컬럼비아 특별 자치구
심리 행정 사무소
One Judiciary Square
441 4th Street, NW, Suite 450N
Washington, DC 20001-2714
전화: (202) 442-9094 • 팩스: (202) 442-4789
이메일: oah.filing@dc.gov

유급 가족휴가 담당실의 심리 요청의 건

항목 1 – 연락처 정보

이름(정자로 기입): _____ 변호사/대리인(있는 경우): _____

주소: _____ 주소: _____

_____ _____

전화: _____ 전화: _____

이메일: _____ 이메일: _____

항목 2 ___ – 유급 가족휴가 담당실 결정/심리 요청 사유

본인은 이의를 제기하며 다음 사본을 첨부합니다.

☐ **청구 심사관 결정서** 결정일: _____

☐ **재심 결정서(있는 경우)** 결정일: _____

참고: 이의 제기는 반드시 청구 결정 또는 재심 결정이 내려진 날로부터 육십(60) 일 이내에 심리 행정 사무소(OAH)에 신청해야 합니다.

이의를 제기하는 결정의 유형을 표시해 주십시오.

☐ **보편적 유급 가족휴가 프로그램에 따라** 청구인이 급여를 수급할 수 있는지 여부

☐ **보편적 유급 가족휴가 프로그램에 따라** 청구인에게 지급되는 주당 급여액

☐ **보편적 유급 가족휴가 급여 청구인에게** 지급이 시작되는 날짜

☐ **청구인이 보편적 유급 가족휴가 급여를 수급할 수 있는** 휴가 주수

☐ **보편적 유급 가족휴가 급여 청구에 대한** 잠정적 거부

결정에 동의하지 않는 이유에 대한 간략한 설명을 기재하십시오.

_____

_____

항목 3 – 언어 지원

통역이 필요하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

'예'인 경우, 언어를 명시하십시오. _____

항목 4 – 장애인 편의 제공

청각 장애인을 위한 적절한 편의 지원이 제공이 필요하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

'예'인 경우, 구체적으로 기재해 주십시오: _____

항목 5 – 청구인 서명

서명: _____날짜: _____