

**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 230 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:

答复

听证申请

听证申请的日期

A. 听证申请答复书:

提交人或提交
目的

(当事人的打印姓名)

除“听证申请”中注明的事项外, 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

暂时性总福利

至 _____

暂时性部分福利

至 _____

- 重新受理索赔的请愿书
- 毁容

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)

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，本人已邮寄或交付听证申请答复书的原件：

行政法院办公室
第 17 街 633 号 1300 室
科罗拉多州丹佛，邮编 80202

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

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

2011 年 7 月修订

