

STATE OF HAWAII 재난 실업 지원 Robert T. Stafford Disaster Relief And Emergency Assistance Act <b>주간 지원 요청</b>	<b>FOR OFFICE USE</b> 사무용	Disaster No. FEMA	Local Office No.
	주간 청구: _____ 부터 _____ 까지 (일요일) (토요일)		
청구인의 이름(성, 이름, 가운데 이름)		사회 보장 번호	
우편 주소(번호, 거리, 시, 주, 우편번호 +4 자리 코드)		<input type="checkbox"/> 신규 주소 확인	
우편 주소와 다른 경우 도로 주소			
전화 번호(집):		대체 번호(휴대전화 혹은 기타):	

### A. 청구인 요청

위에서 설명한 주에 대하여, 다음 질문에 대답하고 해당하는 경우 질문 오른쪽 공간에 필요한 정보를 작성합니다.

1a. 이번 주 다른 사람이나 회사를 위해 일을 했거나 자영업을 했습니까? .....  예  아니오  
그렇다면, 다음을 작성하고 뒷면의 #7 에서 고용주, 일하기 시작한 날짜, 파트타임 혹은 풀타임 여부, 현재 일하고 있는지 입력 하세요.

	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
<b>시간 일함</b>							

1b. 이번 주 소득이 얼마나 되십니까? (다른 사람을 위해 일했다면 지급 받았든 받지 않았든 총 임금을 알려 주 십시오. 자영업자라면, 해당 주의 총 소득을 알려 주십시오.) \$

1c. 이번 주에 자영업을 하셨습니까?.....  예  아니오  
그렇다면, 해당 주에 속하는 활동을 자세히 설명하십시오.

2. 다음을 신청하셨거나 받으셨습니까?	월간 금액	해당 기간 부터 까지
2a. 주법이나 연방법 하에서 실업 보상을 받으십니까? 그렇다면, 어디입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2b. 질병이나 장애로 인한 임금 손실에 대해 보상을 받으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2c. 어떤 유형이든 개인 소득 보호 보험이 있습니까? 그렇다면, 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2d. 단체 교섭 협약에 따라 추가 실업 수당을 받으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2e. 재난으로 인한 세대주의 사망으로 산재 보상을 받으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2f. 공공, 민간 계획, 제도에 따라 퇴직금이나 연금으로 지급되는 금액이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
3. 위에서 청구한 주에 일을 할 수 있는 상태였습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	아니라면, #7 에서 설명하세요.
4. 위에서 청구한 주에 제안된 모든 일을 수락했습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	아니라면, #7 에서 설명하세요.
5. 위에서 청구한 주에 일이나 업무 소개를 거절했습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	그렇다면, #7 에서 설명하세요.

6. 위에서 청구한 주에 지난 고용주와 연락하여 일을 할 수 있는지 확인했습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	그렇다면, #7 에서 결과를 설명하세요. 아니라면, #7 에서 왜 하지 않았는지 설명하세요.
---	----------------------------	------------------------------	---

7. 청구인의 의견 및 설명:

**B. 신청자 확인서**

**확인서:** 재난 실업 지원에 대한 자격 여부를 결정하는 데 사용될, 위에서 제공한 정보가 본인이 아는 한에서 가장 정확한 정보임을 확인합니다. 자격이 없는 지원금을 받기 위해 거짓 정보를 제공하거나 밝히지 않았을 경우, 행정적 처벌 혹은 법적 조치를 받을 수 있음을 이해합니다.

신청자 서명:	날짜(월/일/년):
---------	------------

**C. 주 기관 결정사항**

**FOR OFFICE USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS SPACE    사무 전용 - 작성하지 마세요**

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 (Month/Day/Year):
---	------------------------

**D. 이의 제기 권한**

결정에 동의하지 않을 경우 재검토를 요청하거나 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 제기 또는 재검토 요청은 부서 양식 혹은 서신에서 면으로 작성하여 직접 또는 우편으로 접수해야 합니다. 재검토를 요청할 경우, 통지가 전달 또는 발송된 날로부터 10 역일 이내 요청서를 제출해야 합니다. 이의를 제기하는 경우, 통지가 전달 혹은 발송된 날로부터 60 역일 이내 이의 서류를 제출해야 합니다.