

التعليمات

استوفِ هذا النموذج ووقع عليه يدويًا إذا كنت ترغب في اختيار ممثل مفوض عن مقدم الطلب، الذي يمكنه التصرف نيابةً عنك في مطالبة Paid Leave Oregon.

أنت لا تحتاج إلى ممثل لتلقي مزايا Paid Leave. املأ هذا النموذج فقط إذا كنت تريد ممثلًا.

يؤدي استيفاء هذا النموذج إلى منح الإذن لـ Paid Leave في تقديم المعلومات التالية إلى الممثل الذي يعينه مقدم الطلب:

- معلومات عن أي مزايا تلقيتها أو ستلقاها
- المعلومات المقدمة في طلبك الأولي
- معلومات حول أي قرارات معلقة أو صادرة اتخذناها بشأن أي من المطالبات

كذلك يمنح الإذن للممثل باتخاذ الإجراءات التالية نيابة عنك:

- توفير المعلومات لـ Paid Leave، بما في ذلك المعلومات اللازمة لاستكمال المطالبة بالمزايا
- تقديم مطالبة جديدة للحصول على المزايا نيابةً عنك

إذا كنت ترغب في ذلك، يجوز لممثلك المعين من قبل مقدم الطلب أيضًا طلب جلسة استماع لمراجعة قرار Paid Leave، والمثول في جلسة استماع أمام مكتب جلسات الاستماع الإدارية نيابة عنك.

يرجى تقديم المعلومات المطلوبة كافة. فقد يؤدي نقص المعلومات إلى تأخر معالجة طلبك. جميع التوقيعات على هذا النموذج يجب أن تكون بخط اليد. لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.

يُمكنك طلب مُمثل مُعين واحد عن مقدم الطلب - فقط في كل مرة.

لاختيار ممثل معين من قبل مقدم الطلب يُمكنه التصرف نيابة عنك، املأ الأجزاء (أ) إلى (ج) من هذا النموذج.

- **الجزء (أ):** استوفِ هذا القسم بكتابة بياناتك.

- **الجزء (ب):** استوفِ هذا القسم بكتابة بيانات الممثل الذي اخترته

**ملحوظة:** يجب أن يكون الشخص الذي تختاره بعمر 18 عامًا أو أكبر.

- **الجزء (ج):** استوفِ هذا القسم بكتابة تاريخ بدء التفويض ونهايته، وأخبرنا إذا كنت تريد أن يتمكن ممثلك من طلب حضور جلسة استماع بشأن قرار Paid Leave نيابةً عنك.

ينتهي تفويض ممثلك تلقائيًا عند انتهاء سنة استحقاقك، أو إذا لم ترسل أنت أو ممثلك طلبًا للحصول على مزايا Paid Leave في غضون 30 يومًا من موافقة القسم على ممثلك. وفي حالة وفاة مقدم الطلب، ينتهي التفويض بتاريخ الوفاة.

يجب عليك أنت وممثلك المختار أيضًا التوقيع فعليًا على هذا القسم مع ذكر التاريخ. لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.

الطريقة الأسرع والأسهل لإرسال هذه الوثيقة عبر France Online. يمكن لمُقدمي المطالبات تحميل النماذج المكتملة عبر Frances Online عبر الرابط: frances.oregon.gov أو إرسالها بالبريد إلى العنوان أدناه:

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

#### هل تحتاج إلى المساعدة؟

هذه المعلومات ضرورية. إدارة التوظيف في ولاية أوريغون ( The Oregon Employment Department ) هي وكالة متكافئة الفرص. توفر OED مساعدة مجانية حتى تتمكن من الاستفادة من خدماتها والتي تشمل: مترجمين فوريين مختصين في لغة الإشارة واللغات المنطوقة، وكذلك كل ما يتعلق باللغات الأخرى والمستنسخات المطبوعة بالخط الكبير والواضح، بالإضافة إلى الملقات الصوتية والصيغ الأخرى المماثلة. للإستفسار أو طلب المساعدة، يُرجى الاتصال على الرقم 833-854-0166 (رقم مجاني). ويتصل مستخدمو أجهزة الهاتف النصية بالرقم 711، أو يمكنك أيضًا إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى [access.paidleave@oregon.gov](mailto:access.paidleave@oregon.gov).

# نموذج الممثل المُعين عن مُقدم الطلب



|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>الجزء (أ) - بيانات مُقدم الطلب</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |
| الاسم الأول:                                                                                                                                                                                                                                                                | الاسم الأخير:                                        |
| رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ أو _____                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |
| رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN): _____                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |
| تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): / /                                                                                                                                                                                                                                            | رقم الهاتف:                                          |
| العنوان الفعلي:                                                                                                                                                                                                                                                             | العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي): |
| البريد الإلكتروني (اختياري):                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |
| <b>الجزء (ب) - بيانات الممثل المعين لمقدم الطلب</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |
| الاسم الأول:                                                                                                                                                                                                                                                                | الاسم الأخير:                                        |
| تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): / /                                                                                                                                                                                                                                            | صلة القرابة مع مُقدم الطلب:                          |
| العنوان الفعلي:                                                                                                                                                                                                                                                             | العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي): |
| رقم الهاتف:                                                                                                                                                                                                                                                                 | البريد الإلكتروني (اختياري):                         |
| <b>الجزء (ج) - تفويض مُقدم الطلب والممثل المعين لمُقدم الطلب وتوقيعهما</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                      |
| <input type="checkbox"/> أُرغب في أن يتمكن الممثل المعين لمقدم الطلب من طلب جلسة استماع لمراجعة قرار Paid Leave والمثول في جلسة استماع أمام مكتب جلسات الاستماع الإدارية نيابة عني.                                                                                         |                                                      |
| هذا التفويض صالح من (يوم/شهر/سنة): / / حتى: / /                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |
| ستنتهي جميع التفويضات تلقائيًا مع سنة الاستحقاق الحالية لمُقدم الطلب. إذا لم يرسل مُقدم الطلب أو -ممثله المعين طلبًا للحصول على مزايا Paid Leave في غضون 30 يومًا من موافقة الإدارة على الممثل، فسوف ينتهي التفويض. وفي حالة وفاة مُقدم الطلب، ينتهي التفويض بتاريخ الوفاة. |                                                      |
| شهادة مُقدم الطلب: أنا أفهم الغرض من هذا التفويض. كذلك أوقع من تلقاء نفسي ولم أتعرض لأي ضغوط للقيام بذلك. أفهم أنه بإمكانني إلغاء هذا التفويض في أي وقت.                                                                                                                    |                                                      |
| توقيع مُقدم الطلب:                                                                                                                                                                                                                                                          | التاريخ: / /                                         |
| يجب أن توقع هذا النموذج يدويًا. لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.                                                                                                                                                                                                       |                                                      |
| شهادة الممثل المُعين لمُقدم الطلب: أتصرف بما يخدم مصلحة مُقدم الطلب، وسأحافظ على سرية أي معلومات أتلقيها من Paid Leave Oregon نيابةً عن مُقدم الطلب.                                                                                                                        |                                                      |
| توقيع الممثل المُعين لمُقدم الطلب:                                                                                                                                                                                                                                          | التاريخ: / /                                         |
| يجب أن توقع هذا النموذج يدويًا. لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.                                                                                                                                                                                                       |                                                      |