

귀하는 이 신청서를 작성하고 귀하의 휴가 유형에 맞는 적절한 서류를 첨부하여 오리건 유급휴가 혜택을 신청할 수 있습니다. 신청서를 작성하기 전에 모든 혜택 자격 요건에 대해 알아두는 것이 좋습니다. 이러한 정보는 paidleave.oregon.gov를 방문하거나 833-854-0166번으로 전화하여 확인할 수 있습니다.

신청서는 귀하의 휴가 시작일 **30일 전**, 또는 이 날짜로부터 최대 **30일** 후에 보낼 수 있습니다. 귀하가 통제할 수 없는 상황으로 인해 **60일** 기간 내에 신청서를 제출할 수 없는 경우에는 귀하의 휴가 시작 후 최대 **1년**까지 유급휴가 담당 부서에 신청서를 접수할 수 있습니다. 귀하가 통제할 수 없는 상황이 발생할 경우에는 유급휴가 부서에 지연 사유를 설명하는 서류를 보내야 합니다. 그러면 유급휴가 부서에서 서류를 검토하고 결정을 내립니다.

혜택을 신청하고, 귀하의 청구 건에 대한 진행 상황을 확인하고, 혜택액을 확인하는 가장 빠르고 쉬운 방법은, frances.oregon.gov에서 오리건 유급휴가 계정을 생성하는 것입니다.

휴가 확인

귀하의 특별한 생활 이벤트에 대해서는 적절한 증빙 서류를 첨부하여 이를 입증해야 합니다. 유급휴가 부서는 본 문서를 사용하여 귀하가 혜택을 받을 자격이 있는지, 귀하가 신청한 휴가 유형에 대한 정의를 충족하는지 결정하고, 귀하가 혜택을 청구할 수 있는 기간은 물론, 휴가 금액까지 계산합니다. 수용 가능한 증빙 서류는 paidleave.oregon.gov/resources/resources.html에서 직원 가이드북을 참조하시기 바랍니다. 이 신청서에는 수용되는 판독 가능한 증빙 서류 사본을 첨부해야 합니다.

다른 혜택에 관한 정보

실업보험 및 산재보험 휴업 수당

귀하가 산재보험 휴업 수당 또는 실업보험 수당을 받는 동안은 어떠한 주에 대해서도, 해당 주의 유급휴가 수당을 받을 수 없습니다.

휴업 혜택은 직원의 임금을 대체하는 산재보험 수당입니다.

식별 정보

사회보장번호(SSN): _____ 또는

개인 납세자 식별 번호(ITIN): _____

법적 이름:

법적 중간 이름(있을 경우)

법적 성:

선호하는 이름:

현재 또는 과거 고용주(들)이 알고 있는 귀하의 이름:

생년월일(MM/DD/YYYY): / /

운전면허증 또는 주 신분증 번호(있는 경우):

발행 주:

귀하에 해당하는 대명사는 무엇입니까? (해당 사항을 모두 선택하세요)

- 그/그를/그의
- 그녀/그녀를/그녀의
- 그들/그들은/그들의
- 말하고 싶지 않음
- 선호 사항 없음
- 기타(목록에 없는 경우): _____
- 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우)

귀하는 어떤 언어로 서비스를 받고 싶으십니까?

- 영어
- 스페인어

저희는 귀하가 저희의 서비스를 사용할 수 있도록 무료로 도움을 제공합니다. 몇 가지 예시입니다: 수화 통역사, 음성 통역사, 다른 언어로 된 서면 자료, 큰 활자, 오디오, 및 기타 형식.

저희의 서비스를 이용하는 데 도움이 필요하신가요?

- 예
- 아니요

이름:		SSN/ITIN:	
식별 정보(계속)			
<p>귀하가 오리건 유급휴가 혜택을 신청할 때는 내국세법 및 오리건 주 행정 규칙에 따라 납세자 식별 번호(TIN)를 제공해야 합니다. 귀하의 TIN은 귀하의 지정된 사회보장번호(SSN)이거나 개인 납세자 식별 번호(ITIN)입니다. 오리건 주 고용부(OED)는 귀하의 신원을 확인하고 귀하에 대한 혜택 지급 내역을 국세청 및 오리건 주 세무부에 보고하기 위해 이 정보를 이용합니다. 귀하의 TIN이 SSN인 경우, OED는 사회보장국에 이를 확인할 것입니다. 귀하의 TIN이 ITIN인 경우, OED는 국세청에 이를 확인할 수 있습니다. OED는 귀하의 청구에 대한 처리 기록 및 오리건 유급휴가와 관련된 통계 목적으로 귀하의 TIN을 사용합니다. 이러한 통계에는 개인 식별 정보가 포함되지 않을 것입니다. OED는 부채를 회수하기 위해 귀하의 TIN을 사용할 수 있습니다.</p>			
연락처 정보			
이메일 주소: _____			
<p>참고: 고용부로부터 전자적으로 정보를 받으려면 frances.oregon.gov에서 Frances Online 계정을 만드세요.</p>			
전화번호 #1		전화번호 #2 (선택 사항)	
<input type="checkbox"/> 휴대폰		<input type="checkbox"/> 휴대폰	
<input type="checkbox"/> 집 전화		<input type="checkbox"/> 집 전화	
<input type="checkbox"/> 회사 전화		<input type="checkbox"/> 회사 전화	
전화번호: (____) ____ - _____		전화번호: (____) ____ - _____	
물리적 주소			
거리 주소 1:			
거리 주소 2:			
건물 유형:		건물 번호:	
도시:	주:	우편번호:	카운티:
담당자:		국가:	
우편 주소 (물리적 주소와 다른 경우)			
거리 주소 1:			
거리 주소 2:			
건물 유형:		건물 번호:	
도시:	주:	우편번호:	카운티:
담당자:		국가:	

이름:

SSN/ITIN:

휴가 유형 및 기간

귀하는 어떤 유형의 휴가를 신청하고 있습니까? (하나에 대해서만 '예'를 선택하세요)

유대 휴가. 귀하는 자녀가 출생한 후 첫 1년 동안, 또는 위탁 양육 또는 입양을 통해 자녀가 들어온 후 첫 1년 동안 자녀를 돌보고 유대감을 형성하기 위해 가족 휴가를 사용하십니까?

예 아니요

가족 휴가. 귀하는 심각한 건강 상태가 있는 가족 구성원을 돌보기 위해 가족 휴가를 사용하십니까?

예 아니요

의료 휴가. 귀하는 심각한 건강 문제로 인해 의료 휴가를 사용하십니까? 예 아니요

안전 휴가. 귀하 또는 귀하의 자녀나 부양가족이 성폭력, 가정폭력, 괴롭힘, 증오 범죄 또는 스토킹의 피해자이기 때문에 안전 휴가를 사용하십니까? 예 아니요

사전 배치 휴가. 귀하는 자녀를 입양하거나 위탁 아동을 가정으로 맞이하기 전에 필요한 활동을 하기 위해 사전 배치 휴가를 사용하십니까? (이러한 종류의 휴가는 필요할 때마다 나누어 사용해야 하며, 휴가를 사용할 각 주(週)마다 주간 청구를 해야 합니다.) 예 아니요

귀하는 휴가를 언제 시작할 계획입니까? /_/_(MM/DD/YYYY)

신청한 휴가의 종료일은 언제입니까? _/_____/_ (MM/DD/YYYY)

이름:	SSN/ITIN:
-----	-----------

휴가 유형에 관한 추가 질문

위의 섹션에서 귀하가 선택한 휴가 유형과 관련된 질문에 답변하세요. 모든 휴가 유형에 추가 질문이 있는 것은 아닙니다.

가족 돌봄 휴가

귀하는 어떤 가족 구성원을 돌보기 위해 휴가를 사용하십니까? 자녀 손주
 조부모 부모 형제자매 배우자 또는 동거 파트너 기타

기타인 경우, 가족과 똑같이 돌봄 관계에 있는 사람인지 설명하세요.

귀하가 돌보는 사람의 연락처 정보:

이름:

성:

전화번호:

귀하가 돌보는 사람의 주소:

거리 주소 1:

거리 주소 2:

건물 유형:	건물 번호:
--------	--------

도시:	주:	우편번호:	카운티:
-----	----	-------	------

귀하는 귀하의 가족 구성원에게 어떤 유형의 돌봄 또는 지원을 제공하고 있습니까?
 귀하의 상황에 가장 적합한 옵션을 선택하세요.

- 정서적 지지 또는 위로
- 의료 서비스를 위한 준비 또는 기타 행정 업무 처리
- 의료 또는 신체적 지원
- 의료 서비스 이용 시 교통 지원
- 기타

기타인 경우, 내용을 설명해 주세요.

이름:

SSN/ITIN:

안전 휴가

안전 휴가가 필요한 사람은 누구입니까? 나 자신 내 자녀 또는 부양 가족

참고: 귀하의 자녀는 만 18세 미만이어야 하고, 만 18세 이상인 경우 독립적인 생활이 제한될 만큼 신체적 또는 정신적 장애가 있어서 부양이 필요한 성인이어야 합니다.

안심 휴가의 목적(들)을 선택하세요 (귀하의 상황에 가장 적합한 옵션을 선택하세요).

- 귀하, 자녀 또는 부양가족의 건강 및 안전을 위해 법적 또는 법 집행 기관의 도움을 요청하기 위해(여기에는 성폭력, 가정 폭력, 괴롭힘, 증오 범죄 또는 스토킹과 관련된 법원 심리를 준비하거나 참여하는 것이 포함될 수 있습니다.)
- 성폭력, 가정폭력, 괴롭힘, 증오 범죄 또는 스토킹으로 인해 발생한 부상에 대하여 본인, 자녀 또는 부양가족이 의료적 치료를 받거나 회복하기 위함
- 본인, 자녀 또는 부양가족이 성폭력, 가정폭력, 괴롭힘, 증오 범죄 또는 스토킹의 피해자에 해당하여, 공인된 정신건강 전문가로부터 상담을 받기 위함
- 본인, 자녀 또는 부양가족이 성폭력, 가정폭력, 괴롭힘, 증오 범죄 또는 스토킹의 피해자에 해당하여, 피해자 지원 서비스 제공기관으로부터 서비스를 받기 위함
- 본인 또는 자녀나 부양가족의 건강과 안전을 보호하기 위해 거주지를 이전하거나, 현재 거주 중인 주거지를 안전하게 보호하는데 필요한 조치를 취하기 위함
- 해당 사항 없음

고용 정보

다음 기간 동안 귀하가 오리건 주에서 가졌던 모든 직업에 대한 정보를 기록하세요.

- 유급휴가를 받기 전 18개월 동안
- 유급휴가를 사용하는 동안

참고: 귀하의 휴가가 아직 시작되지 않았거나 유급휴가 사용 중에 있는 경우, 귀하가 오늘 날짜까지 일해왔던 직업만 포함하세요. 오리건 유급휴가 보장을 선택하셨다면, 모든 자영업 사업체를 포함하세요.

다음과 같은 경우에도, 이들 직업을 모두 포함하세요.

- 귀하가 모든 직장에서 휴가를 받지 않고 있는 경우
- 귀하의 고용주 중 한 곳(또는 그 이상)에서 유급휴가 대체 계획을 갖고 있는 경우

참고: 귀하의 모든 고용주가 자체적으로 동등한 유급휴가 계획을 시행하는 경우, 여기서 작성을 중지하시기 바랍니다. 귀하는 오리건 유급휴가 대신 귀하의 고용주의 플랜을 통해 신청해야 합니다.

귀하는 각 직업에 대해 필요한 모든 정보를 제공해야 합니다.

귀하의 고용주(또는 보험 적용을 선택한 경우, 자영업자로서의 귀하)는 분기별로 임금 정보를 제출해야 합니다. 유급휴가 부서는 이 정보를 이용하여 귀하의 매주 혜택을 계산할 것입니다. 귀하의 임금이 일치하지 않거나 확인할 수 없을 때는 저희가 추가 정보를 위해 귀하에게 연락드릴 것입니다.

이름:		SSN/ITIN:	
고용주 #1			
고용주 상호:			
연방 고용 식별 번호(FEIN):			
사업자 식별 번호(BIN):			
고용주 주소			
거리 주소 1:			
거리 주소 2:			
건물 유형:		건물 번호:	
도시:	주:	우편번호:	카운티:
담당자:		국가:	
고용주 측 담당자 이름:			
고용주 측 담당자 전화번호:			
고용주 측 담당자 이메일 주소:			
근무 및 휴가 정보			
채용일: ____ / __ / ____ (MM/DD/YYYY)			
귀하는 여전히 이 고용주를 위해 일하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
'아니요'인 경우, 마지막 근무 날짜 ____ / ____ / _ (MM/DD/YYYY)			
지급 주기:			
<input type="checkbox"/> 시간제		<input type="checkbox"/> 월 2회제	
<input type="checkbox"/> 일당제		<input type="checkbox"/> 월급제	
<input type="checkbox"/> 주급제		<input type="checkbox"/> 연봉제	
<input type="checkbox"/> 격주제(매2주)			
선택한 지급 주기의 경우, 수령 금액은 얼마입니까?			
해당 고용주로부터 휴가를 이미 사용하였거나, 사용할 계획이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
이 고용주로부터 휴가를 사용할 경우, 이 고용주를 위해 보통 주당 며칠을 근무하십니까? 하나에 동그라미 표시: 1 2 3 4 5 6 7			
이 고용주로부터 휴가를 사용할 경우, 이 고용주에게 귀하의 휴가에 대해 알렸습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
'예'인 경우, 언제 이 고용주에게 알렸습니까? ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)			

이름:		SSN/ITIN:	
고용주 #2			
고용주 상호:			
연방 고용 식별 번호(FEIN):			
사업자 식별 번호(BIN):			
고용주 주소			
거리 주소 1:			
거리 주소 2:			
건물 유형:		건물 번호:	
도시:	주:	우편번호:	카운티:
담당자:		국가:	
고용주 측 담당자 이름:			
고용주 측 담당자 전화번호:			
고용주 측 담당자 이메일 주소:			
근무 및 휴가 정보			
채용일: _____ / _____ / _____ (MM/DD/YYYY)			
귀하는 여전히 이 고용주를 위해 일하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
'아니요'인 경우, 마지막 근무 날짜 _ / _____ / _ (MM/DD/YYYY)			
지급 주기:			
<input type="checkbox"/> 시간제		<input type="checkbox"/> 월 2회제	
<input type="checkbox"/> 일당제		<input type="checkbox"/> 월급제	
<input type="checkbox"/> 주급제		<input type="checkbox"/> 연봉제	
<input type="checkbox"/> 격주제(매2주)			
선택한 지급 주기의 경우, 수령 금액은 얼마입니까?			
해당 고용주로부터 휴가를 이미 사용하였거나, 사용할 계획이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
이 고용주로부터 휴가를 사용할 경우, 이 고용주를 위해 보통 주당 며칠을 근무하십니까? 하나에 동그라미 표시: 1 2 3 4 5 6 7			
이 고용주로부터 휴가를 사용할 경우, 이 고용주에게 귀하의 휴가에 대해 알렸습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
'예'인 경우, 언제 이 고용주에게 알렸습니까? ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)			

이름:		SSN/ITIN:	
고용주 #3			
고용주 상호:			
연방 고용 식별 번호(FEIN):			
사업자 식별 번호(BIN):			
고용주 주소			
거리 주소 1:			
거리 주소 2:			
건물 유형:		건물 번호:	
도시:	주:	우편번호:	카운티:
담당자:		국가:	
고용주 측 담당자 이름:			
고용주 측 담당자 전화번호:			
고용주 측 담당자 이메일 주소:			
근무 및 휴가 정보			
채용일: _____ / _____ / _____ (MM/DD/YYYY)			
귀하는 여전히 이 고용주를 위해 일하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
'아니요'인 경우, 마지막 근무 날짜 __ / _____ / _ (MM/DD/YYYY)			
지급 주기:			
<input type="checkbox"/> 시간제		<input type="checkbox"/> 월 2회제	
<input type="checkbox"/> 일당제		<input type="checkbox"/> 월급제	
<input type="checkbox"/> 주급제		<input type="checkbox"/> 연봉제	
<input type="checkbox"/> 격주제(매2주)			
선택한 지급 주기의 경우, 수령 금액은 얼마입니까?			
해당 고용주로부터 휴가를 이미 사용하였거나, 사용할 계획이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
이 고용주로부터 휴가를 사용할 경우, 이 고용주를 위해 보통 주당 며칠을 근무하십니까? 하나에 동그라미 표시: 1 2 3 4 5 6 7			
이 고용주로부터 휴가를 사용할 경우, 이 고용주에게 귀하의 휴가에 대해 알렸습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
'예'인 경우, 언제 이 고용주에게 알렸습니까? _ / _____ / _____ (MM/DD/YYYY)			

이름:		SSN/ITIN:	
자영업체 #1			
사업명(해당하는 경우)			
연방 고용 식별 번호(FEIN)(해당하는 경우)			
사업자 식별 번호(BIN)(해당하는 경우)			
주소			
거리 주소 1:			
거리 주소 2:			
건물 유형:		건물 번호:	
도시:	주:	우편번호:	카운티:
담당자:		국가:	
고용주 측 담당자 이름:			
고용주 측 담당자 전화번호:			
고용주 측 담당자 이메일 주소:			
근무 및 휴가 정보			
이 회사에서 처음 일을 시작한 날짜: / _ / ____ (MM/DD/YYYY)			
귀하는 여전히 자영업을 하고 있으며 이 사업으로 계속 일하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
'아니요'인 경우, 마지막 근무 날짜 _ / _____ / _ (MM/DD/YYYY)			
직무: (직책)			
회사에서 급여를 받는 주기:			
<input type="checkbox"/> 시간제		<input type="checkbox"/> 월 2회제	
<input type="checkbox"/> 일당제		<input type="checkbox"/> 월급제	
<input type="checkbox"/> 주급제		<input type="checkbox"/> 연봉제	
<input type="checkbox"/> 격주제(매2주)			
선택한 급여 주기의 경우, 이 회사에서 얻은 순이익은 얼마입니까?			
해당 자영업에서 휴가를 이미 사용하였거나, 사용할 계획이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
귀하가 이 사업에서 휴가를 사용할 경우, 이 사업에서 귀하는 일주일에 보통 며칠 일하십니까? 하나에 동그라미 표시: 1 2 3 4 5 6 7			

이름:	SSN/ITIN:
추가 고용주 또는 자영업체 <input type="checkbox"/> 추가로 다른 직업이 더 있거나 자영업체가 더 있는 경우 이 상자를 체크하세요. 그런 다음, 추가 고용주 신고 양식(유급휴가 웹사이트: paidleave.oregon.gov/resources/forms-and-checklists.html)을 작성하여 첨부하세요.	
모든 고용주(및 자영업체) 정보	
귀하는 오리건 주에 있는 귀하의 모든 고용주를 위해 일주일에 평균 며칠 일하십니까? 보장을 선택한 경우, 자영업자로서 하는 업무도 포함하세요. 참고: 귀하가 휴가 기간이 시작된 후에 신청서를 제출하는 경우, 귀하의 휴가 시작 시점에 오리건 주에서 일한 평균 일수를 기재하세요. 하나에 동그라미 표시: 1 2 3 4 5 6 7	
추가 임신 휴가	
이 옵션은 귀하가 가족 돌봄 휴가 또는 의료 휴가를 사용 중인 경우에만 이용할 수 있습니다. 귀하는 현재 임신 중이거나 작년에 출산한 적이 있으며, 임신, 출산, 또는 이에 관련된 질병과 연관된 건강 문제로 인해 추가로 2주의 휴가를 신청하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 귀하가 현재 임신 중이 아닌 경우, 귀하의 임신이 종료된 날짜를 제공하세요: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)	
휴가 일정	
귀하의 휴가 일정 유형은 무엇입니까? (하나만 선택하세요) <input type="checkbox"/> 간헐적 휴가 일정. 휴가 시작일과 종료일 사이에 휴가를 사용하지만, 해당 기간 중 일부 날짜 또는 주에는 근무를 합니다. 또한 두 가지 이상의 휴가 유형을 동시에 사용하고 있거나, 배치 전 휴가를 사용하고 있을 수도 있습니다 참고: 이 옵션을 선택하면, 귀하가 휴가를 사용하는 주마다 주별 청구 양식을 제출해야 합니다. 이 양식은 휴가를 떠나는 매주 말일로부터 30일 이내에 저희에게 보내야 합니다. 귀하의 휴가가 최근에 시작된 경우, 귀하의 신청서와 함께 주별 청구 양식을 포함하세요. 자세한 내용은 주별 청구 양식 지침을 참고하세요. 양식을 요청하려면 833-854-0116으로 전화해 주시기 바랍니다. 주간 신청서 제출 및 진행 상황 확인을 더 신속하게 하려면 frances.oregon.gov 에서 Frances Online 계정을 만드세요. <input type="checkbox"/> 연속 휴가 일정. 휴가는 한 번에 하나의 자격이 되는 사유에 한해 사용하며, 승인된 휴가 기간 동안에는 어떤 고용주에 위해서도(자영업 포함) 일하지 않습니다	

이름:	SSN/ITIN:
-----	-----------

귀하의 혜택을 계산하려면, 다음 정보를 제공하세요. 유급휴가의 경우, 일주일은 일요일부터 토요일까지입니다.

휴가를 시작한 **첫 주**에 며칠간 유급휴가를 사용할 예정입니까?
 하나에 동그라미 표시: **1 2 3 4 5 6 7**

휴가의 **마지막 주**에 며칠간 유급휴가를 사용할 예정입니까?
 하나에 동그라미 표시: **1 2 3 4 5 6 7**

기타 급여 혜택

휴가 중에 산재보험 수당을 받았거나 받을 것으로 예상하십니까?
 예 아니요
 휴가 중에 실업보험 수당을 받았거나 받을 것으로 예상하십니까?
 예 아니요

이름:	SSN/ITIN:
자발적 정보 공개	
<p>신청서의 본 섹션에 기재된 답변은 귀하의 청구에 관한 결정에 영향을 미치지 않습니다. 귀하의 응답은 그룹 데이터 분석에만 사용될 것입니다. 저희가 제공하는 다양한 커뮤니티를 더 잘 이해할 수 있도록, 아래의 인구 통계 정보에 답변해 주시기 바랍니다. 귀하는 모든 질문에 대해 '말하고 싶지 않음' 옵션을 선택할 수 있습니다.</p>	
<p>귀하가 수료한 학교 중 가장 높은 학위 또는 수준은 무엇입니까? (하나의 답변을 선택하세요)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 학교 교육 없음 <input type="checkbox"/> 고등학교 이하 <input type="checkbox"/> 일부 고등학교, 졸업장 없음 <input type="checkbox"/> GED 또는 이와 동등한 것을 포함한, 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> 기술, 무역, 또는 직업 학교 <input type="checkbox"/> 일부 학부 교육 또는 준학사 학위 <input type="checkbox"/> 학사 학위 <input type="checkbox"/> 대학원 학위 <input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음 <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우) <p>귀하는 장애가 있습니까? (하나의 답변을 선택하세요)</p> <p>주요 활동을 실질적으로 제한하는 신체적, 지적, 및/또는 발달 장애 또는 의학적 상태가 있거나, 장애 또는 의학적 상태의 병력 또는 기록이 있는 경우, 귀하는 장애가 있는 것으로 간주될 것입니다. 여기에는 장애가 있는 것으로 간주되는 경우도 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음 <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우) 	<p>귀하의 재향 군인 또는 군인 신분은 무엇입니까? (하나의 답변을 선택하세요)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 저는 미군, 예비군, 또는 방위군 출신 재향 군인입니다 <input type="checkbox"/> 저는 미군, 예비군, 또는 방위군 현역입니다 <input type="checkbox"/> 저는 재향 군인도 군인 신분도 아닙니다 <input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음 <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우) <p>다음 중 귀하를 가장 잘 설명하는 것은 무엇입니까?</p> <p>(해당하는 모든 항목에 체크하세요)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언, 아메리카 원주민, 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계/a/x <input type="checkbox"/> 하와이 원주민, 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 중동/북아프리카 <input type="checkbox"/> 직접 기술하기로 선택: _____ <input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음 <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우)

이름:	SSN/ITIN:
<p>귀하는 히스패닉계, 라틴계/a/x 또는 스페인계입니까? (하나의 답변을 선택하세요)</p> <p><input type="checkbox"/> 예, 저는 히스패닉, 라틴계/a/x 또는 스페인계입니다</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요, 저는 히스패닉, 라틴계/a/x 또는 스페인계가 아닙니다</p> <p><input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우)</p> <p>귀하의 성별(생리학적)은 무엇입니까? (하나의 답변을 선택하세요)</p> <p><input type="checkbox"/> 여자/여성</p> <p><input type="checkbox"/> 남자/남성</p> <p><input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음</p> <p>귀하는 트랜스젠더입니까? (하나의 답변을 선택하세요)</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 질문 중/탐색 중</p> <p><input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 저는 이 질문이 무엇을 묻는지 모르겠습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우)</p>	<p>귀하의 성별(젠더)은 무엇입니까? (해당하는 모든 항목에 체크하세요)</p> <p><input type="checkbox"/> 성별/성별 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 남성도 여성도 아님</p> <p><input type="checkbox"/> 여자/여아</p> <p><input type="checkbox"/> 남자/남아</p> <p><input type="checkbox"/> 목록에 없는 다른 성별. 구체적으로 기재해 주세요.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 질문 중/탐색 중</p> <p><input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 저는 이 질문이 무엇을 묻는지 모르겠습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우)</p> <p>귀하의 성적 지향 또는 성적 정체성을 어떻게 설명하시겠습니까? (해당하는 모든 항목에 체크하세요)</p> <p><input type="checkbox"/> 무성애자</p> <p><input type="checkbox"/> 양성애자</p> <p><input type="checkbox"/> 게이</p> <p><input type="checkbox"/> 레즈비언</p> <p><input type="checkbox"/> 범성애자</p> <p><input type="checkbox"/> 퀴어</p> <p><input type="checkbox"/> 질문 중/탐색 중</p> <p><input type="checkbox"/> 동성애(젠더)</p> <p><input type="checkbox"/> 동성애(생리학적 같은 성별)</p> <p><input type="checkbox"/> 이성애자(주로 다른 젠더(들) 또는 성별(들)에만 끌림)</p> <p><input type="checkbox"/> 목록에 없는 다른 성적 취향. 구체적으로 기재해 주세요.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 말하고 싶지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 저는 이 질문이 무엇을 묻는지 모르겠습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 잘 모르겠음(승인된 대리인인 경우)</p>

이름:

SSN/ITIN:

귀하의 복리후생 받기

귀하는 수혜금이 승인되면 어떻게 받기를 원하십니까? (하나만 선택하세요)

자동 입금

당좌예금 계좌 저축예금 계좌

금융 기관: _____

은행 라우팅 번호: _____

계좌 번호: _____

귀하의 결제 방법으로 계좌 자동 입금을 선택하려면 아래 상자에 체크하세요.

본인은 오리건 주 고용부 오리건 유급휴가 담당 부서에 대해 지급금을 위에 제시한 금융 기관에 전자적으로 입금하도록 허락합니다. 본인은 위에 명시된 기관이 이 지급금을 수령한 후 위에 제시한 계좌에 입금하도록 허락합니다.

본인은 이 허가가 이전의 모든 허가를 대체하며, 이 허가는 본인이 오리건 유급휴가 부서에 서면으로 취소 통지를 보내거나, 본인이 마지막으로 청구서를 제출한 후 1년이 경과할 때까지 유효하다는 것을 이해합니다.

본인은 본인의 수혜금이 위에 제시한 금융기관의 계좌로 입금되지 않을 경우, 본인의 급여가 자동으로 U.S. Bank ReliaCard®로 지급될 것이라는 점을 이해합니다. 본인은 포함된 ReliaCard 정보 공개 사항을 본인이 결제 방법을 선택하기 전에 검토했습니다.

직불 카드(ReliaCard).

참고: 귀하가 과거에 ReliaCard를 통해 유급휴가 급여를 지급 받은 적이 있는 경우, 오리건 유급휴가 부서에서는 이 청구에도 동일한 ReliaCard를 사용할 것입니다. 새로운 카드가 필요하다면 유급휴가 부서에 알려주세요.

본인은 포함된 ReliaCard 정보 공개 사항을 검토했습니다.

세금 원천 징수 선택

귀하는 수혜금에서 세금이 어떻게 원천 징수되기를 원하십니까?

저는 연방 개인 소득세 10%와 주 개인 소득세 8% 모두를, 저의 수혜금에서 원천 징수하고 싶습니다.

저는 연방 개인 소득세를 위해 저의 수혜금의 10%만 원천 징수하고 싶습니다.

저는 주 개인 소득세를 위해 저의 수혜금의 8%만 원천 징수하고 싶습니다.

저는 저의 수혜금에서 세금이 원천 징수되는 것을 원하지 않습니다.

이름:	SSN/ITIN:
<p><input type="checkbox"/> 본인은 법적 처벌을 감수하고 본인이 제공한 정보가 본인의 지식과 신념에 따라 진실하고 정확함을 증명합니다. 본인은 오리건 유급휴가 부서를 통해 급여를 받기 위해 허위 진술을 할 경우 법에 따라 처벌 받는다는 점을 알고 있습니다. 아래 서명함으로써 본인은 오리건 유급휴가 혜택을 신청합니다.</p> <p>본인은 오리건 유급휴가 부서에서 제 고용주에게 제 청구와 관련된 정보를 제공할 수 있도록 허락합니다. 제공 정보에는 휴가 신청 사항, 청구 승인 또는 거부 여부, 휴가 날짜, 기간, 주기, 및 주간 급여 지급액 등이 포함되며, 이에 국한되지 않습니다.</p> <p>본인은 오리건 유급휴가 부서가 본인의 유급휴가 신청과 관련된 신청 정보를 의료 서비스 제공자에게 공개하도록 허락합니다.</p> <p>본인은 휴가 날짜와 일수, 고용 변경 등 본 신청서에 제공된 정보가 변경될 경우 오리건 유급휴가 부서에 알려야 함을 알고 있습니다.</p>	
서명:	날짜(MM/DD/YYYY):
청구인이 지정한 대리인의 서명:	날짜(MM/DD/YYYY):
청구인이 지정한 대리인(정자체:)	
무능력자 또는 사망한 청구인을 대신할 권한이 있는 대리인의 서명:	날짜(MM/DD/YYYY):
무능력자 또는 사망한 청구인을 대신할 권한이 있는 대리인(정자체:)	
참고: 청구인 지정 대리인 또는 권한 있는 대리인으로서 귀하가 청구인을 대신하여 조치를 취하려면, 귀하가 고용부에 신청서나 기타 정보를 접수하기 전에 고용부의 승인을 받아야 합니다. 이러한 자격을 요청하는 양식은 고용부 웹사이트에서 이용할 수 있습니다	
<p>정보나 문서가 누락되면 귀하의 복리후생 신청서에 대한 처리가 지연될 수 있습니다.</p> <p>작성한 신청서 및 필요한 모든 문서를 다음 주소로, 우편으로 보내주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">Attn: Paid Leave Oregon Oregon Employment Department 875 Union St NE Salem, OR 97311</p>	

U.S. Bank ReliaCard® 인수 전 정보 공개
 프로그램명: Oregon State Government Programs

일부 자료와 서비스는 영어로만 제공될 수 있습니다.

지급금 수령 방법을 은행 계좌에 직접 입금 또는 이 선불카드에 입금 등으로 선택할 수 있습니다. 대행사에 문의하여 선택 가능한 옵션을 알아보고 선택하십시오.			
월 수수료 \$0	구매 건당 \$0	ATM 인출 \$0 네트워크 내 \$2.00* 네트워크 외	현금 충전 해당 없음
ATM 잔액조회(네트워크 내 또는 네트워크 외)			\$0
고객 서비스(자동 서비스 또는 실제 상담원)			\$0 통화 건당
장기 미거래 (거래 없이 365일 경과 후)			\$2.00 매월
3 가지 기타 수수료가 부과됩니다. 그중 하나는 다음과 같습니다.			
해외 거래			3%
<p>* 이 수수료는 해당 카드 사용 장소 및 방법에 따라 인하될 수 있습니다. 첨부 요율표를 참조하여 귀하의 자금과 잔액 정보에 자유롭게 접근하는 방법을 알아보십시오.</p> <p>당좌대입/신용카드 기능 없음 고객님의 자금은 FDIC 보험으로 보호받습니다.</p> <p>선불 계정에 대한 일반 정보를 원하시면 cfpb.gov/prepaid(영어)를 참조하십시오. 모든 수수료와 서비스에 대한 세부 정보 및 조건을 확인하시려면 카드 패키지 안을 살펴보시거나 1-855-282-6161 로 전화, 또는 usbankreliacard.com(영문)을 방문하십시오.</p>			

U.S. Bank ReliaCard® 요율표

프로그램명: Oregon State Government Programs

모든 수수료	금액	내역
출급		
ATM 인출(네트워크 내)	\$0	이 수수료는 인출 건당 수수료입니다. '네트워크 내'단 U.S. Bank 또는 MoneyPass® ATM 네트워크를 지칭합니다. 위치는 usbank.com/locations (영어) 또는 moneypass.com/atm-locator.html (영어)에서 찾으실 수 있습니다.
ATM 인출(네트워크 외)	\$2.00	이 수수료는 인출 건당 수수료입니다. 매월 최초 2회의 ATM 인출에 대해서는 이 수수료가 면제되며, 이는 네트워크 외 ATM 인출과 해외 ATM 인출 모두에 적용됩니다. '네트워크 외'단 U.S. Bank 또는 MoneyPass ATM 네트워크 외의 모든 ATM을 지칭합니다. 고객이 거래를 완료하지 않은 경우에도 ATM 운영자가 수수료를 부과할 수 있습니다.
장구 현금 인출	\$0	이 수수료는 고객이 은행이나 Visa®를 취급하는 신용 조합의 장구에서 카드로 현금을 인출할 때 부과되는 수수료입니다.
정보		
ATM 잔액조회(네트워크 내)	\$0	이 수수료는 조회 건당 수수료입니다. '네트워크 내'단 U.S. Bank 또는 MoneyPass ATM 네트워크를 지칭합니다. 위치는 usbank.com/locations (영어) 또는 moneypass.com/atm-locator.html (영어)에서 찾으실 수 있습니다.
ATM 잔액조회(네트워크 외)	\$0	이 수수료는 조회 건당 수수료입니다. '네트워크 외'단 U.S. Bank 또는 MoneyPass ATM 네트워크 외의 모든 ATM을 지칭합니다. 또한 ATM 운영자가 수수료를 부과할 수 있습니다.
미국 외에서 카드 사용		
해외 거래	3%	이 수수료는 고객이 해외 상점에서 카드로 구매하거나 해외 ATM에서 현금을 인출한 경우에 적용되며, 환전 후 달러 기준 거래 금액에 대한 백분율입니다. 특정 거래는 고객 및/또는 상점 또는 ATM이 미국에 있어도 해당 네트워크 규정에 따라 해외 거래로 간주되며, 당사는 해당 상점, ATM 및 거래가 해당 목적으로 분류되는 방식을 통제하지 않습니다.
해외 ATM 인출	\$2.00	이 수수료는 인출 건당 수수료입니다. 매월 최초 2회의 ATM 인출에 대해서는 이 수수료가 면제되며, 이는 네트워크 외 ATM 인출과 해외 ATM 인출 모두에 적용됩니다. 고객이 거래를 완료하지 않은 경우에도 ATM 운영자가 수수료를 부과할 수 있습니다.
기타		
카드 재발급	\$0	이 수수료는 일반 배송(최대 10영업일 소요)으로 고객에게 발송되는 카드 재발급 건당 수수료입니다.
카드 재발급 빠른 배송	\$15.00	이 수수료는 카드 재발급 수수료 외에 별도로 부과되는 긴급 배송(최대 3영업일 소요) 수수료입니다.
장기 미거래	\$2.00	이 수수료는 365일 연속하여 카드 사용 실적이 없는 경우 그 후 매월 부과되는 수수료입니다.

이 내용은 한국어로 제공되지만, 추후 U.S. Bank의 전달 사항과 계약, 공시, 통지 및 입출금 명세서, 인터넷 및 모바일 뱅킹 서비스와 관련된 문서의 경우 영어로만 이용할 수 있습니다. 고객은 이러한 문서를 읽고 이해할 수 있거나, 다른 사람의 도움을 받아 해당 문서를 번역할 수 있어야만 본 상품이나 서비스를 이해하고 이용할 수 있습니다. 영어 문서는 요청 시 제공해 드릴 수 있습니다.

고객의 자금은 FDIC 보험으로 보호받습니다. 고객의 자금은 FDIC 보험 가입 기관인 U.S. Bank National Association에 예치되며, U.S. Bank가 파산할 경우 FDIC가 최대 25만 달러까지 보장합니다. 더 자세한 내용은 fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html(영어)을 참조하십시오.

당과대월/신용카드 기능 없음

Cardholder Services에 연락하시려면 1-855-282-6161로 전화하거나 PO Box 551617, Jacksonville, FL 32255로 우편을 보내거나 usbankreliacard.com(영어)을 방문하십시오.

선불 계정에 대한 일반 정보를 원하시면 cfpb.gov/prepaid(영어)를 참조하십시오. 선불 계정에 대하여 불만 사항이 있으신 경우, Consumer Financial Protection Bureau에 1-855-411-2372로 전화하시거나 cfpb.gov/complaint(영어)를 방문하십시오.

CR-36991804

ReliaCard는 U.S. Bank National Association이 Visa U.S.A. Inc.와의 라이선스 계약에 따라 발급합니다. © 2023 U.S. Bank. Member FDIC.