="checkbox"/> Încarcerare	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Prezență la școală
<input type="checkbox"/> Concediere	<input type="checkbox"/> Demisie	<input type="checkbox"/> Concediu	<input type="checkbox"/> Conflict de muncă
<input type="checkbox"/> Suspendare	<input type="checkbox"/> Capacitate de muncă	<input type="checkbox"/> Utilizarea salariilor școlare	<input type="checkbox"/> Scutire de contribuții
<input type="checkbox"/> Înregistrare pentru muncă	<input type="checkbox"/> Căutare activă a unui loc de muncă	<input type="checkbox"/> Refuzul unui loc de muncă	<input type="checkbox"/> Neaplicarea pentru un loc de muncă
<input type="checkbox"/> Îngrijire copil	<input type="checkbox"/> Disponibilitate pentru muncă	<input type="checkbox"/> Altul (explicați mai jos)	

Care este motivul pentru care nu sunteți de acord cu decizia(ile):

Aveți un reprezentant? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Dacă da, numele: (Prenume) (Nume de familie)
---	--

Vă sunt necesare serviciile unui interpret pentru a putea participa la audiență în mod adecvat? Da Nu
Dacă da, ce limbă:

Vă este necesară orice fel de amenajare pentru a putea participa la audiență în mod adecvat? Da Nu
Dacă da, ce fel de amenajare(ări) vă sunt necesare:

Audiențele sunt programate de luni până vineri între ora 8:00 și 16:30. Există anumite zile sau intervale orare în următoarele 90 de zile în care nu sunteți disponibil pentru o audiență? Da Nu

Dacă da, vă rugăm să le specificați:

Trebuie să depuneți prezentul formular împreună cu o copie a deciziei pe care o contestați:

Formular contact: unemployment.oregon.gov/contact-us | **Fax:** (503)947-1335

Poștă: 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.

Departamentul pentru ocuparea forței de muncă din Oregon aplică o politică/un program de egalitate de șanse. La cerere, sprijinul și serviciile auxiliare pot fi puse la dispoziția persoanelor cu dizabilități. Persoanele cu o înțelegere limitată a limbii engleze pot beneficia gratuit de asistență lingvistică.