

콜로라도 주

행정 법원 사무국

- 633 17th Street, Suite 1300, Denver, CO 80202 Fax: (303) 866-5909
- 1259 Lake Plaza Drive, Suite 230, Colo. Springs, CO 80906 Fax: (719) 576-2978
- 222 S. 6th Street, Suite 414, Grand Jct., CO 81501 Fax: (970) 248-7341

청구인,

vs.

고용인,

피신청인

▲ 법원용으로만 사용 ▲

WC 번호

피해 일자:

청문회(심리) 신청서

응답

청문회(심리) 신청일자

A. 청문회(심리) 신청서 응답

신청인: _____

(당사자의 정자체 이름)

청문회(심리) 신청서에 표시된 문제 이외에도 다음 문제를 추가적으로 청문회(심리)에서 해결하고자 합니다.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 보상 | <input type="checkbox"/> 일시적 총 혜택 변경: _____ ~ _____ |
| <input type="checkbox"/> 의료 혜택 | <input type="checkbox"/> 일시적 일부 혜택 변경: _____ ~ _____ |
| <input type="checkbox"/> 공인 제공자 | <input type="checkbox"/> 영구적 부분 장애 급여 |
| <input type="checkbox"/> 합리적 필요 | <input type="checkbox"/> 영구적 총 장애 급여 |
| <input type="checkbox"/> 평균 주당 임금 | <input type="checkbox"/> 사망 보험금 |
| <input type="checkbox"/> 재청구(Reopen claim) 청원 | |
| <input type="checkbox"/> 미관 손상 | |
| <input type="checkbox"/> 불이익: 위반된 것으로 알려진 법령의 순서, 규칙 또는 섹션, 위반을 주장하는 날짜 등 불이익이 주장되는 근거와 위반의 시작 및 종료된 날짜를 구체적으로 설명하십시오. | |
| <input type="checkbox"/> 해당 청문회(심리)에서 다루고자 하는 또 다른 문제는 (최대 의료 개선, 혜택 종료 등): | |

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

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

(필요할 경우 페이지를 추가하십시오)

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 수행이 지연될 수 있습니다)

일자

E: 발송 인증

본인은 청문회(심리) 및 설정 통지 신청서 응답 원본을 발송 및 전달했음을 인증합니다.

행정 법원 사무국
633 17th Street, Suite 1300
Denver, CO 80202

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

행정 법원 사무국
222 South 6th 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

07/11 개정