

State of Hawaii DISASTER UNEMPLOYMENT ASSISTANCE Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act  <b>週間援助要請</b>	<b>FOR OFFICE USE</b> 事務局使用欄	Disaster No. FEMA	Local Office No.
	週の請求 請求開始日 _____ 請求終了日 _____ (日曜日) (土曜日)		
申請者の氏名 (姓、名、ミドル)		社会保障番号	
郵送先住所 (番地、通り、市町村名、州名、ジップコード+4 桁)		<input type="checkbox"/> 新住所の場合はチェック	
郵送先住所と異なる場合は、所在地住所			
電話番号 (自宅)		代替の番号 (携帯電話又はその他の番号) :	

**A. 請求者の要望**

上記の週について、以下の質問に答え、該当する場合は質問の右側の空欄に必要事項を入力してください。

1a. この1週間、他の人や会社のために何か仕事をしましたか、または自営業に従事しましたか。.....  はい  いいえ  
 「はい」の場合、以下の項目を記入し、裏面の7番に雇用主又は事業所名、就労開始日、常勤又は非常勤、現在も雇用されているかどうかを入力してください。

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
<b>就労時間</b>							

1b: 今週の収入はいくらですか。(他の人のために働いた場合は、支払いを受けたかどうかにかかわらず、総賃金額を報告してください。自営業の場合は、(該当する場合) その週に受け取った総収入を報告してください。 \$

1c: この週は自営業を営みましたか。.....  はい  いいえ  
 「はい」の場合、その週の活動内容を以下に詳しく説明してください。

2. あなたは以下に申請しましたか、又は受給を受けていますか。

	月額	対象期間 開始日	終了日
2a. 州法又は連邦法に基づく失業補償についてはどうですか。 「はい」の場合、それはどこですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2b: 病気や障害による賃金損失に対する補償についてはどうですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2c: 個人所得補償保険に加入していますか。 「はい」の場合、その名前を入力してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2d: 団体交渉協約に基づく失業給付補助はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2e: 災害による世帯主の死亡による労災補償はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2f: 公的又は私的な制度やシステムのもとで、退職金、恩給、年金から支払われる金額はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3. 上記の1週間、あなたは仕事ができ、就労が可能でしたか、	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「いいえ」の場合、裏面の7番で説明してください。	
4. 上記の1週間に提示された仕事をすべて引き受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「いいえ」の場合、裏面の7番で説明してください。	
5. 上記の1週間に、仕事を断ったり、仕事を紹介されたりしましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合、裏面の7番で説明してください。	
6. 上記の1週間に仕事があるかどうかを確認するために、最後の雇用主に連絡しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合、裏面の7番でその結果を説明してください。 「いいえ」の場合、裏面の7番で説明してください。	

7. 請求者のコメントと説明

**B. 申請者証明**

**証明：** 私は、災害失業支援の受給資格を決定するために使用される上記の情報が、私の知る限り正しいことを証明します。私は、資格のない扶助費を得るために虚偽の情報を隠したり提供したりした場合、行政処分や法的措置の対象となることを理解しています。

申請者の署名：	日付（月／日／年）：
---------	------------

**C. STATE AGENCY DETERMINATION** 州当局による決定

**OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE IN THIS SPACE** 事務局使用欄 – 本欄には書かないでください

Amount of DUA payment authorized for the week : .....\$ \_\_\_\_\_

DUA reduced or denied for the week claimed above.

DUA termination date : .....

REASON FOR DETERMINATION:

SIGNATURE OF STATE AGENCY REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_ DATE AUTHORIZED (Month / Day / Year) \_\_\_\_\_

**D. 不服申立ての権利**

この決定に同意できない場合は、再審査を求めるか、不服申立てを行うことができます。不服申立て又は再審査の要請は、担当課の書式又は書簡による書面とし、直接又は郵送で提出する必要があります。再審査を要請する場合は、本通知が配達又は郵送された日から 10 暦日以内に要請書を提出する必要があります。不服申立てを行う場合は、本通知が配達又は郵送された日から 60 暦日以内に提出されなければなりません。