

برای درخواست تغییرات در مطالبه Paid Leave Oregon تأیید شده خود، از این فرم استفاده کنید. شما می‌توانید موارد زیر را تغییر دهید:

- تاریخ‌های شروع و پایان مرخصی
- میزان مرخصی (تعداد روزها یا هفته‌های مرخصی تأیید شده)
- نوع برنامه مرخصی (مرخصی متناوب یا متوالی)
- شغل فعلی خود یا اضافه کردن شغل
- کارفرمایی که از آنها مرخصی می‌گیرید
- واجد شرایط بودن شما برای غرامت کارگران و مزایای بیمه بیکاری

لطفاً توجه داشته باشید که شما ظرف مدت 10 روز پس از هرگونه تغییر، باید Paid Leave Oregon را در جریان قرار دهید. در صورت نیاز به تغییر هر کدام از این اطلاعات و مدارک صحت‌سنجی فعلی خود که تغییرات شما را پوشش نمی‌دهد، لازم است که درخواست مرخصی استحقاقی دیگری ثبت نمایید و مدارک صحت‌سنجی جدیدی ارسال کنید که این تغییرات را در هر یک از اطلاعات علامت گذاری شده بالا تأیید کند.

اصلاحات مطالبات. سریعترین راه برای اصلاح مطالبه خود از طریق ورود به حساب Paid Leave Oregon در آدرس frances.oregon.gov می‌باشد. شما همچنین می‌توانید فرم تکمیل شده اصلاحیه مطالبه را به آدرس زیر ارسال کنید:

**خطاب به: Paid Leave Oregon
Oregon Employment Department
875 Union St. NE
Salem, OR 97311**

مطالبات جدید. از طریق ورود به حساب Paid Leave Oregon خود در آدرس frances.oregon.gov یا با تکمیل یک تقاضانامه Paid Leave Oregon برای دریافت مزایا، که می‌توانید آن را در paidleave.oregon.gov بیابید، مطالبه جدیدی را ثبت نمایید.

شناسایی

شماره تأمین اجتماعی (SSN): _____ یا _____
شماره شناسایی فردی مالیات دهنده (ITIN): _____
نام کوچک قانونی: _____
نام میانی قانونی (در صورت وجود): _____
نام(های) خانوادگی قانونی: _____
نام ترجیحی: _____
نام‌هایی که کارفرما(های) کنونی یا پیشین شما از طریق آن شما را می‌شناسند: _____
تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)
تاریخ شروع مرخصی: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)

اطلاعات تماس

آدرس ایمیل: _____
توجه: اگر تمایل دارید که به صورت الکترونیکی از ما اطلاعات دریافت کنید، یک حساب کاربری Frances Online در آدرس frances.oregon.gov ایجاد نمایید.

شماره تلفن اول

تلفن همراه تلفن منزل تلفن محل کار شماره تلفن: () _____ - _____

شماره تلفن دوم (اختیاری)

تلفن همراه تلفن منزل تلفن محل کار شماره تلفن: () _____ - _____

آدرس حضوری

خیابان خط اول: _____
خیابان خط دوم: _____
نوع واحد: _____ شماره واحد: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ شهرستان: _____
خطاب به: _____ کشور: _____

نام:	:SSN/ITIN
آدرس پستی (اگر با آدرس حضوری متفاوت باشد)	
خیابان خط اول: _____	
خیابان خط دوم: _____	
نوع واحد: _____ شماره واحد: _____	
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ شهرستان: _____	
خطاب به: _____ کشور: _____	
پیش‌آمد مرخصی	
فقط یک پیش‌آمد مرخصی را می‌توان در هر فرم اصلاحیه مطالبه، به‌روزرسانی نمود.	
لطفاً نوع مرخصی تأیید شده‌ای را که می‌خواهید به‌روزرسانی کنید، بررسی نمایید:	
<input type="checkbox"/> مرخصی پزشکی <input type="checkbox"/> مرخصی محتاطانه <input type="checkbox"/> مرخصی خانوادگی	
تاریخ شروع مرخصی تأیید شده شما چه زمانی است؟ _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
تاریخ پایان مرخصی تأیید شده شما چه زمانی است؟ _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
تغییر تاریخ‌ها و میزان مرخصی	
در صورت نیاز به تغییر، این بخش را تکمیل کنید:	
<ul style="list-style-type: none"> • تاریخ شروع یا پایان مرخصی تأیید شده شما • میزان مرخصی شما (تعداد روزها یا هفته‌های مرخصی تأیید شده) 	
مهم: اگر مدارک صحت‌سنجی فعلی شما، تغییر در تاریخ شروع و پایان مرخصی یا میزان مرخصی شما را پوشش ندهد، لازم است که درخواست مرخصی استحقاقی دیگری ثبت نمایید و مدارک صحت‌سنجی جدیدی ارسال کنید که تاریخ‌های مرخصی درخواستی یا میزان مرخصی را پوشش می‌دهد.	
برنامه مرخصی به‌روزرسانی شده شما چه زمانی شروع می‌شود؟ _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
برنامه مرخصی به‌روزرسانی شده شما چه زمانی به پایان می‌رسد؟ _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	

تغییر نوع برنامه مرخصی

در صورت نیاز به تغییر، این بخش را تکمیل کنید:

- نوع برنامه مرخصی شما (مرخصی متناوب یا متوالی)

مهم: اگر مدارک صحت‌سنجی فعلی شما، تغییر در نوع برنامه مرخصی شما را پوشش ندهد، لازم است که درخواست مرخصی استحقاقی دیگری ثبت نمایید و مدارک صحت‌سنجی جدیدی ارسال کنید که نوع برنامه مرخصی درخواستی را پوشش می‌دهد.

نوع برنامه مرخصی درخواستی شما چیست؟ (فقط یکی را انتخاب کنید)

- برنامه مرخصی متناوب.** مرخصی به صورت افزایشی فیما بین شروع و پایان مرخصی گرفته می‌شود - برخی از کارها در دوره مرخصی انجام می‌شود.

توجه: با انتخاب این گزینه، لازم است که شما هر هفته که مرخصی می‌گیرید، فرم درخواست مرخصی هفتگی را ارسال کنید. این فرم باید ظرف مدت 30 روز از پایان هر هفته‌ای که مرخصی می‌گیرید، برای ما ارسال شود. در صورتیکه اخیراً مرخصی شما شروع شده است، فرم درخواست مرخصی هفتگی را به اصلاحیه خود ضمیمه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به دستورالعمل‌های فرم درخواست مرخصی هفتگی مراجعه کنید.

برای ارسال سریعتر درخواست‌های هفتگی و مشاهده وضعیت هفتگی درخواست خود، یک حساب Frances Online در frances.oregon.gov ایجاد کنید.

- برنامه مرخصی متوالی.** مرخصی از ابتدا تا پایان مرخصی گرفته می‌شود - هیچ کاری در مدت مرخصی انجام نخواهد شد.

- پس از تغییر برنامه به مرخصی متوالی، در **هفته اول** چند روز مرخصی استحقاقی خواهید گرفت؟

دور یک مورد را دایره بکشید: 1 2 3 4 5 6 7

- شما در **هفته آخر** مرخصی خود، چند روز مرخصی استحقاقی خواهید گرفت؟

دور یک مورد را دایره بکشید: 1 2 3 4 5 6 7

توجه: شما در هفته مرخصی، نمی‌توانید برنامه مرخصی خود را تغییر دهید. تغییرات در برنامه مرخصی شما از یکشنبه هفته مرخصی، قابل اجراء است.

تاریخ یکشنبه هفته‌ای که برنامه شما تغییر می‌کند را وارد نمایید: _____ / _____ / _____
(روز/ماه/سال)

نام:

:SSN/ITIN

تغییر در اشتغال

در صورت نیاز این بخش را تکمیل کنید:

- ایجاد تغییرات در کارفرما(های) فعلی شما
- افزودن کارفرما(ها)
- کارفرمایی که از آنها مرخصی می‌گیرید را تغییر دهید
- اگر پوشش Paid Leave را برای آن تجارت انتخاب کرده‌اید، تغییراتی در خوداشتغالی خود ایجاد کنید
- تغییر در برنامه کاری خود را که به علت تغییر یا اضافه کردن شغل شماست، گزارش دهید

توجه: شما موظف هستید که کارفرما(های) جدید را در جریان مرخصی خود قرار دهید. اگر کمتر از 90 روز تقویمی متوالی قبل از گرفتن مرخصی، توسط یک کارفرما استخدام شده باشید، ممکن است از حمایت شغلی برخوردار نشوید.

ایجاد تغییرات در کارفرما(های) فعلی شما

کارفرمای شماره 1

نام کارفرما: _____

شماره شناسایی کارفرمای فدرال (FEIN): _____

شماره شناسایی تجاری (BIN): _____

آدرس کارفرما

خیابان خط اول: _____

خیابان خط دوم: _____

نوع واحد: _____ شماره واحد: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ شهرستان: _____

خطاب به: _____ کشور: _____

نام مخاطب کارفرما: _____

شماره تلفن تماس با کارفرما: (_____) - _____

آدرس ایمیل ارتباط با کارفرما: _____

لطفاً کادر مناسب را انتخاب کنید:

من دیگر از این کارفرما مرخصی نمی‌گیرم
تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)

من جدیداً دارم از این کارفرما مرخصی می‌گیرم
تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)

من دیگر برای این کارفرما کار نمی‌کنم
تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)

نام:	:SSN/ITIN
کارفرمای شماره 2	
نام تجاری کارفرما: _____	
شماره شناسایی کارفرمای فدرال (FEIN): _____	
شماره شناسایی تجاری (BIN): _____	
آدرس کارفرما	
خیابان خط اول: _____	
خیابان خط دوم: _____	
نوع واحد: _____ شماره واحد: _____	
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ شهرستان: _____	
خطاب به: _____ کشور: _____	
نام مخاطب کارفرما: _____	
شماره تلفن تماس با کارفرما: (_____) - _____	
آدرس ایمیل ارتباط با کارفرما: _____	
لطفاً کادر مناسب را انتخاب کنید:	
<input type="checkbox"/> من دیگر از این کارفرما مرخصی نمی‌گیرم تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
<input type="checkbox"/> من جدیداً دارم از این کارفرما مرخصی می‌گیرم تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
<input type="checkbox"/> من دیگر برای این کارفرما کار نمی‌کنم تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
افزودن کارفرما(های) جدید	
کارفرمای جدید شماره 1	
نام تجاری کارفرما: _____	
شماره شناسایی کارفرمای فدرال (FEIN): _____	
شماره شناسایی تجاری (BIN): _____	
آدرس کارفرما	
خیابان خط اول: _____	
خیابان خط دوم: _____	
نوع واحد: _____ شماره واحد: _____	

نام:	SSN/ITIN:
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ شهرستان: _____	
خطاب به: _____ کشور: _____	
نام مخاطب کارفرما: _____	
شماره تلفن تماس با کارفرما: (_____) - _____	
آدرس ایمیل ارتباط با کارفرما: _____	
<u>اطلاعات کاری و مرخصی</u>	
تاریخ استخدام: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
آیا شما هنوز برای این کارفرما کار می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر، آخرین روز کاری: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
شغل (سمت شغلی): _____	
<input type="checkbox"/> ساعتی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> پانزده روز یکبار <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه مبلغ پرداختی شما برای دفعات پرداختی که انتخاب کرده‌اید، چقدر است؟ _____ آیا از این کارفرما مرخصی می‌گیرید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر به طور معمول در صورت مرخصی گرفتن از این کارفرما، چند روز در هفته برای وی کار می‌کنید؟ دور یک مورد را دایره بکشید: 1 2 3 4 5 6 7 آیا در صورت مرخصی گرفتن از این کارفرما، مرخصی خود را به وی اطلاع دادید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، چه زمانی به این کارفرما اطلاع دادید (روز/ماه/سال): _____ / _____ / _____	
کارفرمای جدید شماره 2	
نام تجاری کارفرما: _____	
شماره شناسایی کارفرمای فدرال (FEIN): _____	
شماره شناسایی تجاری (BIN): _____	
آدرس کارفرما _____	
خیابان خط اول: _____	
خیابان خط دوم: _____	
نوع واحد: _____	شماره واحد: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ شهرستان: _____	
خطاب به: _____ کشور: _____	

نام: _____	:SSN/ITIN _____
نام مخاطب کارفرما: _____	
شماره تلفن تماس با کارفرما: (_____) - _____	
آدرس ایمیل ارتباط با کارفرما: _____	
<u>اطلاعات کاری و مرخصی</u>	
تاریخ استخدام: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
آیا هنوز برای این کارفرما کار می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر، آخرین روز کاری: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
شغل (سمت شغلی): _____	
<input type="checkbox"/> ساعتی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> پانزده روز یکبار <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه مبلغ پرداختی شما برای دفعات پرداختی که انتخاب کرده‌اید، چقدر است؟ _____ آیا از این کارفرما مرخصی می‌گیرید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر به طور معمول در صورت مرخصی گرفتن از این کارفرما، چند روز در هفته برای وی کار می‌کنید؟ دور یک مورد را دایره بکشید: 7 6 5 4 3 2 1 آیا در صورت مرخصی گرفتن از این کارفرما، مرخصی خود را به وی اطلاع دادید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، چه زمانی به این کارفرما اطلاع دادید: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	
ایجاد تغییرات در خوداشتغالی	
نام تجاری، در صورت وجود: _____	
شماره شناسایی کارفرمای فدرال (FEIN)، در صورت وجود: _____	
شماره شناسایی تجاری (BIN)، در صورت وجود: _____	
<u>آدرس</u>	
خیابان خط اول: _____	
خیابان خط دوم: _____	
نوع واحد: _____ شماره واحد: _____	
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ شهرستان: _____	
خطاب به: _____ کشور: _____	
<input type="checkbox"/> من دیگر خوداشتغال نیستم. تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال) <input type="checkbox"/> من جدیداً خوداشتغال هستم. تغییر تاریخ، قابل اجرا است: _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)	

نام:	:SSN/ITIN
<p>آیا همچنان خوداشتغال هستید و در این شغل کار می‌کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر، آخرین روز کاری _____ / _____ / _____ (روز/ماه/سال)</p> <p>شغل (سمت شغلی): _____</p> <p>دفعات درآمد حاصل از شغل:</p> <p><input type="checkbox"/> ساعتی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> پانزده روز یکبار <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه</p> <p>درآمد خالص شما از این شغل طبق دفعات درآمدی که انتخاب کرده‌اید، چقدر است؟ _____</p> <p>آیا از خوداشتغالی مرخصی می‌گیرید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت مرخصی گرفتن از این شغل، معمولاً چند روز در هفته در این شغل کار می‌کنید؟ دور یک مورد را دایره بکشید: 7 6 5 4 3 2 1</p> <p style="text-align: center;">تغییر در برنامه کاری</p> <p>بر اساس تغییراتی که در استخدام خود ایجاد کردید، به طور متوسط، چند روز در هفته برای کلیه کارفرمایان خود در اورگان کار می‌کنید؟ لطفاً در صورت انتخاب پوشش، کار خود را به عنوان یک فرد خوداشتغال وارد نمایید. دور یک مورد را دایره بکشید: 7 6 5 4 3 2 1</p>	
تغییر در سایر مزایا	
<p>اگر در طول مرخصی، واجد شرایط بودن شما برای دریافت غرامت کارگران یا مزایای بیمه بیکاری تغییر کرده است، این بخش را تکمیل کنید.</p> <p>توجه: شما نمی‌توانید غرامت کارگران یا مزایای بیمه بیکاری را همزمان با مرخصی استحقاقی دریافت کنید.</p> <p>آیا در طول مرخصی خود، مزایای غرامت کارگران را دریافت کرده‌اید یا انتظار دریافت آن را دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا در طول مرخصی خود، مزایای بیمه بیکاری دریافت کرده‌اید یا انتظار دریافت آن را دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	

نام:

:SSN/ITIN

گواهینامه

من بر اساس مجازات قانونی گواهی می‌دهم که اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام، تا جایی که می‌دانم و یقین دارم، درست و صحیح است. من می‌دانم که قانون، برای اظهارات نادرست به منظور دریافت مزایا از طریق **Paid Leave Oregon**، مجازات‌هایی را در نظر گرفته است.

من می‌دانم که کارفرما(های) من در مورد تقاضانامه من برای مرخصی، تاریخ و میزان مرخصی و تصمیم اداره در مورد درخواست من مطلع می‌شوند.

من با امضای خود، برای دریافت مزایای **Paid Leave Oregon** درخواست می‌دهم.

من به **Paid Leave Oregon** و «اداره استخدام اورگان» اجازه می‌دهم تا اطلاعات درخواست مربوط به مطالبه مرخصی استحقاقی را برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی منتشر کنند.

من می‌دانم که باید هر گونه تغییر در اطلاعات ارائه شده در این تقاضانامه از جمله تاریخ‌ها و میزان مرخصی و تغییرات در استخدام خود را به این اداره اطلاع دهم.

امضا

تاریخ (روز/ماه/سال)

امضای نماینده منتصب مطالبه کننده

تاریخ (روز/ماه/سال)

نماینده منتصب مطالبه کننده (نام با حروف بزرگ)

از دست دادن اطلاعات یا مدارک می‌تواند موجب تأخیر در رسیدگی به تقاضانامه شما برای مزایا گردد.

تقاضانامه تکمیل شده و کلیه مدارک مورد نیاز خود را به ایمیل زیر ارسال کنید:

خطاب به: Paid Leave Oregon
Oregon Employment Department
875 Union St NE
Salem, OR 97311

به کمک نیاز دارید؟

اداره استخدام اورگان (OED) نهادی است که به اصل ایجاد فرصت برابر احترام می‌گذارد. OED پشتیبانی رایگان فراهم می‌کند تا بتوانید از خدمات ما بهره‌مند شوید. برخی از مثال‌ها عبارتند از مترجمان زبان اشاره، مترجمان زبان گفتاری، مطالب نوشته شده به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، صوتی و قالب‌های دیگر. لطفاً برای دریافت پشتیبانی، با شماره 833-854-0166 (رایگان) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند. شما همچنین می‌توانید از طریق آدرس paidleave@oregon.gov به ما ایمیل بزنید.