



Office of Administrative Hearings
 PO Box 14020, Salem OR 97309-4020
 (503) 947-1515 Toll Free 1-888-577-2422
 FAX (503) 947-1531 TDD/TTY 711

FOR DEPARTMENT USE ONLY		
Date _____	BYE _____	CESN ID _____
Documents Attached <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Faxed to FO _____	

Date to Hearings _____	CESN ID _____	
Documents Attached _____		

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA

Reclamante _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

Marque aquí si dio una dirección nueva Correo Electrónico _____

Representante del Reclamante _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Representante del Empleador _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Audiencia solicitada por: Reclamante Empleador

..... **La información en esta casilla debe ser completada por la parte que apela la decisión.**

¿Cuántas Decisiones Administrativas se están apelando? _____

Liste las fechas en que se enviaron las decisiones: _____

No estoy de acuerdo con la decisión porque: _____

Las audiencias se efectúan entre las 8:00 de la mañana y las 5:00 de la tarde, hora del Pacífico.

Yo **No** estoy disponible para una audiencia en el (los) siguiente (s) día (s) o fecha (s) _____
 y/u hora (s) _____

Entiendo que puedo hacerme representar en la audiencia por un abogado, u otra persona autorizada por mí, a quien yo pagaré si quiero tener representante. **ES MI RESPONSABILIDAD NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A LA SECCIÓN DE AUDIENCIAS POR ESCRITO DE QUE HE DECIDIDO SER REPRESENTADO (A).**

Si necesita un intérprete, por favor especifique el idioma:

Fecha de la Solicitud de Audiencia _____
 Firma del Solicitante _____

INFORMACIÓN ESPECIAL PARA EL RECLAMANTE

PARA PROTEGER SUS DERECHOS a los beneficios mientras está pendiente la audiencia, Ud. debe continuar haciendo sus reclamos semanales mientras está desempleado.

Si Ud. tiene una discapacidad y necesita condiciones especiales para poder presentar su caso, puede llamar a la Oficina de Audiencias Administrativas al número indicado arriba, entre las horas de 8:00 de la mañana y las 5:00 de la tarde para explicar sus necesidades especiales.

THIS SIDE FOR EMPLOYMENT DEPARTMENT USE ONLY

SUPPORTING DOCUMENTS CHECKLIST - REQUEST FOR HEARING & REFERRAL

Instructions: For each decision for which the appellant requests a hearing, obtain, photocopy and attach to this hearing request the following supporting documents. Following the list below, check off each document attached. Forward the hearing request and its supporting documents to the Hearing Officer Panel at the address listed on the front of this form.

Decision Type	Document	Copy attached?
Nonmonetary Decision Note: Do NOT attach/include a copy of the INFORMAL decision.	Administrative Decision appealed	
	Employer response (letter, completed form, fax) to Notice of Claim Filed (Form 220), if any. Include copy of envelope with legible postmark if received by mail.	
	Any statements, documents/documentation obtained from employer, claimant, other parties, e.g., Form 359C Separation Statement, copies of warnings, letters, etc. Include fact-finding statements taken by phone. Attach any material referenced in other documents. Include both sides of all two-sided documents.	
	Medical or other information that supports either side of the story	
	Printout of the week(s) at issue for nonseparation issues	
	Tax Section response to Form 1721, if appropriate, e.g., adjudicator requested Tax investigation of employer-employee relationship	
Overpayment Decision Note: If claimant requests a hearing on the administrative decision that created the overpayment, identify that underlying decision and include all documentation associated with it in addition to the overpayment decision.	Overpayment Decision issued by Overpayment Recovery Unit	
	Copies of all statements from the employer or claimant that may shed light upon the circumstances involved in the underlying administrative decision	
Misrepresentation (fraud)	Administrative Decision appealed	
	Copies of all statements and the documents from the employer, claimant or witnesses that may explain the circumstances surrounding the alleged misrepresentation	
	Copies of documents containing allegedly false statements made to the Department to obtain benefits	
Claim Determination (Monetary) Decisions	Form 323 (if available), if wages or wages and hours of work are missing	
	Administrative Decision appealed (usually in the form of a letter from the Benefit Section to the claimant)	
Other Decisions (TRA, DUA, etc.)	Administrative Decision appealed	
	Copies of signed statements by parties or witnesses about circumstances surrounding the administrative decision appealed	
	Other documents upon which the administrative decision was based	

I certify that I attached copies of all documents indicated above to this Request for Hearing & Referral.

CESN ID: _____ DATE: _____