



캘리포니아 주

산업관계부(Department of Industrial Relations)

산업안전보건항소위원회(Occupational Safety and Health Appeals Board)

모든 서신을 다음 주소로 부쳐 주십시오:

2520 Venture Oaks Way, Suite 300

Sacramento, CA 95833

OSHAB 항소 양식

참고: 항소를 제기하려면 처분을 받은 날로부터 **영업일 15 일 이내**에 제출해야 합니다. 완성된 양식을 제출하지 않으면 항소가 기각될 수 있습니다. 정당한 사유가 제시되지 않는 한 늦은 항소는 받아들여지지 않습니다.

모든 정보를 알아보기 쉽게 정자체로 작성하거나 타이핑하십시오.

A. 항소서 정보		
항소서에 표시된대로 다음 정보를 입력하십시오.		
1. 사건 (조사) #:	발생일: / /	보고 ID#:
2. 고용주:	항소장 수취일: /	
3. 고용주 법적 이름 또는 DBA (선택사항):		
4. 고용주 연락처:		
5. 주소:		
시:	주:	우편번호:
6. 대표전화: ()	추가 연락처: ()	
7. 전자우편 주소:		
8. 서비스 선호 방식: ☐ 미우정국 우편 서비스 또는 ☐ 전자우편 (오직 1 개만 선택)		
B. 대변인 정보 (있는 경우)		
1. 회사 이름:		
2. 대표 이름:		
3. 주소:		
시:	주:	우편번호:
4. 대표전화: ()	추가 연락처: ()	
5. 전자우편 주소:		
6. 서비스 선호 방식: ☐ 미우정국 우편 서비스 또는 ☐ 전자우편 (오직 1 개만 선택)		
C. 연락처 정보 및 서명		
나는: 대표__ 고용주__ 기타__ 입니다		

나는 고용주 또는 대리인 주소, 전화 번호 및/또는 이메일 주소가 변경될 경우 항소위원회에 서면으로 통지하는 것이 항소위원회 규정에 따른 내 책임임을 이해합니다.

제출시 서명

고용주 또는 고용주 대리인의 서명

날짜

이름 및 직책 정자체

전화번호.

OSHAB 항소 양식 100 (수정판. 10/20)

고용주:

사건 (조사) #:

각 항소서/항목에 대해 이 OSHAB 항소 양식의 2 페이지를 작성해야 합니다. 항소인은 항소에 사용되는 각 항소문/항목에 대해 별도의 페이지 2 쪽을 작성해야 합니다.

D. 항소 정보

1. 이 항소문의 목적은 다음과 같습니다:

☐ 벌칙 처분 및 통지

처분 No.: _____ 항목 No.: _____

☐ 위반 혐의 완화에 대한 실패 통지

☐ 특별 주문/특수 조치를 취하기 위한 주문

2. 이 항소의 구체적인 근거는 다음과 같습니다: (해당되는 모든 사항 확인)

☐ 안전 명령을 위반하지 않았습니다.

☐ 분류(예: 심각성, 고의성, 반복성)가 잘못되었습니다.

☐ 다음 완화 요구는 불합리합니다:

☐ 변경 요구사항

☐ 변경 완료에 허용된 시간

☐ 부과된 벌칙이 불합리합니다.

3. 긍정 변론은 항소인에 의해 증명될 경우 항소 대상인 고용주의 위반 혐의에 대한 책임의 전부 또는 일부를 경감하는 정당한 이유 또는 사유입니다. 항소인은 적시에 긍정 변론을 제기해야 합니다. 이 항소에 대한 긍정 변론은 다음과 같습니다: (해당되는 모든 사항 확인)

☐ 직원의 독단적인 행동으로 일어난 위반입니다. ☐ 처분 대상이 되는 업무 활동에는 다른 안전 지시가 적용되며, 항소인은 다른 안전지서를 준수했습니다. (다른 안전 지시를 증명해야 합니다.) _____

☐ 캘리포니아 규정집 제 8 조에는 이 처분 대상이 되는 행위에 대하여 예외 사항이 존재합니다. (예외에 해당되는 특별 안전 지시를 증명해야 합니다.) _____

☐ 항소인의 작업현장을 점검한 부서 직원이 행정수색을 관할하는 법률을 준수하지 않고 처분 처리를 한 검사이기에 무효입니다.

☐ 기타 긍정 변론: 고용주가 주장할 수 있는 또 다른 긍정 변론이 존재합니다. 항소인이 하나 이상의 긍정 변론이 존재한다고 주장하는 경우, 항소인은 긍정 변론을 입증할 수 있는 짧고 명확한 진술을 사실이나 상황을 서면으로 작성하여 제공할 수 있습니다.



OSHAB 항소 양식 안내 및 정보

항소 제출 방법은 무엇인가요?

본 양식을 사용하여 처분 및 항목, 위반 혐의 완화에 대한 실패 통지 또는 특별 주문/특수 조치에 항소합니다. 가능한 한 이 양식을 완전히 작성하여 요청받은 정보를 모두 제공하십시오. *항소하려는 각 처분 및 항목 또는 통지에 대해 이 양식의 2 번째 페이지를 별도로 작성해야 합니다.* 요청받은 정보를 제공하지 않으면 항소가 기각될 수 있습니다.

언제까지 이 양식을 작성하여 제출해야 하나요?

고용주는 앞서 언급된 문서 중 하나를 받은 후 15 영업일 안에 항소서를 제출해야 합니다. *귀하에게 발급된 처벌에 대하여 산업안전보건부와 의 비공식 회의는 귀하의 항소 제출일을 영업일 기준 15 일 이상으로 연장하지 않습니다.* 고용주의 처벌 안내장 수취 후 영업일 기준 15 일이 지나서 제출된 항소는 항소 제출 지각에 대한 타당한 이유없이 승인되지 않습니다. 항소위원회만이 늦은 항소를 허용할 수 있습니다.

어디로 항소장을 보내야 하나요?

위에서 확인할 수 있는대로 완성한 항소 양식을 우편으로 다음 주소로 보내십시오: 산업안전보건항소위원회(Occupational Safety and Health Appeals Board), 2520 Venture Oaks Way, Suite 300, Sacramento, CA 95833. 또한 이제 www.dir.ca.gov/OSHAB 으로 이동하여 제공된 지침에 따라 OASIS 시스템을 통해 온라인으로 항소를 제기할 수 있습니다.

그 다음 진행은 어떻게 되나요?

항소위원회가 서명되고 완성된 항소 양식을 수령하면 양식을 적시에 검토하며, 양식이 검사 번호에 해당하는 사건 번호로 제출됩니다. 항소위원회의 모든 서신은 항소 양식에 나와 있는 고용주와 고용주의 대리인으로 지정된 사람에게 발송됩니다. 서신은 항소 양식에서 어떤 선택을 하느냐에 따라 우편이나 이메일로 발송되며, 둘 다 발송되지는 않습니다. 지명된 대리인에게 변경 사항이 있거나, 항소 신청 후 대리인이 연락처 정보(예: 주소, 전화번호, 이메일 주소 등)를 변경한 경우, 항소위원회에 그러한 내용의 서면 통지를 발송해야 합니다. 그러한 변경사항이 있다면 온라인 홈페이지 www.dir.ca.gov/OSHAB 에서 변경할 수 있습니다.

양식 완성 방법에 대한 질문이나 걱정 사항이 있다면, 더 자세한 안내 사항을 온라인 홈페이지 www.dir.ca.gov/OSHAB 에서 확인하시거나 항소위원회로 916-274-5751 또는 무료 전화 1-877-252-1987 로 전화하여 도움을 요청하십시오.