

Puede solicitar los beneficios de Permiso Pagado de Oregon completando esta solicitud e incluir la documentación adecuada para su tipo de permiso. Le recomendamos que conozca todos los requisitos de elegibilidad para los beneficios antes de completar su solicitud. Puede encontrar esta información en [permisopagado.oregon.gov](http://permisopagado.oregon.gov) o llámanos al 833-854-0166.

Puede enviar su solicitud 30 días antes de la fecha de inicio de su permiso, o hasta 30 días después de esta fecha. Si circunstancias fuera de su control le impiden enviar su solicitud durante este período de 60 días, Permiso Pagado de Oregon puede aceptar su solicitud hasta un año después del inicio de su permiso. Si experimenta circunstancias fuera de su control, debe enviar la documentación a Permiso Pagado de Oregon explicando la causa del retraso. Permiso Pagado de Oregon revisará su documentación y tomará una decisión.

La manera más rápida y fácil de solicitar beneficios, ver el estado de su reclamo y ver sus pagos de beneficios es crear una cuenta de Permiso Pagado de Oregon de Oregon en [frances.oregon.gov](http://frances.oregon.gov).

### VERIFICACIÓN DEL PERMISO

Debe mostrar la verificación de su evento de vida específico e incluir el documento de verificación adecuado. Permiso Pagado de Oregon utiliza esta documentación para decidir si califica para los beneficios, cumple con la definición del tipo de permiso que solicita y calcula la cantidad del tiempo del permiso, así como el período de tiempo en el que puede reclamar los beneficios. Visite nuestra Guía del empleado en <https://paidleave.oregon.gov/sp/resources/resources.html> para obtener una lista de documentos de verificación aceptables. Asegúrese de incluir una copia legible de un documento de verificación aceptado con esta solicitud.

### IDENTIFICACIÓN

Número de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ 0

Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): \_\_\_\_\_

Nombre legal: \_\_\_\_\_

Segundo nombre legal (*si lo hubiera*): \_\_\_\_\_

Apellido(s) legal(es): \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Nombre a su(s) empleador(es) actual o anterior(es) que lo conocen por: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de licencia de conducir o de identificación estatal (*si tiene uno*): \_\_\_\_\_

Estado emisor: \_\_\_\_\_

Nombre: _____	SSN/ITIN: _____
---------------	-----------------

## IDENTIFICACIÓN

¿Cuáles son sus pronombres?  Él  Ella/ella  
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

Ellos  Prefiero no decirlo  Sin preferencia

No aparece en la lista: \_\_\_\_\_  No estoy seguro (para el representante designado del reclamante)

¿En qué idioma desea obtener nuestros servicios?  Inglés  Español

Proporcionamos ayuda gratuita para que pueda usar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y habla, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos.

¿Necesita ayuda para utilizar nuestros servicios?  Sí  No

Quando solicita los beneficios de Permiso Pagado de Oregon, el Código de Impuestos Internos y las Reglas Administrativas de Oregon requieren que proporcione su Número de Identificación del Contribuyente (Taxpayer Identification Number, TIN). Su TIN es su Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) asignado o su ITIN. El Departamento de Empleo de Oregon (Oregon Employment Department, OED) lo utiliza para confirmar su identidad e informar sus pagos de beneficios al Servicio de Impuestos Internos y al Departamento de Ingresos de Oregon. Si su TIN es un SSN, OED lo confirmará con la Administración del Seguro Social. Si su TIN es un ITIN, OED puede confirmarlo con el Servicio de Impuestos Internos. OED utiliza su TIN como registro para procesar su reclamo y con fines estadísticos relacionados con Permiso Pagado de Oregon. Estas estadísticas no incluirán información de identificación personal. OED puede usar su TIN para cobrar una deuda.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nota:** Si desea recibir información de nosotros en forma electrónica, cree una cuenta de Frances Online en [frances.oregon.gov](http://frances.oregon.gov).

### Número de teléfono # 1

Teléfono móvil  Teléfono de casa  Teléfono de negocio Número de teléfono: ( \_\_ ) \_\_ - \_\_\_\_

### Número de teléfono # 2 (opcional)

Teléfono móvil  Teléfono de casa  Teléfono de negocio Número de teléfono: ( \_\_ ) \_\_ - \_\_\_\_

## DIRECCIÓN FÍSICA

Calle línea 1: \_\_\_\_\_

Calle línea 2: \_\_\_\_\_

Tipo de unidad: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre: _____	SSN/ITIN: _____
---------------	-----------------

**DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL** *(si es diferente de la dirección física)*

Calle línea 1: \_\_\_\_\_

Calle línea 2: \_\_\_\_\_

Tipo de unidad: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**TIPO DE PERMISO Y FECHAS**

¿Qué tipo de permiso solicita? *(Seleccione Sí para solo uno)*

**Permiso para vínculos familiares.** ¿Se toma un permiso familiar por motivos familiares para cuidar y establecer un vínculo con un niño durante el primer año después del nacimiento del niño o durante el primer año después de la colocación del niño a través del cuidado de acogida o adopción?

Sí  No

**Permiso por cuidado familiar.** ¿Se toma un permiso familiar para cuidar a un familiar con una afección médica grave?  Sí  No

**Permiso médico.** ¿Está tomando un permiso médico por su propia afección médica grave?

Sí  No

**Permiso de seguridad.** ¿Se toma un permiso de seguridad relacionado con violencia doméstica, acoso, agresión sexual o acecho que usted o su hijo(a) menor experimentan?  Sí  No

¿En qué fecha planifica comenzar su permiso? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

¿Cuál es la fecha de finalización de su permiso solicitado? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Nombre:

SSN/ITIN:

### PREGUNTAS ADICIONALES DE TIPO DE PERMISO

Responda a las preguntas relacionadas con el tipo de permiso que seleccionó en la sección anterior. No todos los tipos de permiso tienen preguntas adicionales.

#### Permiso por cuidado familiar

¿A qué miembro de su familia va a cuidar durante el permiso solicitado?  Niño(a)  Nieto(a)  
 Abuelo(a)  Padre/madre  Hermano(a)  Esposo(a) o compañero(a)  Otro(a)

Si la respuesta es "Otro(a)": Por favor, especifique la relación equivalente a la de un familiar.

#### Información de contacto de la persona a la que cuida:

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### Dirección de la persona a la que cuida:

Calle línea 1: \_\_\_\_\_

Calle línea 2: \_\_\_\_\_

Tipo de unidad: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tipo de atención o apoyo que proporcionará a su familiar? Seleccione la opción que mejor corresponda a su situación.

- Apoyo emocional o consuelo
- Hacer arreglos para la atención médica o completar otras tareas administrativas de apoyo
- Asistencia médica o física
- Transporte hacia la atención médica
- Otro

Si la respuesta es "Otro" – Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

Nombre:

SSN/ITIN:

### Permiso de seguridad

¿Para quién necesita tomar un permiso de seguridad?  Usted mismo(a)  Su hijo(a)

**Nota:** El niño debe ser menor de 18 años y, si es mayor de 18 años, debe ser un adulto dependiente con una discapacidad física o mental que limite su capacidad para vivir de manera independiente.

Por favor, seleccione el (los) propósito(s) de su permiso de seguridad. (*Seleccione la opción que mejor corresponda a su situación*).

- Obtener asesoramiento de un profesional de salud mental autorizado en relación con violencia doméstica, acoso, agresión sexual o acoso
- Obtener servicios de un proveedor de servicios para víctimas relacionados con violencia doméstica, acoso, agresión sexual o acoso
- Reubicar o tomar medidas para proteger una casa existente que garantice la salud y seguridad del empleado elegible o del hijo(a) menor o dependiente del empleado
- Buscar ayuda legal o de aplicación de la ley para su salud y seguridad o la de su hijo(a) (*esto puede incluir prepararse o participar en audiencias judiciales relacionadas con violencia doméstica, acoso, agresión sexual o acoso*).
- Buscar tratamiento médico o recuperarse de lesiones causadas por violencia doméstica, agresión sexual, acoso o acoso contra usted o su hijo(a)
- No corresponde ninguna

### INFORMACIÓN DE EMPLEO

Complete la información sobre todos los trabajos que tuvo en Oregon durante los siguientes plazos:

- Durante los 18 meses anteriores de tomar permiso pagado.
- Mientras se toma un permiso pagado

**Nota:** Si su permiso aún no ha comenzado o si está en medio de tomar su permiso pagado, incluya solo los trabajos que haya tenido hasta la fecha de hoy. Incluya cualquier negocio en la que trabaje por cuenta propia si eligió la cobertura de Permiso Pagado de Oregon en virtud de ese negocio en la que trabaje por cuenta propia.

Incluya todos estos trabajos, incluso si:

- No está tomando permiso de todos ellos
- Uno (o más) de sus empleadores tiene un plan equivalente

**Nota:** Si todos sus empleadores ofrecen sus propios planes equivalentes de permiso pagado, deténgase aquí. Deberá presentar su solicitud a través del plan de su empleador en lugar de Permiso Pagado de Oregon.

Debe proporcionar toda la información necesaria para cada trabajo.

Su empleador (o usted como empresa de trabajo por cuenta propia, si eligió cobertura) debe presentar su información salarial trimestralmente. Permiso Pagado de Oregon utilizará esta información para calcular sus beneficios semanales. Si no podemos igualar o verificar su salario, nos comunicaremos con usted para obtener más información.

Nombre:	SSN/ITIN:
---------	-----------

**Empleador # 1**

Nombre del negocio del empleador: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Empleo Federal (FEIN): \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Negocio (BIN): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador

Calle línea 1: \_\_\_\_\_

Calle línea 2: \_\_\_\_\_

Tipo de unidad: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto del empleador: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Información de trabajo y permisos

Fecha de contratación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

¿Todavía trabaja para este empleador?

 Sí  No, último día trabajado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)Ocupación (*puesto de trabajo*): \_\_\_\_\_

Frecuencia del pago:

 Por hora  Diaria-  
mente  Por  
semana  Cada dos  
semanas  Dos veces  
al mes  Mensual-  
mente  Anual-  
mente

Para la frecuencia de pago que seleccionó, ¿cuál es su cantidad de pago? \_\_\_\_\_

¿Está tomando permiso de este empleador?  Sí  No

Si se toma un permiso de este empleador, ¿cuántos días trabaja normalmente por semana para este empleador? Círcula una opción: 1 2 3 4 5 6 7

Si está tomando un permiso de este empleador, ¿notificó a este empleador sobre su permiso?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo lo notificó a este empleador?: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Nombre:	SSN/ITIN:
---------	-----------

**Empleador # 2**

Nombre del negocio del empleador: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Empleo Federal (FEIN): \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Negocio (BIN): \_\_\_\_\_

Dirección del empleador

Calle línea 1: \_\_\_\_\_

Calle línea 2: \_\_\_\_\_

Tipo de unidad: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto del empleador: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Información de trabajo y permisos

Fecha de contratación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

¿Todavía trabaja para este empleador?

 Sí  No, último día trabajado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)Ocupación (*puesto de trabajo*): \_\_\_\_\_

Frecuencia del pago:

 Por hora  Diaria-  
mente  Por  
semana  Cada dos  
semanas  Dos veces  
al mes  Mensual-  
mente  Anual-  
mente

Para la frecuencia de pago que seleccionó, ¿cuál es su cantidad de pago? \_\_\_\_\_

¿Está tomando permiso de este empleador?  Sí  No

Si se toma un permiso de este empleador, ¿cuántos días trabaja normalmente por semana para este empleador? Círcula en una opción: 1 2 3 4 5 6 7

Si está tomando un permiso de este empleador, ¿notificó a este empleador sobre su permiso?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo lo notificó a este empleador?: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Nombre: _____	SSN/ITIN: _____
<b>Empleador # 3</b>	
Nombre del negocio del empleador: _____	
Número de Identificación de Empleo Federal (FEIN): _____	
Número de Identificación del Negocio (BIN): _____	
<u>Dirección del empleador</u>	
Calle línea 1: _____	
Calle línea 2: _____	
Tipo de unidad: _____	Número de unidad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____	Código postal: _____ Condado: _____
Atención: _____	País: _____
Nombre de contacto del empleador: _____	
Número de teléfono de contacto del empleador: ( ____ ) ____ - _____	
Dirección de correo electrónico de contacto del empleador: _____	
<u>Información de trabajo y permisos</u>	
Fecha de contratación: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)	
¿Todavía trabaja para este empleador?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, último día trabajado ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)	
Ocupación ( <i>puesto de trabajo</i> ): _____	
Frecuencia del pago:	
<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Diaria-mente <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual-mente <input type="checkbox"/> Anual-mente	
Para la frecuencia de pago que seleccionó, ¿cuál es su cantidad de pago? _____	
¿Está tomando permiso de este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si se toma un permiso de este empleador, ¿cuántos días trabaja normalmente por semana para este empleador? Circula en una opción: 1 2 3 4 5 6 7	
Si está tomando un permiso de este empleador, ¿notificó a este empleador sobre su permiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿cuándo lo notificó a este empleador?: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)	



Nombre: _____	SSN/ITIN: _____
---------------	-----------------

### Trabajo por cuenta propia # 1

Nombre del negocio, si corresponde: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Empleo Federal (FEIN), si corresponde: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Negocio (BIN), si corresponde: \_\_\_\_\_

#### Dirección

Calle línea 1: \_\_\_\_\_

Calle línea 2: \_\_\_\_\_

Tipo de unidad: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

#### Información de trabajo y permiso

Primer día de trabajo en este negocio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

¿Sigue trabajando por cuenta propia y trabajando en este negocio?

Sí  No, último día trabajado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Ocupación (*puesto de trabajo*): \_\_\_\_\_

Frecuencia de ingresos recibidos del negocio:

Por hora  Diaria-  
mente  Por  
semana  Cada dos  
semanas  Dos veces  
al mes  Mensual-  
mente  Anual-  
mente

Para la frecuencia de ingresos que seleccionó, ¿cuáles son sus ingresos netos de este negocio? \_\_\_\_\_

¿Está tomando permiso del trabajo por cuenta propia?  Sí  No

Si se toma un permiso de este negocio, ¿cuántos días suele trabajar a la semana en este negocio?

Círcula una opción: 1 2 3 4 5 6 7

#### **Empleadores adicionales o autónomos**

Marque esta casilla si tiene más empleos y complete y adjunte el **Formulario de empleadores complementarios** .

#### **TODA LA INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Y DEL NEGOCIO AUTÓNOMO)**

En promedio, ¿cuántos días por semana trabaja para todos sus empleadores en Oregon? Por favor, incluya su trabajo como trabajador independiente, si eligió cobertura.

**Nota:** Si envía su solicitud después de que comenzó su período de permiso, enumere la cantidad promedio de días que trabajó en Oregon en el momento en que comenzó su permiso.

Círcula una opción: 1 2 3 4 5 6 7

Nombre:	SSN/ITIN:
---------	-----------

### PERMISO ADICIONAL POR EMBARAZO

Esta opción solo está disponible si está tomando un permiso por vínculo familiar o un permiso médico.

¿Está embarazada actualmente o ha dado a luz en el último año, y pide un permiso adicional de dos semanas por problemas de salud relacionados con el embarazo, el parto o una afección médica relacionada?  Sí  No

Si no está embarazada actualmente, Por favor indique la fecha en que finalizó su embarazo:  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

### HORARIO DE PERMISO

¿Cuál es su tipo de horario de permiso? (Seleccione solo una opción)

**Horario de permiso intermitente.** No se toma todo su permiso de una sola vez. Trabjará entre las fechas de inicio y finalización de su permiso.

**Nota:** Al seleccionar esta opción, debe enviar el Formulario de reclamo semanal cada semana que tome un permiso. El formulario debe enviarse en un plazo de 30 días a partir del final de cada semana que tome el permiso. Si su permiso comenzó recientemente, incluya el Formulario de reclamo semanal con su solicitud. Consulte las instrucciones del formulario de reclamación semanal para obtener información adicional.

Para enviar reclamaciones semanales más rápido y ver el estado semanal de su reclamo, cree una cuenta de Frances Online en [frances.oregon.gov](http://frances.oregon.gov).

**Horario de permiso consecutivo.** Usted tomará todo su permiso pagado entre las fechas de inicio y finalización de su permiso. No puede trabajar durante su permiso.

Para calcular sus beneficios, proporcione la siguiente información. Para Permiso Pagado de Oregon, una semana va de domingo a sábado.

¿Cuántos días de permiso pagado tomará durante la **primera semana** que comience a tomar el permiso?

Círcula una opción: 1 2 3 4 5 6 7

¿Cuántos días de permiso pagado tomará durante la **última semana** de su período de permiso?

Círcula una opción: 1 2 3 4 5 6 7

### OTROS BENEFICIOS

¿Ha recibido o espera recibir beneficios de compensación de trabajadores durante su permiso?  Sí  No

¿Ha recibido o espera recibir beneficios del Seguro de Desempleo durante su permiso?  Sí  No

Nombre:	SSN/ITIN:
---------	-----------

**DIVULGACIÓN VOLUNTARIA**

Sus respuestas no se utilizarán para tomar decisiones sobre su reclamo. Sus respuestas solo se utilizarán para el análisis de datos del grupo. Para ayudarnos a comprender mejor las diferentes comunidades a las que servimos, lo animamos a que responda a la información demográfica que aparece a continuación. Puede elegir la opción “prefiero no decir” para cualquier pregunta.

**¿Cuál es el título o nivel de estudios más alto que ha completado? (Elija una respuesta)**

- No he asistido a la escuela
- Menos que la escuela secundaria
- Algo de la escuela secundaria, sin diploma
- Graduado de la escuela secundaria, incluido el GED o equivalente
- Escuela técnica, comercial o profesional
- Algunos estudios universitarios o título de asociado
- Licenciatura
- Título de posgrado
- Prefiero no decirlo
- No estoy seguro (para el representante designado del reclamante)

**¿Tiene alguna discapacidad? (Elija una respuesta)**

Se considera que tiene una discapacidad si tiene una discapacidad física, intelectual o del desarrollo, o una afección médica que limita sustancialmente una actividad importante, o si tiene antecedentes o registro de una discapacidad o afección médica. Esto también incluye si se considera que usted tiene una discapacidad.

- Sí
- No
- Prefiero no decirlo
- No estoy seguro (para el representante designado del reclamante)

**¿Cuál es su condición de veterano o militar? (Elija una respuesta)**

- Soy veterano de las Fuerzas Armadas, las Reservas Militares o la Guardia Nacional de los EE. UU.
- Soy miembro activo de las Fuerzas Armadas, Reservas Militares o la Guardia Nacional de los EE. UU.
- No soy veterano o no tengo un estatus militar
- Prefiero no decirlo
- No estoy seguro (para el representante designado del reclamante)

**¿Cuál de las siguientes opciones lo describe mejor? (Marque todas las opciones que correspondan)**

- Indio americano, nativo americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano/latino/a/x
- Nativo hawaiano, isleño del Pacífico
- Blanco
- Oriente Medio/norte de África
- Elija autodescribirse: \_\_\_\_\_
- Prefiero no decirlo
- No estoy seguro (para el representante designado del reclamante)

**¿Es usted hispano, latino/a/x o español? (Elija una respuesta)**

- Sí, soy hispano, latino/a/x o español
- No, no soy hispano, latino/a/x ni español
- Prefiero no decirlo
- No estoy seguro (para el representante designado del reclamante)

Nombre:	SSN/ITIN:
<p><b>¿Cuál es su sexo?</b> <i>(Elija una respuesta)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mujer/mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre/hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo</p> <p><b>¿Es transgénero?</b> <i>(Elija una respuesta)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Preguntándome/explorando</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo</p> <p><input type="checkbox"/> No entiendo esta pregunta</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro <i>(para el representante designado del reclamante)</i></p> <p><b>¿Cuál es su género?</b> <i>(Marque todas las opciones que correspondan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Agénero/sin género</p> <p><input type="checkbox"/> No binario</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer/niña</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre/niño</p> <p><input type="checkbox"/> Otro género no incluido en la lista. Por favor, especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Preguntándome/explorando</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo</p> <p><input type="checkbox"/> No entiendo esta pregunta</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro <i>(para el representante designado del reclamante)</i></p>	<p><b>¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual?</b> <i>(Marque todas las opciones que correspondan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Asexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Gay</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana</p> <p><input type="checkbox"/> Pansexual</p> <p><input type="checkbox"/> Queer</p> <p><input type="checkbox"/> Preguntándome/explorando</p> <p><input type="checkbox"/> Amor del mismo género</p> <p><input type="checkbox"/> Amor del mismo sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual <i>[atraído principalmente a o solo a género(s) o sexo(s) opuesto(s)]</i></p> <p><input type="checkbox"/> Otra orientación sexual no nombrada. Por favor, especifique : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo</p> <p><input type="checkbox"/> No entiendo esta pregunta</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro <i>(para el representante designado del reclamante)</i></p>

**RECIBIR SUS BENEFICIOS**

¿Cómo le gustaría recibir los pagos de beneficios si se aprueban? *(Seleccione solo una opción)*

**Depósito directo**

Cuenta de cheques     Cuenta de ahorros

Institución financiera: \_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre:

SSN/ITIN:

## RECIBIR SUS BENEFICIOS

Marque la casilla a continuación para confirmar su elección de depósito directo como método de pago:

- Yo le doy permiso al programa de Permiso Pagado de Oregon del Departamento de Empleo de Oregon para depositar electrónicamente el pago en la institución financiera mencionada anteriormente. Doy permiso a la institución arriba mencionada para aceptar este pago y depositarlo en la cuenta que he mencionado arriba.

Yo entiendo que este permiso reemplazará cualquier permiso anterior y permanecerá en vigencia hasta que envíe una notificación por escrito de la cancelación a Permiso Pagado de Oregon, o hasta que haya transcurrido un año desde la última vez que presenté un reclamo.

Yo entiendo que si mis pagos de beneficios no pueden depositarse en la cuenta de la institución financiera que se menciona arriba, mis pagos de beneficios se pagarán automáticamente en una ReliaCard® de U.S. Bank. He revisado las declaraciones informativas de ReliaCard incluidas antes de realizar mi selección de pago.

- Tarjeta de débito (ReliaCard).** Nota: Si ha recibido pagos de beneficios de Permiso Pagado a través de ReliaCard en el pasado, Permiso Pagado de Oregon utilizará la misma ReliaCard para este reclamo. Si necesita una nueva tarjeta, por favor infórmale a Permiso Pagado de Oregon.
- He revisado la divulgación de ReliaCard incluida.

## ELECCIÓN DE RETENCIÓN DE IMPUESTOS

¿Cómo desea que se retengan sus impuestos de los pagos de beneficios?

- Deseo que se retengan del pago de mis beneficios TANTO el 10 % de mis impuestos federales como el 8 % de mis impuestos sobre ingresos personales estatales.
- Quiero que SOLO se retenga el 10 % de mis pagos de beneficios para impuestos federales por ingresos personales.
- Quiero que SOLO se retenga el 8 % de mis pagos de beneficios para impuestos por ingresos personales estatales.
- No deseo que se retengan impuestos de mis pagos de beneficios.

Nombre:	SSN/ITIN:
---------	-----------

## CERTIFICACIÓN

Yo certifico bajo pena de ley que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley establece sanciones por hacer declaraciones falsas para obtener beneficios a través de Permiso Pagado de Oregon.

Yo entiendo que se informará a mis empleador(es) sobre mi solicitud de permiso, las fechas y la cantidad de tiempo del permiso, y sobre la decisión del departamento sobre mi solicitud.

Con mi firma, estoy presentando un reclamo para beneficios de Permiso Pagado de Oregon..

Yo autorizo a Permiso Pagado de Oregon y al Departamento de Empleo de Oregon a divulgar la información relevante del reclamo a los proveedores de atención médica relacionada con mi reclamo de permiso pagado.

Yo entiendo que debo notificar al departamento cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud, incluidas las fechas y la cantidad de tiempo de permiso, y los cambios en mi empleo.

_____	_____
Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)

_____	_____
Firma del representante designado del reclamante	Fecha (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_

Representante designado del reclamante  
(nombre en letra de imprenta)

La falta de información o documentos puede causar un retraso en el procesamiento de su solicitud de beneficios.

Envíe por correo su solicitud completa y todos los documentos requeridos a la siguiente dirección:

**Attn: Paid Leave Oregon**  
**Oregon Employment Department**  
**875 Union St NE**  
**Salem, OR 97311**

### ¿Necesita asistencia?

El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. OED proporciona ayuda gratuita para que usted pueda utilizar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lengua de señas e idiomas hablados, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, por favor llame al 833-854-0166 (gratuito). Usuarios de TTY pueden llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico a [paidleave@oregon.gov](mailto:paidleave@oregon.gov).

Divulgación Previa a la Adquisición de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®  
 Nombre del Programa: Oregon State Government Programs

Los servicios pueden estar disponibles solamente en inglés.

Usted tiene opciones con respecto a cómo recibir sus pagos, incluidos el depósito directo en su cuenta bancaria o esta tarjeta prepagada. Consulte a su agencia sobre las opciones disponibles y seleccione su opción.			
Cargo mensual	Por compra	Retiro de fondos en ATM	Recarga de efectivo
<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> dentro de la red <b>\$2.00*</b> fuera de la red	<b>N/A</b>
Consulta de Saldo en ATM (dentro o fuera de la red)			\$0
Servicio de Atención al Cliente (automatizado o representante en vivo)			\$0 por llamada
Inactividad (después de 365 días sin transacciones)			\$2.00 por mes
<b>Cobramos otros 3 tipos de cargos. Este es uno de ellos:</b>			
Transacción Internacional			3%
<p>*Este cargo puede ser menor dependiendo de cómo y dónde se utilice esta tarjeta. Consulte la Lista de Cargos para conocer maneras gratuitas de acceder a sus fondos e información sobre su saldo.</p> <p><b>Sin prestación de sobregiro/crédito.</b>                      Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC.</p> <p>Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite <a href="http://cfpb.gov/prepaid">cfpb.gov/prepaid</a> (en inglés). Encuentre detalles y condiciones de todos los cargos y servicios consultando el paquete de la tarjeta, llamando al <b>1-855-282-6161</b> o visitando <a href="http://usbankreliacard.com">usbankreliacard.com</a> (en inglés).</p>			



# Lista de Cargos de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®

Nombre del Programa: Oregon State Government Programs

Todos los cargos	Monto	Detalles
<b>Retiros de efectivo</b>		
Retiro de Fondos en ATM (dentro de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. "Dentro de la red" se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank o MoneyPass®. Puede encontrar ubicaciones en <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (en inglés) o <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (en inglés).
Retiro de Fondos en ATM (fuera de la red)	\$2.00	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. Este cargo no se cobra por los 2 primeros retiros de fondos en ATM del mes, incluidos los Retiros de Fondos en ATM (fuera de la red) y los Retiros de Fondos en ATM Internacionales. "Fuera de la red" se refiere a todos los ATM que se encuentran fuera de las redes de ATM de U.S. Bank y de MoneyPass. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Retiro de Efectivo con Personal de Ventanilla	\$0	Este es nuestro cargo por realizar un retiro de efectivo desde su tarjeta con la ayuda del personal de ventanilla en un banco o cooperativa de crédito que acepte Visa®.
<b>Información</b>		
Consulta de Saldo en ATM dentro de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por cada consulta. "Dentro de la red" se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank y MoneyPass. Puede encontrar ubicaciones en <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (en inglés) o <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (en inglés).
Consulta de Saldo en ATM (fuera de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por cada consulta. "Fuera de la red" se refiere a todos los ATM que se encuentran fuera de las redes de ATM de U.S. Bank y de MoneyPass. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo.
<b>Uso de su tarjeta fuera de los EE. UU.</b>		
Transacción Internacional	3%	Este es el cargo que cobramos y que se aplica al uso de su tarjeta para compras en comercios extranjeros y por retiros de efectivo en ATM extranjeros y es un porcentaje del monto en dólares de la transacción después de cualquier conversión de moneda. Algunas transacciones, aunque usted y/o el comercio o ATM estén ubicados en los Estados Unidos, se consideran transacciones en el extranjero conforme a las reglas aplicables de la red, y nosotros no tenemos control sobre cómo se clasifican estos comercios, ATM y transacciones para este fin.
Retiro de Fondos en ATM Internacional	\$2.00	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. Este cargo no se cobra por los 2 primeros retiros de fondos en ATM del mes, incluidos los Retiros de Fondos en ATM (fuera de la red) y los Retiros de Fondos en ATM Internacionales. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
<b>Otros</b>		
Reemplazo de Tarjeta	\$0	Este es nuestro cargo por reemplazo de tarjeta con servicio de entrega estándar (hasta 10 días hábiles).
Reemplazo de Tarjeta con Entrega Expresa	\$15.00	Este es nuestro cargo por entrega expresa (hasta 3 días hábiles), adicional a cualquier cargo por Reemplazo de Tarjeta.
Inactividad	\$2.00	Este es nuestro cargo por mes si no ha realizado una transacción con su tarjeta durante 365 días consecutivos.

Si bien esta comunicación de U.S. Bank se ofrece en español, las futuras comunicaciones de U.S. Bank y los documentos relacionados con sus acuerdos contractuales, divulgaciones, notificaciones y estados de cuenta, así como los servicios en Internet y de la banca móvil, pueden estar disponibles solamente en inglés. Usted debe poder leer y comprender estos documentos o tener asistencia en su traducción para poder entender y utilizar este producto o servicio. Los documentos en inglés están disponibles a petición suya.

Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC. Sus fondos se conservarán en U.S. Bank National Association, una institución asegurada por la FDIC, y están asegurados por la FDIC hasta \$250,000 en caso de que U.S. Bank no lo haga. Consulte [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](http://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) (en inglés) para obtener detalles.

Sin prestación de sobregiro/crédito.

Comuníquese con Servicios para Titulares de Tarjetas, llamando al **1-855-282-6161**, por correo a: Cardholder Services P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 o visite [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com) (en inglés).

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid) (en inglés). Si tiene alguna queja sobre una cuenta prepagada, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau) al 1-855-411-2372, o visite [cfpb.gov/complaint](http://cfpb.gov/complaint) (en inglés).

CR-36991804

La Tarjeta ReliaCard es emitida por U.S. Bank National Association, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. ©2023 U.S. Bank. Miembro FDIC.