

State of Hawaii DISASTER UNEMPLOYMENT ASSISTANCE Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act 周援助请求表	FOR OFFICE USE 办公室专用	Disaster No. FEMA -	Local Office No.
	福利申领周： 起 _____ 至 _____ (周日) (周六)		
申请人姓名 (姓氏, 名字, 中间名)		社会安全号	
邮寄地址 (门牌号, 街道, 城市, 州, 邮政编码+4 编码)		<input type="checkbox"/> 如果是新地址, 请勾选	
街道地址 (如果与邮寄地址不同)			
电话号码 (家庭):		备用号码 (手机号码或其他号码):	

A. 申请人请求

针对上述福利申领周, 回答以下问题并在右侧空白处填写所需信息 (如适用)。

1a. 您在本周内是否为他人或公司工作, 或者从事任何自雇职业? 是 否
 如果“是”, 请填写以下信息, 并在背面#7 栏中填写雇主或公司名称、开始工作时间、兼职还是全职, 以及是否仍在工作。

	周日	周一	周二	周三	周四	周五	周六
时数 有工作							

1b. 您本周的工资是多少? (如果您为其他人工作, 请报告您的总薪资 (无论是否领取工资)。如果是自雇职业, 则报告您本周获得的总收入 (如适用)). \$ _____

1c. 本周工作是否为自雇职业? 是 否
 如果“是”, 请在下方详述本周活动:

2. 是否已申请或者正在领取福利:

	每月金额	涵盖周期 自 _____ 至 _____
2a. 是否领取任何州或联邦法律规定的失业补偿金? 如果“是”, 从何处领取?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2b. 是否因疾病或残疾状态而获得任何工资损失补偿?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2c. 是否拥有任何类型的私营收入保障保险? 如果“是”, 请填写名称:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2d. 是否拥有根据集体谈判协议获得的任何补充性失业福利金?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2e. 是否因为灾难所致户主死亡而获得工人补偿金?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2f. 根据公共或私人计划或系统规定, 您是否获得任何退休金、养老金或年金?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 您在本周是否能够并有时间工作?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“否”, 请在问题#7 中进行说明。
4. 您在上述福利申领周是否接受了所有工作意向?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“否”, 请在问题#7 中进行说明。
5. 您在上述福利申领周是否拒绝过任何工作机会或工作推荐?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“否”, 请在背面问题#7 中进行说明。
6. 您在上述福利申领周是否联系过上一位雇主, 以查看其能否提供工作?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“是”, 请在背面问题#7 中对结果进行说明。 如果“否”, 请在背面问题#7 中说明原因。

7. 福利申领人备注和说明:

B. 申请人证明

证明: 我保证, 以上提供的用于确定本人“灾难失业援助”福利资格的信息据本人所知真实无误。我知道, 如果我以获取本人无权领取的援助付款为目的隐瞒信息或提供虚假信息, 我将受到行政处罚或法律诉讼。

申请人签名:	日期 (年/月/日):
--------	-------------

C. STATE AGENCY DETERMINATION (州机构裁定结果)

FOR OFFICE USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS SPACE (办公室专用 - 请勿在此处填写任何内容)

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. 上诉权利

如果对本次裁定存在异议, 您可以请求“重新审议”或者提出“上诉”。您必须以书面部门表格或信函形式亲自递交或邮寄提交上诉或重新审议请求。如果请求重新审议, 您必须在该裁定通知送达或邮寄之日起十(10)个日历日内提交申请。如果提出上诉, 则必须在该裁定通知送达或邮寄之日起六十(60)个日历日内提交上诉。