

**콜로라도 주**

**행정 법원 사무국**

633 17<sup>th</sup> Street, Suite 1300, Denver, CO 80202 Fax: (303)866-5909  
 1259 Lake Plaza Drive, Suite 210, Colo. Springs, CO 80906 Fax: (719) 576-2978  
 222 S. 6<sup>th</sup> Street, Suite 414, Grand Jct., CO 81501 Fax: (970)248-7341

\_\_\_\_\_  
 청구인,

vs.

\_\_\_\_\_  
 고용인,

\_\_\_\_\_  
 피신청인

▲ **법원용으로만 사용** ▲

**WC 번호**

\_\_\_\_\_

**피해 일자:**

\_\_\_\_\_

**청문회(심리) 및 설정 통지(Notice to Set) 신청서**

**A. 청문회(심리) 신청서:** 신청인: \_\_\_\_\_ (당사자의 정자체 이름)

해당 사항에 대한 청문회(심리)를 다음 장소에서 신청합니다 (체크):  앨라모사  콜로라도 스프링스  
 그랜드 푸에블  
 덴버  두랑고  글렌우드(Glenwood Spgs)  정션(Grand Jct.)  그릴리  러브랜드  로

이곳에 체크하여 청문회(심리) 신청서에 나열된 모든 문제를 다른 당사자와 함께 해결하려고 시도했음을

증명하십시오(섹션 8-43-211(2)(e), C.R.S.)

배상 책임에 문제가 있거나, 최종 책임 인정에 대한 응답으로 이 청문회(심리)를 요청하거나, 부서가 후원하는

독립 건강 검진의 결론에 이의를 제기하는 경우 여기에 체크하십시오.

청문회(심리)에서 다음 문제를 해결하고자 합니다:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 보상                   | <input type="checkbox"/> 일시적 총 혜택 변경: _____ ~ _____  |
| <input type="checkbox"/> 의료 혜택                |  |
| <input type="checkbox"/> 공인 제공자               | <input type="checkbox"/> 일시적 일부 혜택 변경: _____ ~ _____ |
| <input type="checkbox"/> 합리적 필요               |  |
| <input type="checkbox"/> 평균 주당 임금             | <input type="checkbox"/> 영구적 부분 장애 급여                |
| <input type="checkbox"/> 재청구(Reopen claim) 청원 | <input type="checkbox"/> 영구적 총 장애 급여                 |
| <input type="checkbox"/> 미관 손상                | <input type="checkbox"/> 사망 보험금                      |

불이익: 위반된 것으로 알려진 법령의 순서, 규칙 또는 섹션, 위반을 주장하는 날짜 등 불이익이 주장되는 근거와 위반의 시작 및 종료된 날짜를 구체적으로 설명하십시오.



해당 청문회(심리)에서 다루고자 하는 또 다른 문제는 (최대 의료 개선, 혜택 종료 등) 다음과 같습니다:

청문회(심리) 또는 증언 녹취록으로 소환할 증인은 다음과 같습니다: 이름 및 주소 기재:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

(필요할 경우 페이지를 추가하십시오)

**B. 청문회(심리) 규칙 8(H)에 관한 문제를 해결하기 위한 OAC 요청 OACRP:**

변호사의 변호를 받지 않고, 행정 법원 사무국이 사건을 해결하기를 원한다면,  
다음을 체크하십시오:  섹션 C 는 기입하지 마십시오. 섹션 D 와 E 만 기입하십시오.

**C. 설정 통지(Notice to Set) 규칙 8(F) OACRP:**

설정일은 화요일, 수요일, 목요일이며 오전 8시부터 오후 12시, 오후 1시부터 오후 3시입니다. 본 청문회(심리) 및 설정 통지 신청서를 발송한 후 최소 10일 이내, 20일 이내 미만의 일자로 설정하십시오.

서명인은 이 청문회(심리) 문제의 설정을 위해 다음 방법을 이용하여 해당 일자에 행정 법원 사무국으로 연락해야

합니다. <http://www.colorado.gov/dpa/oac/WCSet.htm>, 또는 (303) 866-5881 \_\_\_\_\_ 일 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ .M. 다른 당사자도 일자를 확인하기 위해 서명하도록

소환됩니다. 설정을 확인하기 위해 인증받은 사람은 해당 역일 시간에 참석할 수 있어야 합니다.

**D. 서명:**

X

서명

주소

정자체 이름/이름 작성

도시, 주, Zip 코드

변호사 등록 번호

전화번호

팩스 번호 (선택)

**이메일 주소:** (잘못된 이메일 주소를 기입할 경우 최종 명령의 절차 수령이 지연될 수 있습니다)

일자

**E: 발송 인증**

본인은 청문회(심리) 및 설정 통지(Notice to Set) 신청서 원본을 발송 및 전달했음을 인증합니다.

행정 법원 사무국

행정 법원 사무국

행정 법원 사무국

633 17<sup>th</sup> Street, Suite 1300  
Denver, CO 80202

1259 Lake Plaza Dr., Suite 210  
Colorado Springs, CO 80906

222 South 6<sup>th</sup> Street, Suite  
414  
Grand Junction, CO 81501

또한 아래 주소로 모든 당사자에게 사본을 발송 및 전달했습니다: (청구인은 반드시 사본을 고용주 또는 보험회사, 혹은 변호사에게 전달해야 합니다.)

청구인/피신청인 및 대표인: \_\_\_\_\_

고용주 및 대표인: \_\_\_\_\_

기타: \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

발송 일자 \_\_\_\_\_

12/07 개정