Permiso Pagado de Oregon

Agente Autorizado Para un Reclamante Fallecido Instrucciones y Lista de Documentos

Este paquete es para personas que necesitan autorización para actuar en nombre de un reclamante fallecido con relación a Permiso Pagado de Oregon.

Puede enviar el paquete de una de las siguientes maneras:

- Use nuestro formulario de contáctenos en frances.oregon.gov
- Envíe por correo el formulario completo y todos los documentos requeridos a:

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

Para evitar demoras, por favor envíe todos los formularios y documentos requeridos juntos. Si no recibimos toda la información de la solicitud y documentación necesaria dentro de los 30 días posteriores a la aprobación de su solicitud de autorización, es posible que tenga que reiniciar el proceso.

Nota: Dependiendo de su situación, es posible que usted no necesite todos los formularios de este paquete. Por ejemplo, si el reclamante ya solicitó todo el permiso que requiere, usted no necesitará enviar una solicitud.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en permisopagado.oregon.gov o comuníquese con nosotros al 833-854-0166 (llamada gratuita). Usuarios de TTY marquen 711.

PAQUETE PARA AGENTE AUTORIZADO DE UN RECLAMANTE FALLECIDO

Solicitud de Agente Autorizado

Incluya los siguientes documentos:

1. Un Formulario de Agente Autorizado para un Reclamante Fallecido debidamente completado **o** una carta del tribunal de sucesiones/testamentario
2. Al menos dos documentos de verificación de identidad del agente autorizado (vea las instrucciones en el formulario)
3. Al menos dos documentos de verificación de identidad del reclamante (vea las instrucciones en el formulario)
4. Documento que demuestre la relación entre el agente autorizado y el reclamante (no aplica si el patrimonio está en proceso de sucesión)
5. Certificado de defunción o documento equivalente (debe ser aprobado por el

Departamento de Empleo de Oregon)

Solicitud de Beneficios (si el reclamante aún no ha solicitado todo el permiso que desea tomar)

1. Un formulario de Solicitud de Beneficios de Permiso Pagado debidamente completado
2. Un formulario de verificación de permiso (completado por un proveedor de atención médica u otra persona autorizada)

Solicitud de Pago

1. Un Formulario de Solicitud de Pago Debido a Una Persona Fallecida debidamente completado
   Para pagos que superen los $10,000, envíe uno de los siguientes documentos:
   - Declaración jurada de patrimonio pequeño **o**
   - Una carta del tribunal de sucesiones/testamentario con una instrucción de pago
2. Una copia del cheque enviado a la persona fallecida, si necesita que se reenvíe

Si las personas beneficiarias o herederas **no** son el agente autorizado, deberá incluir los siguientes documentos:

- Un documento que demuestre la relación entre las personas beneficiarias o herederas y la persona fallecida
- Al menos dos documentos de verificación de identidad de las personas beneficiarias o herederas
- Al menos dos documentos de verificación de identidad de la persona fallecida
- Certificado de defunción

Permiso Pagado de Oregon

Instrucciones del Formulario de Agente Autorizado para un Reclamante Fallecido

SECCIÓN 1: INSTRUCCIONES GENERALES

Complete y firme físicamente este formulario si usted está **solicitando representar a un reclamante fallecido, como su agente autorizado.**

Para convertirse en un agente autorizado, usted debe ser uno de los siguientes:

- Un cónyuge sobreviviente
- Un fiduciario de un fideicomiso inter vivos (fideicomiso en vida)
- Un hijo/a, padre, hermano o hermana, sobrino, o sobrina de la persona que falleció

Permiso Pagado de Oregon puede discutir una solicitud actual o pendiente de Permiso Pagado con el agente autorizado. La autorización nos da permiso para proporcionar información de nuestros registros que, de otro modo, sería confidencial. Esto incluye, pero no se limita a:

- Información sobre cualquier beneficio que el reclamante haya recibido o que recibirá
- Información proporcionada en la solicitud inicial del reclamante
- Información sobre cualquier decisión pendiente o emitida que hayamos tomado sobre una solicitud

También otorga permiso al agente autorizado para proporcionar información a Permiso Pagado, incluida la información necesaria para:

- Completar una solicitud de beneficios
- Presentar una nueva solicitud de beneficios para el reclamante
- Organizar cualquier pago de beneficio aprobado, en nombre del reclamante
- Solicitar una audiencia para revisar una decisión de Permiso Pagado y comparecer en una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas en nombre del reclamante

Permiso Pagado solo reconoce a un agente autorizado por reclamante a la vez. No aceptaremos una solicitud de un agente autorizado para un reclamante fallecido si un albacea o un representante personal del patrimonio del reclamante fallecido, o una persona autorizada de otra manera por el tribunal testamentario para administrar el patrimonio, está autorizado para actuar en nombre del reclamante para propósitos de Permiso Pagado Oregon.

Nota: Permiso Pagado debe emitir los pagos de beneficios a los sobrevivientes en el orden listado en ORS 293.490(3).

Por favor, proporcione toda la información requerida. La falta de información puede causar un retraso en el proceso de su solicitud. Las firmas en este formulario deben ser manuscritas. No podemos aceptar firmas electrónicas.

Si usted está listo para enviar una solicitud de beneficios en nombre del reclamante, usted puede enviarla al mismo tiempo que envía este formulario.

Nota: Usted, como el agente autorizado, es la única persona que puede enviar una solicitud de beneficios en nombre del reclamante.

¿Necesita ayuda?

Esta información es vital. El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. OED ofrece ayuda gratuita para que pueda usar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y de lenguaje oral, 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, llamen al 711. También puede enviar un correo electrónico a access.paidleave@oregon.gov.

SECCIÓN 2: INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

Persona que solicita ser un agente autorizado: Complete las Partes A, B y C de este formulario.

- **Parte A:** Complete esta parte con la información del reclamante fallecido y la fecha de su fallecimiento.
- **Parte B:** Completa esta parte con su propia información.
- **Parte C:** Complete, firme **físicamente** y feche esta parte. No podemos aceptar firmas electrónicas.
    - La autorización termina automáticamente cuando finaliza el año de beneficios actual del reclamante fallecido, o si usted no envía una solicitud de beneficios de Permiso Pagado dentro de los 30 días posteriores a su aprobación como agente autorizado.
- Adjunte documentos que confirmen su relación con el reclamante fallecido y documentos que muestren la identidad del reclamante fallecido y su propia identidad. Puede encontrar una lista de documentos aceptables que puede utilizar para estos fines en la Sección 3 de las instrucciones.
- Adjunte un certificado de defunción u otra documentación aprobada por el departamento que muestre la fecha de fallecimiento.
- Debe enviar este formulario y cualquier otro documento requerido a Permiso Pagado de Oregon. Puede enviarlos electrónicamente a través de la forma 'Contáctenos' en frances.oregon.gov, o por correo a esta dirección:

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

SECCIÓN 3: DOCUMENTOS ACEPTABLES

Documentos aceptables para confirmar su relación con el fallecido:

- Certificado legal de Nacimiento
- Certificado legal de Matrimonio
- Otros documentos, a discreción de Permiso Pagado de Oregon, emitidos por un tercer independiente que establezcan el matrimonio, la paternidad o cualquier otra relación familiar entre el solicitante y la persona que solicita el estatus de agente autorizado en nombre del solicitante.
- Documento de fideicomiso que establece que usted es un fiduciario.

Documentos aceptables para establecer la identidad del reclamante fallecido y de la persona que solicita actuar en representación del reclamante fallecido:

Nota: Usted debe enviar dos documentos de identidad primarios, o un documento primario y dos secundarios para usted y para el reclamante que representará.

Documentos primarios

- Licencia de conducir (o permiso de instrucción provisional) emitida por un estado o territorio de EE. UU. (Aceptaremos una licencia vencida si venció en los últimos 12 meses y está intacta.)
- Otro documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno (Debe ser una identificación permanente con fotografía. No se aceptan identificaciones militares, ni documentos temporales o en papel)
- Identificación con foto emitida por el estado (Aceptaremos una identificación vencida si se venció en los últimos 12 meses y está intacta.)
- Pasaporte de EE. UU. o Tarjeta de Pasaporte de EE. UU.
- Tarjeta de Residente Permanente de EE. UU. (I-551)
- Tarjeta de Autorización de Empleo (1-766) emitida por USCIS (No tarjetas emitidas por un empleador)
- Pasaporte extranjero
- Tarjeta de Identificación Médica de Veteranos
- Tarjetas de Viajero Confiable del DHS (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- Licencia de conducir Canadiense
- Certificado de Naturalización (Forma N-550 o N-570)
- Tarjeta de Identificación Nacional (solo si reside fuera de EE. UU.)
- Tarjeta de Identificación con fotografía emitida por una Tribu reconocida federalmente
- Visa de No-inmigrante emitida por el Departamento de Estado de EE. UU. (no vencida por más de cinco años)
- Visa de Inmigrante Temporal (I551) emitida por el Departamento de Estado de EE. UU. (no vencida por más de cinco años)

Documentos secundarios (Los escaneos a color y los PDF de los siguientes documentos, se consideran aceptables como documentos secundarios)

- Tarjeta de Seguro Social
- Certificación de EE. UU. de Nacimiento en el Extranjero (FS-545)
- Certificación de EE. UU. del Reporte de Nacimiento (DS-1350)
- Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero de EE. UU. (FS-240)
- Tarjeta de seguro médico en los Estados Unidos
- Certificado de nacimiento de EE. UU. con sello oficial (nombre y apellido)
- Forma W-2
- Forma 1098
- Tarjeta de seguro de automóvil
- Tarjeta de paso fronterizo
- Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE. UU.
- Tarjeta de Identidad de Ciudadano Estadounidense (I-197)
- Tarjeta de Certificado de estatus Indígena de Canadá
- Identificación con fotografía de estudiante de colegio o universitario
- Certificado de notas de universidad o colegio
- Certificado de baja del Departamento de Defensa
- Estado de cuenta del seguro de automóvil o de vivienda
- Carta atestiguando la residencia en el estado de Oregon
- Certificación de Beneficiario del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
- Documento tribal de Nativo Americano
- Formulario 1099 (no emitido por el Seguro Social)
- Declaración de Beneficios del Seguro Social (Formulario SSA-1099)
- Tarjeta o certificado de registro de votante de EE. UU. o de un territorio de EE. UU.
- Certificación de beneficiario del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Puerto Rico

Documentos secundarios (Deben de ser de menos de 90 días)

- **Factura de servicios públicos** (mostrando su número de cuenta, nombre completo y dirección actual)
- **Factura médica** (mostrando su número de cuenta, nombre completo y dirección actual)
- **Estado de cuenta bancaria, de préstamo o de institución financiera** (que muestre su número de cuenta, nombre completo, y dirección actual; emitido por el banco)
- **Talón de cheque** (mostrando su nombre completo, nombre del empleador o de la compañía, dirección actual; debe de ser un talón de la nómina, no un cheque)

Permiso Pagado de Oregon

Formulario de Agente Autorizado para un Reclamante Fallecido

PARTE A – INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE FALLECIDO

Nombre:	Apellido:
Número de Seguro Social (SSN): _____ o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): _____	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / /	Fallecimiento (DD/MM/AAAA): / /
Dirección:	Dirección postal (si es distinta de la dirección física):
Dirección de correo electrónico (Opcional):	Número de teléfono (Opcional):

PARTE B – INFORMACIÓN DEL AGENTE AUTORIZADO

Nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / /	Relación con el reclamante:
Dirección:	Dirección postal (si es distinta de la dirección física):
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico (Opcional):

PARTE C – AUTORIZACIÓN Y FIRMA DEL AGENTE AUTORIZADO

Certificación del Agente Autorizado: Soy un cónyuge sobreviviente, un fiduciario de un fideicomiso inter vivos (fideicomiso en vida), un hijo/a, padre o madre, hermano o hermana, sobrino o sobrina de la persona que falleció. Actúo en el mejor interés del patrimonio del reclamante fallecido y mantendré la confidencialidad de cualquier información que reciba de Permiso Pagado de Oregon en nombre del reclamante.

Firma del agente autorizado:	Fecha: / /

De qué maneras puede terminar su estatus aprobado como representante autorizado de un reclamante fallecido:

- **Su autorización terminará automáticamente al finalizar el año de beneficios vigente del reclamante.**
- **Su autorización finalizará si usted no solicita los beneficios de Permiso Pagado para el reclamante dentro de los 30 días posteriores a su aprobación como agente autorizado.**

Usted debe firmar este formulario físicamente. No podemos aceptar firmas electrónicas.

Permiso Pagado de Oregon

Instrucciones para Solicitar Beneficios

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 o llamándonos 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 en frances.oregon.gov.

VERIFICACIÓN DEL PERMISO

Debe mostrar verificación para su evento de vida específico incluyendo el documento de verificación apropiado. 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 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.

INFORMACIÓN SOBRE OTROS BENEFICIOS:

Beneficios de Seguro de Desempleo y compensación para trabajadores para tiempo perdido

En cualquier semana en la que sea elegible para recibir beneficios de compensación para trabajadores para tiempo perdido o Seguro de Desempleo, no podrá recibir beneficios de Permiso Pagado para esa semana.

Los beneficios por tiempo perdido son beneficios de compensación de trabajadores que reemplazan los sueldos de un empleado.

¿Necesita ayuda?

Esta información es vital. El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. OED proporciona ayuda gratuita para que usted pueda usar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y hablado, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, por favor llame al 833-854-0166 (llamada gratuita). Usuarios de TTY (Dispositivo de Telecomunicación para Sordos) pueden llamar al 711. También usted puede enviar un correo electrónico a access.paidleave@oregon.gov.

Permiso Pagado de Oregon

Solicitud de Beneficios

IDENTIFICATION

Número de Seguro Social (SSN): _____ o

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:

¿Cuáles son sus pronombres? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Él/él
- ☐ La/ella
- ☐ Ellos
- ☐ Prefiero no decirlo
- ☐ Sin preferencia
- ☐ No aparece en la lista: _____
- ☐ No estoy seguro (para el representante autorizado)

¿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

Nombre:	SSN/ITIN:

IDENTIFICACIÓN (continuado)

Cuando 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 en Línea en frances.oregon.gov.

Número de teléfono # 1	**Número de teléfono # 2** (opcional)
☐ Teléfono móvil	☐ Télefono móvil
☐ Teléfono de casa	☐ Teléfono de casa
☐ Teléfono de negocio	☐ Teléfono de negocio
Número de teléfono: (____) _____ - _____	Número de teléfono: (____) _____ - _____

DIRECCIÓN FÍSICA

Calle línea 1:			
Calle línea 2:			
Tipo de unidad:		Número de unidad:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Atención:		País:	

DIRECCIÓN FÍSICA (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:	

Nombre:	SSN/ITIN:

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 porque usted, su hijo(a) o dependiente es víctima de agresión sexual, violencia doméstica, acoso, crímenes de prejuicio o acecho? ☐ Sí ☐ No

Permiso de pre-colocación. ¿Está tomando permiso de pre-colocación para realizar actividades necesarias antes de adoptar un niño(a) o de que un niño(a) de acogida se una a su hogar? (Debe tomar el permiso de forma intermitente con este tipo de permiso. Debe presentar una reclamación semanal por cada semana de permiso que tome). ☐ Sí ☐ No

¿En qué fecha planifica comenzar su permiso? ___/___/___(DD/MM/AAAA)
¿Cuál es la fecha de finalización de su permiso solicitado? ___/___/___(DD/MM/AAAA)

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 explique la relación que es igual a la de un familiar.

_____

_____

Nombre:	SSN/ITIN:

Información de contacto de la persona que está cuidando:

Nombre:

Apellido:

Número de teléfono:

Dirección de la persona que está cuidando:

Calle línea 1:

Calle línea 2:

Tipo de unidad:	Número de unidad:

Cuidad:	Estado:	Código postal:	País:

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

☐ Apoyo emocional o consuelo

☐ Hacer arreglos para la atención médica o completar otras tareas administratives

☐ Asistencia médica o física

☐ Transporte hacia la atención médica

☐ Otro

Si la respuesta es “Otro,” por favor explique:

Nombre:	SSN/ITIN:

Permiso de seguridad

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

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)

☐ Buscar ayuda legal o de aplicación de la ley para su salud y seguridad, de su hijo(a) o dependiente, incluyendo prepararse y participar en audiencias judiciales que sean relacionadas con agresión sexual, violencia doméstica, acoso, crímenes de prejuicio, o acecho

☐ Buscar tratamiento médico para recuperarse de lesiones causadas por agresión sexual, violencia doméstica, acoso, delitos de prejuicio, o acecho contra usted, su hijo(a), o dependiente

☐ Obtener asesoramiento para usted, su hijo o su dependiente de un profesional de salud mental autorizado porque usted, su hijo o su dependiente son sobrevivientes de agresión sexual, violencia doméstica, acoso, delitos de prejuicio, o acecho

☐ Obtener servicios para usted, su hijo o su dependiente de un proveedor de servicios para víctimas porque usted, su hijo o su dependiente son sobrevivientes de agresión sexual, violencia doméstica, acoso sexual, delitos de prejuicio, o acecho

☐ Reubicar y tomar medidas para proteger una casa existente que garantice la salud y seguridad o la seguridad de su hijo o dependiente

☐ 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.

Incluya todos estos trabajos, incluso si:

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

Nombre:	SSN/ITIN:

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 usted eligió cobertura) debe enviar su información salarial trimestralmente. Permiso Pagado utilizará esta información para calcular sus beneficios semanales. Si no podemos igualar o verificar su salario, nos comunicaremos con usted para obtener información adicional.

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:	Unit number:

Cuidad:	Estado:	Código postal:	Condado:

Attención:	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: / / (DD/MM/AAAA)

¿Todavía trabaja para este empleador? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “No”, último día trabajado / / (DD/MM/AAAA)

Frecuencia del pago:

☐ Por hora	☐ Dos veces al mes
☐ Diariamente	☐ Mensualmente
☐ Por semana	☐ Anualmente
☐ Cada dos semanas	

Nombre:	SSN/ITIN:

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

¿Ha tomado o planea tomar permiso de este empleador? ☐ Sí ☐ No
Si está tomando 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
Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo lo notificó a este empleador? ____ / _ / ____ (DD/MM/AAAA)

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:	Unit number:

Cuidad:	Estado:	Código postal:	Condado:

Attención:	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: / / (DD/MM/AAAA)

¿Todavía trabaja para este empleador? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "No", último día trabajado / / (DD/MM/AAAA)

Nombre:	SSN/ITIN:

Frecuencia del pago:

☐ Por hora	☐ Dos veces al mes
☐ Diariamente	☐ Mensualmente
☐ Por semana	☐ Anualmente
☐ Cada dos semanas	

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

¿Ha tomado o planea tomar permiso de este empleador? ☐ Sí ☐ No

Si está tomando 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

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo lo notificó a este empleador? ____ / _ / ____ (DD/MM/AAAA)

Empleador #3

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:	Unit number:

Cuidad:	Estado:	Código postal:	Condado:

Attención:	País:

Nombre de contacto del empleador:

Número de teléfono de contacto del empleador:

Dirección de correo electrónico de contacto del empleador:

Nombre:	SSN/ITIN:

Información de trabajo y permisos

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

¿Todavía trabaja para este empleador? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "No", último día trabajado / / (DD/MM/AAAA)

Frecuencia del pago:

☐ Por hora	☐ Dos veces al mes
☐ Diariamente	☐ Mensualmente
☐ Por semana	☐ Anualmente
☐ Cada dos semanas	

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

¿Ha tomado o planea tomar permiso de este empleador? ☐ Sí ☐ No

Si está tomando 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

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo lo notificó a este empleador? ____ / _ / ____ (DD/MM/AAAA)

Trabajo por cuenta propria #1

Nombre del negocio del empleador, 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:	Unit number:

Cuidad:	Estado:	Código postal:	Condado:

Attención:	País:

Nombre de contacto del empleador:

Número de teléfono de contacto del empleador:

Nombre:	SSN/ITIN:

Dirección de correo electrónico de contacto del empleador:

Información de trabajo y permisos

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

¿Sigue trabajando por cuenta propia y trabajando en este negocio? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "No", último día trabajado / / (DD/MM/AAAA)

Ocupación (puesto de trabajo):

Frecuencia de ingresos recibidos del negocio:

☐ Por hora	☐ Dos veces al mes
☐ Diariamente	☐ Mensualmente
☐ Por semana	☐ Anualmente
☐ Cada dos semanas	

Para la frecuencia de pago que seleccionó, ¿cuál es su cantidad de pago de este negocio?

¿Ha tomado o planea tomar permiso de este trabajo por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No
Si está tomando 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 o más trabajo por cuenta propia. Entonces complete y adjunte el Formulario de empleadores complementarios paidleave.oregon.gov/sp/resources/forms-and-checklists.html).

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 permiso, enumere la cantidad

promedio de días que trabajó en Oregon cuando 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:

/ / (DD/MM/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. Trabajará entre las fechas de inicio y finalización de su permiso. También es posible que este tomando permiso de dos o más tipos de permiso al mismo tiempo o que estés tomando permiso de pre-colocación.

Nota: Al seleccionar esta opción, debe enviarnos el Formulario de reclamo semanal cada semana que tome un permiso. Usted debe enviarnos la forma 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. Llámenos at 833-854-0116 para solicitar el formulario.

Para enviar reclamaciones semanales más rápido y ver el estado semanal de su reclamo, cree una cuenta de Frances en Línea en frances.oregon.gov.

☐ **Horario de permiso consecutivo.** Usted toma permiso por un evento calificado a la vez y no trabaja para ninguno de sus empleadores (o trabajo por cuenta propia) durante el período de permiso aprobado.

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 permiso?

Círcula una opción 1 2 3 4 5 6 7

Nombre:	SSN/ITIN:

OTROS BENEFICIOS

¿Ha recibido o espera recibir beneficios de compensación para trabajadores para tiempo perdido 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

No utilizaremos sus respuestas en esta sección de la solicitud para tomar decisiones sobre su reclamo. Utilizaremos sus respuestas 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
- ☐ 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 autorizado)

¿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 autorizado)

What is your veteran or military status? ¿Cuál es su condición veterano o militar? (Elija una respuesta)

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

¿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 autorizado)

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

Nombre:	SSN/ITIN:

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: _____

Por favor, 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 en una 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:

☐ 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. Al firmar a continuación, estoy presentando un reclamo para beneficios de Permiso Pagado de Oregon.

☐ Yo autorizo a Permiso Pagado de Oregon a divulgar información relevante sobre mi reclamo a mi(s) empleador(es), incluyendo, entre otros, información sobre mi solicitud de permiso; la aprobación o denegación de mi reclamo; las fechas, duración y frecuencia de permiso; y la cantidad de mi beneficio semanal.

☐ Yo autorizo a Permiso Pagado de Oregon a divulgar información relevante sobre mi reclamo a los proveedores de atención médica relacionados con mi reclamo de permiso pagado.

☐ Yo entiendo que debo notificar a Permiso Pagado de Oregon sobre 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 (DD/MM/AAAA):
Firma del representante designado del reclamante	Fecha (DD/MM/AAAA):
Representante designado del reclamante (nombre en letra de imprenta):	
Firma del representante autorizado del reclamante que está incapacitado o ha fallecido:	Fecha (DD/MM/AAAA):

Nota: Debe tener aprobación del departamento para actuar en representación del reclamante como representante designado del reclamante o como representante autorizado, antes de que podamos aceptar una solicitud u otra información de su parte. Los formularios para solicitar este permiso están disponibles en nuestro sitio web.

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

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

Algunos materiales y servicios podrían estar disponibles solamente en inglés.
Los enlaces incluidos en esta comunicación podrían dirigirlo a sitios web 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
$0	**$0**	**$0** dentro de la red **$2.00*** fuera de la red	**N/A**

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

Cobramos otros 3 tipos de cargos. Estos son algunos de ellos:

Transacción Internacional	3%
Reemplazo de Tarjeta (entrega estándar o expresa)	$0 o $15.00

*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.

Sin prestación de sobregiro/crédito.
Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite *cfpb.gov/prepaid*.
Encuentre detalles y condiciones de todos los cargos y servicios consultando el paquete de la tarjeta, llamando al **1-855-282-6161** o visitando **usbankreliacard.com**.

CR-57059532 - Spanish

Todos los cargos	Monto	Detalles
Retiros de efectivo		
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 *usbank.com/locations* o *moneypass.com/atm-locator.html*.
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®.
Uso de su tarjeta fuera de los EE. UU.		
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 correspondientes 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.
Otros		
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.

La Tarjeta ReliaCard es emitida por U.S. Bank National Association de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. ©2025 U.S. Bank. Miembro FDIC.

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, podrían estar disponibles solamente en inglés. Los enlaces incluidos en esta comunicación podrían dirigirlo a sitios web 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 quiebre. Consulte *fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html* 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***.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite *cfpb.gov/prepaid*. 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*.

CR-57059532 - Spanish

Permiso Pagado de Oregon

Pago vencido a un difunto
Instrucciones para la solicitud

Utilice este formulario para reclaimar un pago de Permiso Pagado de Oregon en nombre de un difunto (una persona que ha fallecido).

¿Quién debería utilizar este formulario?

Un sobreviviente de una persona fallecida debe enviar el formulario de solicitud de pago adeudado al difunto para reclamar un pago pendiente cuando no hay un fideicomisario o representante designado por la corte.

Si la corte ha designado un representante personal, o se ha presentado una declaración jurada de una herencia pequeña, utilice este formulario para solicitar un cheque de reemplazo a nombre del representante personal o persona responsable de la pequeña herencia..

Para fideicomisos en vida revocables (fideicomiso en vida)

Si usted es fideicomisario de un fideicomiso en vida revocable, un fideicomiso en vida, debería poder cobrar el cheque original emitido a nombre del difunto. Si no puede cobrar el cheque, devuélvalo con el formulario completo y una copia del certificado de defunción, si han pasado al menos seis meses desde que falleció la persona. Envíelos a la dirección que figura en el formulario.

Para herencias no testadas o cerradas

Si ha recibido un cheque a nombre del difunto y no puede cobrarlo, devuelva el cheque, una copia del certificado de defunción y el formulario completo a la dirección que figura en el formulario. El pago puede volver a emitirse a su nombre.

Para las sucesiones testamentarias abiertas

Si el representante personal presenta este formulario para reclamar el pago de la herencia de la persona fallecida, adjunte una copia de la citación de la corte o una copia de la declaración jurada. El Departamento de Empleo de Oregon emitirá un cheque a nombre del difunto, al cuidado del del representante personal.

Para evitar retrasos en el reembolso, recuerde:

- Responda cada pregunta en el formulario.
- Adjunte copia del certificado de defunción.
- Adjunte copia de la cita de la corta, si la hubiere.
- Adjunte una copia del cheque enviado al difunto.
- Firme la declaración jurada.

Permiso Pagado de Oregon

Pago vencido a un difunto

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre legal: _____ Apellido(s) legal(es): _____

Fecha de fallecimiento *(MM/SS/AAAA)*: _____ / _____ / _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ o

Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN):

_____

Dirección *(residencia permanente o último lugar de residencia en la fecha del fallecimiento)*:

_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre legal: _____ Apellido(s) legal(es): _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ o

Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)

_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN Y FIRMA

1. ¿Ha designado la corte a un representante personal para la herencia? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Sí," el representante personal debe reclamar el pago.
2. ¿Se ha presentado una declaración jurada de pequeña herencia ante el secretario del condado? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Sí," la parte responsable de la declaración jurada debe reclamar el pago.
3. ¿Se ha cerrado el testamento o la pequeña herencia? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Si," el solicitante del número 6 debe reclamar el pago..
4. Si la herencia tiene un proceso testamentario abierto, presento esta declaración como (*marque solo una casilla*):
   - ☐ a. Representante personal de la herencia.. (*Adjunte una copia de la cita de la corte).*
   - ☐ b. Parte responsable que presenta una declaración jurada para una herencia pequeña. (*Adjunte copia de la declaración jurada).*

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Para herencias no testadas o cerradas

5. ¿El total adeudado a la persona fallecida (excepto sueldos o salarios) de todas las agencias del estado de Oregon excede los $10,000? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Si," debe presentar una declaración jurada de herencia pequeña o abrir un juicio testamentario para recibir el pago.

6. Si la herencia no se va a testamentar o se ha cerrado el juicio testamentario, yo califico para recibir el pago bajo uno de los siguientes grupos de parentesco (*marque solo una casilla*):
   - ☐ Cónyuge sobreviviente o pareja de hecho registrada
   - ☐ Fideicomisario de un fideicomiso en vida revocable creado por el difunto
   - ☐ Hijos del difunto o hijos del hijo fallecido del difunto
   - ☐ Padres del difunto
   - ☐ Hermanos o hermanas del difunto
   - ☐ Sobrinos o sobrinas del difunto

CERTIFICACIÓN

Prometo usar todo el dinero para pagar los gastos de la última enfermedad y funeral del difunto si fuera necesario. Si, después del pago del cheque por parte del tesorero del estado, se legaliza la herencia del difunto, prometo rendir cuentas en su totalidad al representante personal. Si la herencia no es testamentaria, prometo rendir cuentas plenamente a las demás personas con derecho a participar en este reembolso. Entiendo que el estado de Oregon no es responsable de dicha rendición de cuentas. Declaro que no existen familiares más estrechamente relacionados con el difunto. Declaro bajo pena de falso juramento que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas..

_____ _____

Firma del solicitante Fecha *(MM/MDD/AAAA)*

Proporcione toda la información requerida.. La falta de información puede causar un retraso procesando su solicitud.
Envíe por correo su formulario completo y todos los documentos requeridos a:

Attn: Paid Leave Oregon
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 usted pueda usar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y hablado, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, por favor llame al 833-854-0166 (llamada gratuita). Usuarios de TTY (Dispositivo de Telecomunicación para Sordos) pueden llamar al 711. También usted puede enviar un correo electrónico a paidleave@oregon.gov.