

**科罗拉多州
行政法院办公室**

科罗拉多州丹佛市第 17 街 633 号 1300 室, 邮编 80202, 传真: (303)866-5909
 科罗拉多州科罗拉多斯普林斯莱克广场大道 1259 号 210 室, 邮编 80906, 传真: (719) 576-2978
 科罗拉多州大章克辛市南 6 街 222 号 414 室, 邮编 81501, 传真: (970)248-7341

原告, _____
诉

雇主, 和

被告, _____

▲ 仅供法院使用 ▲

WC 编号:

受伤日期:

听证申请及排期通知

A. 听证申请:

提交人或提交目
的

(当事人的打印姓名)

请求将此事项在以下地点安排听证会 (勾选一项):

阿拉莫萨

科罗拉多斯普林斯

格伦伍德斯普林

普韦布

丹佛

杜兰戈

斯

大章克辛

格里利

洛弗兰德

洛

- 请勾选此处, 以证明您已尝试与其他当事人解决听证申请 (C.R.S.第 8-43-211(2)(e)节) 中列出的所有问题
如果对可赔偿性有争议, 或如果本次听证会旨在对最终承认负有责任作出答复, 或旨在对司法部发起的独立体
检的结论提出异议, 请勾选此处。

听证会应审议下列事项:

可赔偿性

医疗福利

授权提供者

合理必要性

周平均工资

重新受理索赔的请愿书

毁容

暂时性总福利

_____ 至 _____

暂时性部分福利

_____ 至 _____

永久性部分伤残福利

永久性完全伤残福利

死亡福利

处罚: 具体描述提出处罚的理由, 包括据称违反的法令、规则或条款, 以及声称违法行为的开始和结束日期。

本次听证会将听取的其他问题包括 (如最大医疗改善、福利终止等):

在听证会上或通过作证传唤的证人：列出姓名和地址：

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

(必要时另附页)

B. 请求 OAC 根据 OACRP 规则第 8 (H) 条安排听证会：

如果您未聘请律师进行辩护，并且希望行政法院办公室为您立案，
请勾选此处： 请勿填写第 C 部分。填写第 D 和 E 部分。

C. 符合 OACRP 第 8 (F) 条规则的排期通知：

安排的日期应为周二、周三或周四上午 8:00 至中午 12:00 或下午 1:00-3:00，至少在本“听证申请及排期通知”寄出后 10 至 20 天内。

签字人将通过访问<http://www.colorado.gov/dpa/oac/WCSet.htm>，或致电

(303) 866-5881 联系行政法院办公室，

_____ 以便安排听证会。签字人将通知其他当事人，
_____ 以便确认日期。授权确认排期的人员届时应备有日历。

D. 签名：

X

_____ 签名

_____ 街道地址

_____ 打印或输入姓名

_____ 市、州、邮编

_____ 律师注册号

_____ 电话号码

_____ 传真号码 (可选)

电子邮箱地址： (如未提供电子邮箱地址，可能会导致延迟收到任何程序性或终审裁定)

_____ 日期

E: 邮寄证书

本人特此证明，本人已将“听证申请及排期通知”原件邮寄或交付至：



行政法院办公室
第 17 街 633 号 1300 室



行政法院办公室
莱克广场大道 1259 号 210 室
科罗拉多州科罗拉多斯普林斯，
邮编 80906



行政法院办公室
南 6 街 222 号 414 室
科罗拉多州大章克辛，邮编
81501

科罗拉多州丹佛，邮编 80202

并将副本邮寄或交付至以下当事人地址： (原告须向雇主和保险人或其律师提供一份副本。)

原告/被告或其代表： _____

雇主或其代表： _____

其他： _____

_____ 签名

_____ 邮寄日期

2007 年 12 月修订

