

Complete esta forma si desea solicitar asistencia para la resolución de disputas a través de Permiso Pagado de Oregon para una disputa entre usted y su empleador o administrador del plan equivalente.

Por favor, tome nota de que debe seguir el proceso de apelación de su plan equivalente antes de poder solicitar una resolución de conflictos tal y como se describe en OAR 471-070-2220.

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

Nombre legal:

Apellido(s) legal(es):

Nombre preferido, si es diferente:

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

Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN):

Si no tiene un Número de Seguro Social (SSN) o un Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN), llame a Permiso Pagado de Oregon para asistencia al 833-854-0166.

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

Licencia para conducir número de identificación estatal:

Estado emisor:

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEADO**

Teléfono del país:

Número de teléfono: (     )     -

Dirección de correo electrónico:

Preferencia de language:

**DIRECCIÓN FÍSICO DEL EMPLEADO**

Calle línea 1:

Calle línea 2:

|                 |                   |         |
|-----------------|-------------------|---------|
| Tipo de unidad: | Número de unidad: | Ciudad: |
|-----------------|-------------------|---------|

|         |                |
|---------|----------------|
| Estado: | Código postal: |
|---------|----------------|

Atención:

**DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADO (Si es diferente de la dirección físico)**

Calle línea 1:

Calle línea 2:

|                 |                   |         |
|-----------------|-------------------|---------|
| Tipo de unidad: | Número de unidad: | Ciudad: |
|-----------------|-------------------|---------|

|         |                |
|---------|----------------|
| Estado: | Código postal: |
|---------|----------------|

Atención:



|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Nombre del empleado: | 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.
- Yo entiendo que el Permiso Pagado de Oregon informará a mi empleador sobre mi solicitud de disputa.

Firma

Fecha

- Yo soy el representante designado por el reclamante

Representante designado por el reclamante  
(*imprima su nombre*)

Firma del representante designado por el reclamante

Fecha

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

Por favor devuelva esta forma y la documentación requerida a::

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

**¿Necesita ayuda?**

El Departamento de Empleo de Oregón (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. El OED ofrece ayuda gratuita para que pueda utilizar nuestros servicios. Algunos ejemplos son los intérpretes de lenguaje de signos y hablado, materiales escritos en otros idiomas, 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 a [paidleave@oregon.gov](mailto:paidleave@oregon.gov).