

DISTRICT OF COLUMBIA
Office of Administrative Hearings
One Judiciary Square
441 4th Street, NW, Suite 450N
Washington, DC 20001-2714 (États-Unis)
Tél. : (202) 442-9094 • Fax : (202) 442-4789

E-mail : oah.filing@dc.gov

CAS DE DEMANDE D'AUDIENCE AU BUREAU DES CONGÉS FAMILIAUX RÉMUNÉRÉS

SECTION 1 – COORDONNÉES

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____ Avocat/Représentant (le cas échéant) : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

E-mail : _____ E-mail : _____

SECTION 2 – Décision du Bureau des congés familiaux rémunérés/MOTIF DE LA DEMANDE D'AUDIENCE

Je fais appel et j'ai joint une copie de la :

décision de l'examineur des demandes Date de décision : _____

décision lors du ré-examen (le cas échéant) Date de la décision : _____

Remarque : Un appel doit être déposé auprès de l'OAH dans les soixante (60) jours civils suivant la date à laquelle est rendue la décision sur la demande ou la décision du ré-examen.

VEUILLEZ INDIQUER LE TYPE DE DÉCISION DONT VOUS FAITES APPEL.

Si le demandeur peut recevoir des prestations dans le cadre du programme de Congés familiaux rémunérés universels

Montant hebdomadaire des prestations payables au demandeur dans le cadre du programme de Congés familiaux rémunérés universels

Date à laquelle le paiement commencera à être versé au demandeur pour les prestations au titre des Congés familiaux rémunérés universels

Nombre de semaines pendant lesquelles le demandeur peut recevoir des prestations au titre des Congés familiaux rémunérés universels

Refus provisoire de demande pour les prestations au titre des Congés familiaux rémunérés universels

Veillez inclure une brève description des raisons pour lesquelles vous n'êtes pas d'accord avec la décision :

SECTION 3 – ACCÈS LINGUISTIQUE

SECTION 4 – AMÉNAGEMENTS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

Avez-vous besoin de services d'interprétation ? Avez-vous besoin d'un aménagement raisonnable pour un handicap lors de l'audience ?

OUI NON

OUI NON

Si OUI, veuillez indiquer la langue : _____ Si OUI, veuillez préciser : _____

SECTION 5 – SIGNATURE DU DEMANDEUR

Signature : _____ Date : _____