

Los empleadores pequeños (*un empleador con menos de 25 empleados*) pueden solicitar para asistencia financiera de Permisopagado de Oregon completando esta solicitud y acuerdo de asistencia. Le recomendamos que se familiarice con todos los requisitos de asistencia financiera antes de presentar una solicitud.

Un acuerdo de asistencia requiere un compromiso de pagar las contribuciones del empleador por Permisopagado durante ocho trimestres calendario. El incumplimiento de estos pagos puede resultar en el reembolso del acuerdo de asistencia y multas adicionales. El empleado en licencia también debe haber tomado permiso familiar, médica o de seguridad por un período de siete o más días hábiles. Puede encontrar información en permisopagado.oregon.gov o solicitar información llamando al 833-854-0166.

Antes de completar la solicitud de una subvención de asistencia, reúna y prepare la siguiente información.

- Su Número de Identificación de Empleador Federal (FEIN) o Número de Identificación Comercial (BIN).
- Nombre y apellido del empleado que se ausenta y su Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN).

Fecha de inicio y fecha de finalización del permiso aprobada.

Si contrató a un trabajador de reemplazo:

- El nombre y apellido legal del trabajador de reemplazo; su Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN); su fecha de nacimiento y fecha de inicio.
- Una copia de la documentación oficial de nómina lista para ser presentada.

Si incurrió en costes salariales significativos:

- Descripción e importe del coste relacionado (*tales como: Salarios adicionales a un empleado existente, externalización, certificación, compra de equipos, coste de formación, otros*).
- Por favor, también tenga documentación escrita disponible para verificar los costos relacionados con el salario a presentar. Puede tratarse de recibos o de declaraciones juradas a falta de recibo. En cada documento debe constar la fecha en que se incurrió en el gasto.

Instrucciones:

- Rellene el formulario con tinta negra o azul.
- Asegúrese de que todas las respuestas sean legibles.
- Envíe por correo el formulario completado y los documentos requeridos a la dirección que se encuentra en la parte inferior de la solicitud. También puede completar esta solicitud en línea en frances.oregon.gov



Solicitud para asistencia financiera de Permiso Pagado de Oregon y instrucciones para acuerdos de asistencia

EMPLEADOR

Nombre del negocio: _____

Número de Identificación de Empleo Federal (FEIN): _____ - _____ **0**

Número de Identificación del Negocio (BIN): _____ - _____

¿Tiene en promedio en un año menos de 25 empleados, incluidos empleados dentro y fuera del estado, y excluyendo a empleados contratados temporalmente para reemplazar a un empleado con licencia por OAR 471-070-3150 y OAR 471-070-3160?

Sí No

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Email: _____

Idioma preferido: _____

DIRECCIÓN FÍSICA

Calle línea 1: _____

Calle línea 2 _____

Tipo de unidad: _____ Unidad numérica: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Zip: _____

Condado: _____

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

Calle línea 1: _____

Calle línea 2 _____

Tipo de unidad: _____ Unidad numérica _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Zip: _____

Condado: _____

Nombre del negocio:	FEIN/BIN:
---------------------	-----------

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Proporcione detalles sobre su empleado que está tomando Permiso Pagado. Esto se puede encontrar en el "Aviso del empleado que presenta un reclamo de Permiso Pagado" que le envía el departamento después de recibir la solicitud de Permiso Pagado de su empleado.

Primer nombre legal: _____

Apellido(s) legal(es): _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ - _____ - _____ **0**

Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): _____ - _____ - _____

Fecha de inicio de la licencia aprobada (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____

Fecha de finalización de la licencia aprobada (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA

Tipo de asistencia financiera: (Marque una opción y complete la siguiente sección relacionada)

Asistencia financiera de \$3.000 para contratar a un trabajador de reemplazo mientras el empleado mencionado anteriormente está tomando Permiso Pagado. El empleado debe tomar Permiso Pagado durante al menos 7 días (complete la Sección A), o

Asistencia financiera de hasta \$1.000 para el reembolso de costos significativos relacionados con el salario mientras el empleado mencionado anteriormente está en Permiso Pagado durante al menos 7 días (complete la Sección B).

SECCIÓN A: TRABAJADOR DE REEMPLAZO (PASE A LA SECCIÓN "B" SI NO CONTRATÓ A UN TRABAJADOR DE REEMPLAZO)

Primer nombre legal: _____

Apellido(s) legal(es): _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ - _____ - _____

Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____

Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____

Aunque el Número de Seguro Social (SSN) o el Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN) para el empleado y el empleado de reemplazo no son necesarios para solicitar la asistencia financiera, se utilizarán para verificar que el empleado esté en permiso pagado y que el trabajador de reemplazo haya sido contratado según la Regla Administrativa de Oregon (OAR) 471-070-3710. El departamento solicitará más documentación para completar la verificación si no se proporcionan los números.

Nombre del negocio:	FEIN/BIN:
---------------------	-----------

SECCIÓN A: TRABAJADOR DE REEMPLAZO (PASE A LA SECCIÓN "B" SI NO CONTRATÓ A UN TRABAJADOR DE REEMPLAZO)

Debe presentar copias legibles de la documentación escrita que verifique la información anterior. Los detalles sobre los documentos de verificación aceptables se encuentran en la guía del empleador en paidleave.oregon.gov/sp/resources/resources.html.

Marque la casilla a continuación para confirmar lo siguiente:

He incluido la documentación escrita requerida para verificar que se contrató a un trabajador de reemplazo.

Ir a la sección C

SECCIÓN B: COSTES SALARIALES (RELLENE LA SECCIÓN "B" SI NO CONTRATÓ A UN TRABAJADOR SUSTITUTO)

Proporcione una lista de sus costos relacionados con el salario incurridos debido al uso de la licencia por parte de un empleado elegible y su cantidad. **No se le reembolsará nada que exceda los \$1000 en costos relacionados con el salario.**

Descripción del Costo	Cantidad
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
Total	\$

Marque esta casilla si tiene costos salariales adicionales. Adjunte una hoja de papel separada a su solicitud con información adicional.

Debe entregar documentación escrita para verificar los costos relacionados con los salarios anteriores, como recibos, registros de personal o nómina o declaraciones juradas. Los detalles sobre los documentos de verificación aceptables se pueden encontrar en la guía del empleador en paidleave.oregon.gov/sp/resources/resources.html.

Confirme lo siguiente:

He incluido la documentación escrita requerida para verificar los costos relacionados con los salarios enumerados.

SECCIÓN C: MÉTODOS DE PAGO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Si se aprueba, su pago se enviará por correo a la dirección registrada. Marque la casilla a continuación para confirmarlo. Si desea recibir su pago mediante depósito directo, presente su solicitud para asistencia financiera y acuerdo de asistencia financiera de Permiso Pagado de Oregon en línea en frances.oregon.gov.

Pago enviado por correo postal a la dirección registrada

Nombre del negocio:	FEIN/BIN:
---------------------	-----------

CERTIFICACIÓN

- 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 declarar en falso para ganar beneficios a través del programa Permiso Pagado de Oregon.
- Reconozco que me comprometo a pagar las contribuciones del empleador a Permiso Pagado de Oregon por un período de ocho trimestres calendario después de la aprobación de este acuerdo de asistencia con OAR 471-070-3750 y el acuerdo de asistencia adjunto.
- Certifico bajo pena de ley que tengo en promedio en un año menos de 25 empleados, según OAR 471-070-3160, incluidos empleados dentro y fuera del estado. Este número excluye el número de empleados temporales contratados para reemplazar a un empleado en permiso pagado.
- Reconozco que Permiso Pagado de Oregon verificará mi estado como pequeño empleador en el momento de esta solicitud y que en el futuro puede ocurrir una auditoría del tamaño de mi negocio.
- Reconozco que se me puede exigir que reembolse un acuerdo de asistencia financiera con acuerdo de OAR 471-070-3850 y el acuerdo de asistencia adjunto por razones que incluyen las siguientes:
 - Si las enmiendas a un informe salarial anterior resultan en una reevaluación del tamaño de mi negocio y en realidad era un empleador grande al comienzo del permiso pagado de mi empleado.
 - Si el departamento determina que la información en la documentación proporcionada era inexacta, engañosa o falsa, no era elegible para la asistencia financiera o no cumplía con los requisitos de la solicitud.

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Proporcione toda la información y documentos requeridos. La falta de información o documentos puede causar un retraso en el procesamiento de su solicitud.

Envíe por correo esta solicitud, el acuerdo de asistencia y cualquier documentación requerida a:

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

¿Necesita ayuda?

El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. OED proporciona ayuda gratuita para que pueda utilizar nuestros servicios. Algunos ejemplos son los intérpretes de lengua de signos y lengua hablada, materiales escritos en otras lenguas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, llame al 833- 854-0166 (llamada gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede enviar un correo electrónico paidleave@oregon.gov.

Este Acuerdo de asistencia (“Acuerdo”) es entre el Estado de Oregon, actuando a través del Departamento de Empleo de Oregon (“Departamento”), y _____ (nombre del empleador) (“Empleador”) con el propósito de proporcionar asistencia para ayudar con los costos del Empleador para emplear a un trabajador de reemplazo, o el reembolso de costos significativos relacionados con el salario, incurridos cuando un empleado elegible ha tomado Permiso Pagado bajo el capítulo 657B de la ORS. Este Acuerdo entra en vigencia solo cuando ha sido firmado por un representante autorizado del Empleador y el Departamento ha emitido un pago de importe de la asistencia. La fecha de vigencia de este Acuerdo es la fecha del primer pago de la asistencia.

El Acuerdo incluye la Solicitud para asistencia financiera de Permiso Pagado de Oregon y el ajuste de asistencia financiera de Permiso Pagado de Oregon (“Solicitud”), que se incorpora por esta referencia, según corresponda. En la medida en que exista algún conflicto entre la Aplicación y este Acuerdo, este Acuerdo prevalecerá. De conformidad con la ORS 657B.200, el Departamento de Empleo de Oregon está autorizado a otorgar asistencia financiera del Fondo Fiduciario de Permiso Pagado de Oregon.

1. Términos y condiciones de la asistencia financiera

A.

1. Si, después de revisar la Solicitud, el Departamento determina que el Empleador es elegible y la Solicitud fue precisa, el Departamento acuerda emitir asistencia financiera al Empleador en las siguientes cantidades, dependiendo de la aplicabilidad:
 - i. Hasta \$3.000 para aplicar al costo de contratar a un trabajador de reemplazo para un empleado elegible en permiso; o
 - ii. Hasta \$1.000 por costos significativos relacionados con el salario incurridos durante el tiempo que un empleado elegible toma permiso; y
 - iii. Una cantidad adicional, que no exceda la asistencia financiera total de \$3.000, igual a la diferencia entre la asistencia financiera por costos significativos relacionados con el salario y el costo de un trabajador de reemplazo para un empleado elegible que ha extendido su período de permiso.
2. Todas las asistencias financieras están sujetas a los requisitos de este Acuerdo, el capítulo 657B de ORS y las normas administrativas aplicables. Los términos utilizados en este Acuerdo tienen las mismas definiciones que el mismo término en virtud del capítulo 657B de ORS y las normas administrativas aplicables.
3. El Departamento no tiene la obligación de emitir asistencia financiera a menos que se cumplan todas las siguientes condiciones:
 - i. Las certificaciones realizadas en la Solicitud y este Acuerdo por el Empleador, o una persona autorizada para presentar una solicitud en nombre del Empleador, son verdaderas y correctas.
 - ii. El Departamento tiene fondos suficientes actualmente disponibles y autorizados a gastos para financiar los costos de este Acuerdo.

- ### B.
- El Departamento puede rescindir este Acuerdo inmediatamente después de notificar al Empleador en cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. El Departamento no recibe fondos suficientes, asignaciones u otras autorizaciones de gastos para permitir que el Departamento, a su discreción razonable, continúe realizando pagos en virtud de este Acuerdo.
 2. Hay un cambio en las leyes, reglas, regulaciones o pautas federales o estatales de tal manera que el reemplazo o el costo significativo del trabajador relacionado con el salario financiado por este Acuerdo ya no es elegible para el financiamiento.
 3. El Departamento determina que el tamaño del empleador fue informado incorrectamente por el empleador.
 4. El Departamento determina que el Empleador intencionalmente tergiversó u omitió información al Departamento para recibir la asistencia financiera.
- C. El Departamento, a su entera discreción, puede rescindir este Acuerdo para su conveniencia a los treinta (30) días de aviso por escrito al Empleador.
- D. Este Contrato se podrá terminar en cualquier momento por el consentimiento mutuo por escrito de las Partes.
- E. Las leyes del Estado de Oregon (sin dar efecto a sus conflictos de principios legales) rigen todos los asuntos que surjan de o estén relacionados con este Acuerdo, incluyendo, sin limitación, su validez, interpretación, construcción, ejecución y cumplimiento. Cualquier parte que entable una acción legal o un procedimiento contra cualquier otra parte que surja de o esté relacionada con este Acuerdo deberá presentar la acción o procedimiento en el Tribunal de Circuito del Estado de Oregon para el Condado de Marion. Por la presente, cada parte acepta la jurisdicción exclusiva de dicho tribunal, renuncia a cualquier objeción al lugar y renuncia a cualquier reclamo de que dicho foro sea un foro inconveniente. Si una reclamación debe presentarse en un foro federal, entonces debe presentarse como adjudicarse única y exclusivamente en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Oregon y se aplica a una reclamación presentada contra el Estado de Oregon o el Departamento solo en la medida en que el Congreso haya derogado adecuadamente la inmunidad soberana del Estado de Oregon y no tenga el consentimiento del Estado de Oregon para ser demandado en un tribunal federal.
- F. El Departamento y el Empleador son las únicas partes de este Acuerdo y son las únicas partes con derecho a hacer cumplir sus términos. Nada en este Acuerdo otorga, o tiene la intención de otorgar, ningún beneficio o derecho a terceros, ya sea directa o indirectamente.

2. Reconocimientos, acuerdos y certificaciones *(campos que debe completar el empleador o la persona autorizada para presentar una solicitud en nombre del empleador.)*

- Certifico que el Empleador tiene en promedio en un año menos de 25 empleados, según lo determinado en la ORS 657B.360 y OAR 471-070-3150 y 471-070-3160.
- Certifico que el Empleador contrató a un trabajador de reemplazo para reemplazar a un empleado elegible, que tomó una licencia bajo el capítulo 657B de ORS y las reglas aplicables, desde ____ / ____ / ____ (fecha MM/DD/AAA) hasta ____ / ____ / ____ (fecha MM/DD/AAA).
- Certifico que el Empleador incurrió en costos adicionales significativos relacionados con los salarios por la cantidad de \$ _____ (cantidad de costos significativos relacionados con el salario) durante un período en el que un empleado tomó permiso bajo el capítulo 657B de la ORS.

- Reconozco y acepto que, de conformidad con la ORS 657B.200, 657B.150, y las normas administrativas aplicables, el Empleador pagará las contribuciones del empleador al Departamento por un mínimo de ocho trimestres calendario, comenzando con el primer trimestre calendario inmediatamente posterior a la aprobación de la asistencia financiera.
- Reconozco y acepto que el Departamento tiene el derecho de solicitar y obtener documentos de respaldo y cualquier otra información relacionada con la Solicitud o el Empleador que considere necesaria en relación con este Acuerdo.
- Reconozco y acepto que el Empleador está obligado a reembolsar la asistencia financiera, de acuerdo con la OAR 471-070-3850 u otra ley aplicable, en cualquiera de las siguientes circunstancias: si se determina que el Empleador no es elegible para asistencia financiera en virtud del capítulo 657B de la ORS y las normas aplicables; si la información presentada u obtenida del Empleador en la Solicitud o de otra manera es inexacta, engañosa o falsa; si el Empleador no paga las contribuciones del empleador al Departamento durante un mínimo de ocho trimestres calendario; o si el Empleador no cumple con este Acuerdo.

3. Aceptación del contrato de asistencia financiera

- Estoy autorizado a presentar una Solicitud y celebrar este Acuerdo en nombre del Empleador. He adjuntado documentación que verifica mi autoridad para firmar en nombre del Empleador.

Firmas:

El Departamento y el Empleador (*“las Partes” colectivamente o “Parte” individualmente*) han ejecutado este Acuerdo a partir de la fecha en que el Empleador (o persona autorizada) marca la casilla a continuación y envía este formulario. Las Partes admiten haber leído este contrato, entenderlo y se someten a sus términos

- Al marcar esta casilla, el Empleador indica la aceptación de la asistencia financiera junto con todos los términos, condiciones, reconocimientos, acuerdos y certificaciones incluidos en este Acuerdo, y el Empleador acepta estar legalmente obligado por el Acuerdo. Este Acuerdo constituye el único acuerdo entre el Empleador y el Departamento para esta asistencia, y reemplaza cualquier acuerdo anterior o acuerdos actuales, representaciones y entendimientos contemporáneos con respecto a este programa de asistencia financiera y el tema de este Acuerdo. Ninguna modificación, enmienda o renuncia a cualquier disposición de este Acuerdo será efectiva a menos que sea por escrito y esté firmada o aceptada electrónicamente por la parte contra la cual se hará valer la modificación, enmienda o renuncia.

EL ESTADO DE OREGON actuando por y a través de su Departamento de Empleo de Oregon

Nombre completo: _____

Título: _____

Fecha: _____