

哥伦比亚特区  
行政听证办公室  
One Judiciary Square  
441 4th Street, NW, Suite 450N  
Washington, DC 20001-2714  
电话:(202) 442-9094·传真:(202) 442-4789  
电子邮件:[oah.filing@dc.gov](mailto:oah.filing@dc.gov)

### 带薪家事假办公室案件听证会申请表

#### 第1部分 – 联系方式

姓名(请正楷书写): \_\_\_\_\_ 律师/代表(如有): \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_  
电话: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_  
电子邮件: \_\_\_\_\_ 电子邮件: \_\_\_\_\_

#### 第2部分 带薪家事假办公室裁决/听证会申请原因

我要申诉, 附件是:

- 申请审查员裁决 裁决日期: \_\_\_\_\_  
 复议裁决(如有) 裁决日期: \_\_\_\_\_

注意: 上诉必须在索赔决定或复议决定发出之日起六十(60)个日历日内向 OAH 提出。

请注明您上诉的决定类型。

- 根据全民带薪家事假计划, 申请人是否能享受福利  
 根据全民带薪家事假计划, 可支付给申请人的每周福利金额  
 申请人全民带薪家事假福利开始支付日期  
 申请人可以享受全民带薪家事假福利的周数  
 暂时拒绝全民带薪家事假福利申请

请简要说明您为什么不同意该决定:

#### 第3部分 – 语言服务

您是否需要语言翻译?

是  否

如果是, 请指定语言: \_\_\_\_\_

#### 第4部分 – 残障人士保障措施

您是否需要在听证会上提供残障人士保障措施?

是  否

如果是, 请具体说明: \_\_\_\_\_

#### 第5部分 – 申请人签名

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_