

State of Hawaii TRỢ CẤP THẤT NGHIỆP DO THẢM HỌA Robert T. Stafford Disaster Relief And Emergency Assistance Act  <b>YÊU CẦU TRỢ CẤP HÀNG TUẦN</b>	<b>FOR OFFICE USE</b> PHẦN DÀNH CHO VĂN PHÒNG	Disaster No. FEMA	Local Office No.
	Yêu Cầu Trợ Cấp cho Tuần: Từ _____ đến _____ (Chủ Nhật) (Thứ Bảy)		
TÊN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN (Họ, Tên, Tên Đệm)		SỐ AN SINH XÃ HỘI	
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (Số Nhà, Đường, Thành Phố, Tiểu Bang, mã ZIP +4) <input type="checkbox"/> Đánh dấu nếu ĐỊA CHỈ MỚI			
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ GỬI THƯ			
SỐ ĐIỆN THOẠI (Nhà):		Số Khác (Số di động hoặc số khác):	

### A. YÊU CẦU CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

Đối với tuần đã yêu cầu trợ cấp ở trên, hãy trả lời các câu hỏi sau và hoàn thành thông tin bắt buộc trong khoảng trống ở bên phải của câu hỏi nếu áp dụng.

1a. Bạn có làm bất kỳ công việc nào cho người khác hoặc công ty khác, hoặc tham gia vào bất kỳ hoạt động tự kinh doanh nào trong tuần này không? .....  CÓ  KHÔNG  
 Nếu CÓ, hãy hoàn thành thông tin sau và cung cấp tên của chủ sử dụng lao động hoặc doanh nghiệp, ngày bắt đầu làm việc, tình trạng làm việc bán thời gian hay toàn thời gian nếu bạn vẫn đang làm việc vào mục #7 ở mặt sau.

	CHỦ NHẬT	THỨ HAI	THỨ BA	THỨ TƯ	THỨ NĂM	THỨ SÁU	THỨ BẢY
<b>SỐ GIỜ ĐÃ LÀM VIỆC</b>							

1b. Bạn đã kiếm được bao nhiêu tiền trong tuần này? (Nếu bạn đã làm việc cho người khác, hãy khai tổng tiền lương bạn kiếm được, dù bạn đã được trả hay chưa. Nếu bạn tự kinh doanh, hãy khai tổng thu nhập nhận được trong tuần, nếu có.) \$

1c. Bạn có tự kinh doanh trong tuần này không? .....  CÓ  KHÔNG  
 Nếu CÓ, hãy mô tả chi tiết hoạt động của bạn trong tuần vào bên dưới:

2. Bạn có nộp đơn hoặc đang nhận:		SỐ TIỀN HÀNG THÁNG	GIAI ĐOẠN CHI TRẢ Từ Đến
2a. Khoản bồi thường thất nghiệp theo luật của tiểu bang hoặc liên bang không? Nếu Có, thì ở đâu?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2b. Bất kỳ khoản bồi thường nào cho tình trạng mất tiền lương do bệnh tật hoặc khuyết tật không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2c. Bất kỳ loại bảo hiểm bảo vệ thu nhập cá nhân nào không? Nếu Có, hãy cho biết tên:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2d. Bất kỳ khoản trợ cấp thất nghiệp bổ sung nào theo thỏa ước thương lượng tập thể không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2e. Khoản bồi thường cho người lao động do trường hợp chủ hộ tử vong vì thảm họa không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2f. Bất kỳ khoản tiền nào phải trả cho bạn từ bất kỳ quỹ hưu trí, lương hưu hoặc niên kim nào theo chương trình hoặc hệ thống công hay tư nào không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
3. Bạn có khả năng và sẵn sàng làm việc trong tuần đã yêu cầu trợ cấp trên đây không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Không, hãy giải thích trong mục #7 ở mặt sau.	
4. Bạn có chấp nhận mọi công việc được đề nghị trong tuần đã yêu cầu trợ cấp trên đây không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Không, hãy giải thích trong mục #7 ở mặt sau.	
5. Bạn có từ chối bất kỳ công việc hoặc lời giới thiệu việc làm nào trong tuần đã yêu cầu trợ cấp trên đây không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, hãy giải thích trong mục #7 ở mặt sau.	
6. Bạn có liên hệ với chủ sử dụng lao động gần nhất xem có sẵn công việc trong tuần đã yêu cầu trợ cấp trên đây không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, hãy giải thích kết quả trong mục #7 ở mặt sau. Nếu Không, hãy giải thích lý do tại sao không trong mục #7 ở mặt sau.	

7. Nhận xét và giải thích của người yêu cầu trợ cấp:

### B. CHỨNG NHẬN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

**CHỨNG NHẬN:** Tôi chứng nhận rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trên đây, được sử dụng để xác định tình trạng đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Thất Nghiệp Do Thảm Họa của tôi, là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi phải chịu hình phạt hành chính hoặc kiện tụng nếu tôi che giấu hoặc cung cấp thông tin sai vì mục đích nhận được khoản trợ cấp mà tôi không được hưởng.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN:

NGÀY (Tháng/Ngày/Năm):

### C. QUYẾT ĐỊNH CỦA CƠ QUAN TIỂU BANG

**FOR OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE IN THIS SPACE**      **PHẦN CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG - KHÔNG VIẾT VÀO ĐÂY**

- 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. QUYỀN KHIẾU NẠI

Nếu bạn không đồng ý với quyết định này, bạn có thể yêu cầu Tái Xét hoặc nộp Đơn Khiếu Nại. Đơn khiếu nại hoặc yêu cầu tái xét của bạn phải ở dạng văn bản theo biểu mẫu của cơ quan hoặc dạng thư và nộp trực tiếp hoặc qua đường bưu điện. Nếu bạn yêu cầu Tái Xét, bạn phải gửi yêu cầu trong vòng mười (10) ngày theo lịch sau ngày thông báo này được gửi trực tiếp hoặc qua đường bưu điện. Nếu bạn gửi khiếu nại, thì phải gửi trong vòng sáu mươi (60) ngày theo lịch kể từ ngày thông báo này được gửi trực tiếp hoặc qua đường bưu điện.