



Solicitud para una Audiencia de Beneficios de Desempleo

Complete este formulario para solicitar una audiencia para una decisión administrativa afectando beneficios de desempleo. Durante el proceso de apelación, continúe reclamando cada semana para la cual quiera pedir desempleo. Si la decisión de la audiencia permite pagos para las semanas previamente cubiertas por la negación o descalificación, usted debe haber reclamado a tiempo estas semanas para recibir pagos por ellas.

Debe solicitar una audiencia antes de la fecha límite de apelación que figura en su decisión administrativa. Si está solicitando una audiencia después de que haya pasado esa fecha, debe incluir una declaración por escrito sobre por qué está haciendo su solicitud tarde.

Apelante:	<input type="checkbox"/> Reclamante <input type="checkbox"/> Empleador	Nombre:		Teléfono:	
-----------	---	---------	--	-----------	--

Nombre del Reclamante:	(Nombre)	(Apellido)	Núm. de Identificación de Cliente/ Últimos 4 del NSS:
------------------------	----------	------------	--

Empleador (si aplica):	Nombre de la Empresa:
------------------------	-----------------------

Nombre del Representante de la Empresa, si se conoce:

Decisione(s) Siendo apelada(s)

Número(s):	Fecha(s):
------------	-----------

Asunto(s) a Apelar:	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Asistencia Escolar
<input type="checkbox"/> Despido	<input type="checkbox"/> Renuncia	<input type="checkbox"/> Permiso de Ausencia	<input type="checkbox"/> Disputa Laboral
<input type="checkbox"/> Suspensión	<input type="checkbox"/> Habilidad para trabajar	<input type="checkbox"/> Uso de Salarios Escolares	<input type="checkbox"/> Relevo de Cargos
<input type="checkbox"/> Registrarse para trabajo	<input type="checkbox"/> Activamente Buscando Trabajo	<input type="checkbox"/> Reusar Trabajo	<input type="checkbox"/> Cuidado Infantil
<input type="checkbox"/> Disponibilidad para trabajar	<input type="checkbox"/> Otro (explique abajo)	<input type="checkbox"/> Fallo en Solicitar Trabajo	

Razón por la cual no está de acuerdo con la (s) decisión(es)

¿Tiene usted un representante?	En caso afirmativo, Nombre:	(Nombre)	(Apellido)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

¿Necesita un intérprete para poder participar en la audiencia completamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en qué idioma?	

¿Necesita algún otro tipo de adaptación para participar en la audiencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué adaptación necesita?:	

Las audiencias son programadas de lunes a viernes de 8:00 AM a 4:30 PM. En los próximos 90 días, ¿hay días u horas específicas en las cuales no esté disponible para una audiencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor especifique los días u horas:	

Puede mandar el formulario por:

Correo electrónico: OED_UI_HEARINGSREQ@oregon.gov | **Fax:** (503)947-1335
Correo: 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.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de servicios o ayudas auxiliares, formatos alternos y asistencia de idiomas para personas con discapacidades o conocimiento limitado del inglés, a pedido y sin costo.