



هذه الحزمة مخصصة للأشخاص الذين يحتاجون إلى تفويض للتصرف نيابةً عن مُطالب متوفى فيما يتعلق ببرنامج إجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون.

يمكنكم إرسال الحزمة بإحدى الطرق التالية:

- استخدام نموذج التواصل معنا على الموقع الإلكتروني frances.oregon.gov
- إرسال النموذج المكتمل وجميع المستندات المطلوبة بالبريد إلى العنوان التالي:

Attn: Paid Leave Oregon
Oregon Employment Department
875 Union St NE
Salem, OR 9731

لتجنب التأخير، يرجى إرسال جميع المستندات والنماذج المطلوبة معًا. إذا لم نلتق جميع معلومات المطالبة والوثائق التي نحتاجها في غضون 30 يومًا من الموافقة على طلب التفويض الخاص بك، فقد تضطر إلى إعادة بدء العملية.

ملاحظة: بناءً على حالتك، قد لا تحتاج إلى جميع النماذج الموجودة في هذه الحزمة. على سبيل المثال، إذا كان مقدم الطلب قد تقدم بالفعل بطلب للحصول على جميع الإجازات المطلوبة، فلن تحتاج إلى إرسال نموذج الطلب.

للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على paidleave.oregon.gov أو الاتصال بنا على الرقم التالي: 833-854-0166 (مجاناً). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال 711.

حزمة مستندات مخصصة للوكيل المعتمد لمقدم طلب متوفى.

طلب وكيل معتمد

يرجى إرفاق المستندات التالية:

1. نموذج مكتمل لوكيل معتمد للمطالب المتوفى أو رسالة من محكمة الوصاية.
2. ما لا يقل عن وثيقتين لإثبات هوية الوكيل المعتمد (انظر النموذج للاطلاع على التعليمات).
3. ما لا يقل عن وثيقتين لإثبات هوية المطالب (انظر النموذج للاطلاع على التعليمات).
4. وثيقة تثبت العلاقة بين الوكيل المعتمد والمطالب (لا ينطبق هذا البند إذا كانت الشركة خاضعة لإجراءات الوصاية).
5. شهادة وفاة أو وثيقة معادلة (يجب أن تكون معتمدة من قبل الإدارة).

طلب الحصول على المزايا (إذا لم يكن مقدم الطلب قد تقدم بطلب للحصول على جميع الإجازات المطلوبة بالفعل)

1. نموذج طلب إجازة مدفوعة الأجر مكتمل البيانات
2. نموذج التحقق من الإجازة مكتمل البيانات

1. نموذج طلب دفع مستحقات المتوفى مكتمل البيانات.

للمدفوعات التي يزيد مجموعها عن 10,000 دولار، يُرجى تقديم أحد المستندات التالية:

- إقرار الشركة الصغيرة، أو
 - رسالة من محكمة الوصايا تتضمن تعليمات الدفع.
2. نسخة من الشيك المرسل إلى المتوفى في حال الحاجة إلى إعادة إرساله.

إذا لم يكن المستفيدون أو الورثة هم الوكيل المعتمد، فسيتعين عليك تقديم المستندات التالية:

- مستند يثبت العلاقة بين المستفيدين أو الورثة والشخص المتوفى.
- ما لا يقل عن وثيقتين لإثبات هوية المستفيدين أو الورثة.
- ما لا يقل عن وثيقتين لإثبات هوية الشخص المتوفى.
- شهادة الوفاة.



تعليمات نموذج الوكيل المعتمد لمُقدم الطلب المتوفى

القسم (1): تعليمات عامة

استوف هذا النموذج ووقع عليه يدويًا إذا كنت تطلب تمثيل مُقدم الطلب المتوفى باعتباره وكيله المفوض.

لكي تصبح وكيلًا معتمدًا، يجب أن تكون أي من التالي:

- زوج على قيد الحياة
- أمين على صندوق انتماني بين الأحياء (صندوق انتماني للأحياء)
- طفل الشخص المتوفى أو أحد والديه أو أخوه أو أخته أو ابن أخيه أو ابنة أخته

قد تناقش Paid Leave Oregon مطالبة Paid Leave حالية أو معلقة مع الوكيل المعتمد. يتيح لنا هذا التفويض تقديم معلومات من سجلاتنا قد تكون سرية بخلاف ذلك. يتضمن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- معلومات عن أي مزايا تقاها مُقدم الطلب أو سيتلقاها
- المعلومات المقدمة في الطلب الأولي لمُقدم الطلب
- معلومات حول أي قرارات معلقة أو صادرة اتخذناها بشأن أي من المطالبات

كذلك يمنح الإذن للوكيل المفوض في تقديم معلومات إلى Paid Leave، بما في ذلك المعلومات اللازمة لـ:

- استكمال المطالبة للحصول على المزايا
- تقديم مطالبة جديدة للحصول على مزايا لمُقدم الطلب
- ترتيب أي مدفوعات لمزايا معتمدة نيابة عن مُقدم الطلب
- طلب جلسة استماع لمراجعة قرار Paid Leave، والمثول في جلسة استماع أمام مكتب جلسات الاستماع الإدارية نيابة عن مُقدم الطلب.

تعترف Paid Leave بوكيل معتمد واحد فقط لكل مُقدم طلب في كل مرة. لن نقبل طلب وكيل معتمد لمُقدم الطلب المتوفى حال وجود منفذ أو ممثل شخصي لتركة مُقدم الطلب المتوفى، أو شخص مفوض من قبل محكمة المواريث لإدارة التركة، مفوض للعمل نيابةً عن مُقدم الطلب لأغراض Paid Leave Oregon.

ملحوظة: يجب على Paid Leave إصدار مدفوعات للمزايا للأحياء بالترتيب المذكور في ORS 293.490(3).

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

إذا كنت مستعدًا لإرسال طلب للحصول على المزايا نيابةً عن مُقدم الطلب، فيمكنك إرساله مع هذا النموذج.

ملحوظة: أنت، باعتباره الوكيل المعتمد، الشخص الوحيد الذي يمكنه إرسال طلب للحصول على المزايا نيابةً عن مُقدم الطلب.

هل تحتاج إلى المساعدة؟

هذه المعلومات ضرورية. ادارة التوظيف في ولاية أوريغون (The Oregon Employment Department (OED)) 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 أيضاً إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى access.paidleave@oregon.gov.

القسم (2): تعليمات استيفاء النموذج

الشخص الذي يطلب أن يكون وكيلاً معتمداً: استوفِ الأجزاء (أ) و(ب) و(ج) من هذا النموذج.

- **الجزء (أ):** استوفِ هذا الجزء بكتابة بيانات مقدم الطلب المتوفى وتاريخ الوفاة.
- **الجزء (ب):** استوفِ هذا القسم بكتابة بيانات.
- **الجزء (ج):** استوفِ هذا الجزء، ووقع عليه يدوياً مع ذكر التاريخ. لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.
 - ينتهي التفويض تلقائياً عند انتهاء سنة استحقاق مُقدم الطلب المتوفى الحالية، أو إذا لم تُرسل طلباً للحصول على مزايا Paid Leave في غضون 30 يوماً من اعتمادك وكيلاً معتمداً.
- أرفق المستندات التي تؤكد علاقتك بمُقدم الطلب المتوفى والمستندات التي توضح هوية مُقدم الطلب المتوفى وهويتك الشخصية. يمكنك البحث عن قائمة المستندات المقبولة التي يمكنك استخدامها لهذه الأغراض في القسم (3) من التعليمات.
- أرفق شهادة الوفاة أو أي وثيقة أخرى معتمدة من القسم توضح تاريخ الوفاة.
- يجب أن تُرسل هذا النموذج وأية مستندات أخرى مطلوبة إلى Paid Leave. يمكنك إرسالها إلكترونياً من خلال نموذج [اتصل بنا](https://www.oregon.gov/frances) عبر الموقع [frances.oregon.gov](https://www.oregon.gov/frances)، أو عن طريق البريد إلى هذا العنوان:

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

المستندات المقبولة لتأكيد علاقتك بالمتوفى:

- شهادة الميلاد القانونية
- شهادة الزواج القانونية
- مستندات أخرى، وفقًا لتقدير Paid Leave Oregon، صادرة عن طرف ثالث مستقل لإثبات الزواج أو الأبوة أو أي علاقة عائلية أخرى بين مقدم الطلب والشخص الذي يتقدم بطلب للحصول على حالة الوكيل المعتمد نيابة عن مقدم الطلب.
- وثيقة الأمانة التي تثبت أنك أحد أمناء التركة.

المستندات المقبولة لتحديد هوية مقدم الطلب المتوفى والشخص المتقدم لتمثيل مقدم الطلب المتوفى للعمل نيابة عنه:

ملحوظة: يجب أن تُرسل وثيقتي هوية أساسيتين أو وثيقة أساسية واحدة ووثيقتين ثانويتين عن نفسك وعن المدعي الذي ستمثله. كما يجب أن تكون الوثائق الممسوحة ضوئيًا ملونة بالكامل وفي صيغة PDF.

المستندات الأساسية

- رخصة القيادة (أو تصريح التعلم) من إحدى ولايات أو أقاليم الولايات المتحدة (سنقبل الرخصة منتهية الصلاحية إذا كانت منتهية خلال آخر 12 شهرًا وكانت سليمة)
- بطاقة هوية أخرى صادرة عن جهة حكومية تحتوي على صورة (يجب أن تكون وثيقة دائمة تتضمن صورة) (لا تُقبل البطاقات العسكرية أو الوثائق المؤقتة أو الورقية).
- بطاقة هوية تتضمن صورة صادرة عن إحدى الولايات (سنقبل بطاقات الهوية منتهية الصلاحية إذا كانت منتهية خلال آخر 12 شهرًا وكانت سليمة)
- جواز سفر أمريكي أو بطاقة جواز سفر أمريكي
- بطاقة الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة (I-551)
- بطاقة تصريح العمل الصادرة عن دائرة خدمات المواطن والهجرة الأمريكية (USCIS) (I-766) (لا تُقبل بطاقات الهوية الصادرة عن صاحب العمل)
- جواز سفر أجنبي
- بطاقة هوية صحية لقدامى المحاربين
- بطاقات المسافرين الموثوق من وزارة الأمن الداخلي (DHS) (الدخول العالمي (Global Entry)، (SENTRI، NEXUS)
- رخصة القيادة الكندية
- شهادة التجنس (النموذج N-550 أو N-570)
- بطاقة الهوية الوطنية (فقط في حالة الإقامة خارج الولايات المتحدة)
- بطاقة هوية مصورة قبلية ومُعترف بها على المستوى الفيدرالي
- تأشيرة غير مهاجر صادرة عن وزارة الخارجية الأمريكية (لم يمض على انتهاء صلاحيتها أكثر من خمس سنوات)
- تأشيرة الهجرة المؤقتة (I-551) الصادرة عن وزارة الخارجية الأمريكية (لم يمض على انتهاء صلاحيتها أكثر من خمس سنوات)

المستندات الثانوية (الوثائق الممسوحة ضوئياً الملونة بالكامل وفي صيغة PDF للمستندات التالية مقبولة باعتبارها مستندات ثانوية)

- بطاقة الضمان الاجتماعي
- شهادة الميلاد الأمريكية في الخارج (FS-545)
- شهادة الميلاد الأمريكية (DS-1350)
- بطاقة الشئون الهندية والشمالية الكندية
- بطاقة هوية طالب جامعي
- كشف درجات من الكلية أو الجامعة
- شهادة قنصلي أمريكي عن الولادة في الخارج (FS-240)
- بطاقة التأمين الصحي الأمريكية
- شهادة ميلاد أمريكية مع ختم رسمي (الاسم الأول والأخير)
- نموذج W-2
- نموذج 1098
- بطاقة التأمين على السيارات
- بطاقة عبور الحدود
- شهادة بحار تجاري من خفر السواحل الأمريكية
- شهادة بطاقة هوية المواطن الأمريكية (I-197)
- شهادة تسريح من وزارة الدفاع
- بيان تأمين السيارة أو المنزل
- خطاب إثبات الإقامة في الولاية
- شهادة متلقي برنامج المساعدة الغذائية التكميلية
- وثيقة قبلية أصلية أمريكية
- نموذج 1099 خارج إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (Non-SSA)
- نموذج 1099 لإدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA)
- بطاقة أو شهادة تسجيل الناخبين في الولايات المتحدة أو إقليم الولايات المتحدة
- شهادة تلقي برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) في بورتوريكو

المستندات الثانوية (يجب أن تكون صادرة منذ أقل من 90 يوماً)

- فاتورة مرافق (تظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي)
- فاتورة طبية (تظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي)
- كشف حساب البنك أو القرض أو المؤسسة المالية (يظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي، صادر عن البنك)
- بيان الراتب (يظهر اسمك الكامل واسم صاحب العمل أو الشركة والعنوان الحالي، ويجب أن يكون بيان راتب فعلي وليس شيك راتب)



الأجازة المدفوعة الأجر
في ولاية أوريغون

نموذج وكيل معتمد لمُقدم طلب متوفى

الجزء (أ) - بيانات مُقدم الطلب	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ أو _____	
رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN): _____	
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): / /	تاريخ الوفاة (يوم/شهر/سنة): / /
العنوان الفعلي:	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي):
البريد الإلكتروني (اختياري):	
رقم الهاتف (اختياري):	
الجزء (ب) - بيانات الوكيل المقوض	
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):
الجزء (ج) - تفويض الوكيل المعتمد وتوقيعه	
شهادة الوكيل المعتمد: أنا الزوج/الزوجة الباقي على قيد الحياة، أو أمين على صندوق انتماني بين الأحياء، أو طفل، أو أحد الوالدين، أو الأخ أو الأخت، أو ابن الأخ أو ابنة الأخ للشخص المتوفى. أتصرف بما يخدم المصلحة العليا لتركبة مقدم الطلب المتوفى، وسأحافظ على سرية أي معلومات ألتقاها من Paid Leave Oregon نيابة عن مقدم الطلب.	
توقيع الوكيل المعتمد: التاريخ: / /	
كيف يمكن أن تنتهي حالة اعتمادك وكيلًا لمُقدم الطلب المتوفى: • سينتهي تفويضك تلقائيًا عند انتهاء سنة الاستحقاق الحالية لمُقدم الطلب . • إذا لم تتقدم بطلب للحصول على مزايا Paid Leave لمُقدم الطلب في غضون 30 يومًا من الموافقة على اعتمادك وكيلًا، فسوف ينتهي تفويضك.	
يجب أن توقع هذا النموذج يدويًا. لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.	



إرشادات

تقديم طلب الاستفادة من المزايا

يمكنك التقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون من خلال إكمال هذا الطلب وتضمين الوثائق المناسبة لنوع الإجازة الذي تطلبه. ونوصي بالاطلاع على جميع متطلبات الأهلية للمزايا قبل إكمال طلبك. يمكنك العثور على هذه المعلومات على الموقع الإلكتروني <https://paidleave.oregon.gov/ar/> أو عبر الاتصال بنا على الرقم 833-854-0166.

يمكنك إرسال طلبك قبل 30 يومًا من تاريخ بدء إجازتك، أو حتى 30 يومًا بعد هذا التاريخ. وإذا كانت الظروف الخارجية عن إرادتك تمنعك من إرسال طلبك في غضون هذا الإطار الزمني البالغ 60 يومًا، فقد يقبل برنامج الإجازة مدفوعة الأجر طلبك حتى عام واحد بعد بدء إجازتك. وإذا واجهت ظروفًا خارجية عن سيطرتك، فيجب عليك إرسال الوثائق إلى برنامج الإجازة مدفوعة الأجر مع توضيح سبب التأخير. وسيراجع برنامج الإجازة مدفوعة الأجر وثائقك ويتخذ قرارًا بشأنك.

تتمثل أسرع وأسهل طريقة لتقديم طلب الحصول على المزايا، ورؤية حالة طلبك، ومعرفة مدفوعات المزايا الخاصة بك في إنشاء حساب في برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون على الموقع الإلكتروني frances.oregon.gov.

التحقق من الإجازة

يجب عليك إظهار التحقق من الحدث الحياتي المحدد لديك من خلال تضمين وثيقة التحقق المناسبة. ويستخدم برنامج الإجازة مدفوعة الأجر هذه الوثائق لتحديد ما إذا كنت مؤهلًا للحصول على المزايا وتستوفي تعريف نوع الإجازة التي تطلبها وحساب مبلغ الإجازة وكذلك الإطار الزمني الذي يمكنك فيه المطالبة بالمزايا. تفضل زيارة دليل الموظفين على الموقع الإلكتروني <https://paidleave.oregon.gov/ar/resources/resources.html> للحصول على قائمة بوثائق التحقق المقبولة. تأكد من تضمين نسخة مقروءة من وثيقة التحقق المقبولة مع هذا الطلب.

معلومات عن المزايا الأخرى

مزايا التأمين ضد البطالة وتعويضات العاملين عن الوقت الضائع

في أي أسبوع تتلقى فيه مزايا تعويضات العاملين عن الوقت الضائع أو مزايا التأمين ضد البطالة، لا يمكنك الحصول على مزايا الإجازة مدفوعة الأجر لهذا الأسبوع.

مزايا الوقت الضائع هي مزايا تعويضات العاملين التي تحل محل أجور الموظفين.

هل تحتاج إلى المساعدة؟

هذه المعلومات ضرورية. إدارة التوظيف في ولاية أوريغون (The Oregon Employment Department (OED)) 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 الملفات 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.



طلب الحصول على مزايا

تحديد الهوية

رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ أو _____

رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN): _____

الاسم الأول القانوني:

الاسم الأوسط القانوني (إن وُجد):

اسم (أسماء) العائلة القانوني:

الاسم المفضل:

الأسماء التي يعرفك بها صاحب (أصحاب) العمل الحالي أو السابق:

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): / /

رخصة القيادة أو رقم تعريف الولاية (إن وُجد):

ولاية الإصدار:

ما الضمانات التي تُستخدم معك؟ (حدّد كل ما ينطبق)

☐ هو/ضمير المفعول والملكية للمفرد المذكر الغائب

☐ هي/ضمير المفعول والملكية للمفرد المؤنث الغائب

☐ هم/ضمير المفعول والملكية للجمع الغائب

☐ أفضل عدم التصريح بذلك

☐ لا يوجد تفضيل

☐ غير مدرج: _____

☐ غير متأكد (للممثل المفوض)

ما اللغة التي تريد الحصول على خدماتنا بها؟

☐ الإنجليزية

☐ الإسبانية

نحن نقدم مساعدةً مجانيةً حتى تتمكن من استخدام خدماتنا. وتشمل بعض الأمثلة على هذه المساعدة: مترجمو لغة الإشارة واللغة المنطوقة، والمواد المكتوبة بلغاتٍ أخرى، والمطبوعات بأحرف كبيرة، والمقاطع السمعية، وغيرها من التنسيقات.

هل تحتاج إلى مساعدة لاستخدام خدماتنا؟

☐ نعم

☐ لا

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
تحديد الهوية (تابع)			
عندما تتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون، فإن قانون الإيرادات الداخلية والقواعد الإدارية لولاية أوريغون يقتضي تقديم رقم تعريف دافع الضرائب (TIN) الخاص بك. ورقم تعريف دافع الضرائب هو رقم الضمان الاجتماعي (SSN) المُخصَّص لك أو رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN). وتستخدمه إدارة التوظيف في ولاية أوريغون (OED) لتأكيد هويتك وإبلاغ دائرة الإيرادات الداخلية وإدارة الشؤون الإدارية في ولاية أوريغون بمدفوعات المزايا الخاصة بك. إذا كان رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك هو رقم الضمان الاجتماعي، فسوف تقوم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون بتأكيد مع إدارة الضمان الاجتماعي. وإذا كان رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك هو رقم تعريف دافع الضرائب الفردي، فقد تقوم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون بتأكيد مع دائرة الإيرادات الداخلية. وتستخدم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك كسجل لمعالجة طلبك وللأغراض الإحصائية المتعلقة ببرنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. ولن تتضمن هذه الإحصائيات معلومات تعريف شخصية. وقد تستخدم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك لتحصيل دين.			
معلومات جهة الاتصال			
عنوان البريد الإلكتروني: _____			
ملاحظة: إذا كنت ترغب في تلقي المعلومات من طرفنا إلكترونياً، فقم بإنشاء حساب على موقع Frances Online عبر الرابط frances.oregon.gov.			
رقم الهاتف الأول		رقم الهاتف الثاني (اختياري)	
☐ الهاتف الخليوي		☐ الهاتف الخليوي	
☐ هاتف المنزل		☐ هاتف المنزل	
☐ هاتف العمل		☐ هاتف العمل	
رقم الهاتف: _____ - _____ (____)		رقم الهاتف: _____ - _____ (____)	
العنوان الفعلي			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:		البلد:	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان الفعلي)			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:		البلد:	

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
نوع الإجازة والتواريخ	
ما نوع الإجازة التي تطلبها؟ (حدّد "نعم" لنوع واحد فقط) إجازة الارتباط العائلي. هل تأخذ إجازة عائلية لرعاية طفل وتكوين ارتباط عائلي معه خلال السنة الأولى بعد ولادته أو خلال السنة الأولى بعد إلحاقه بالعائلة عبر رعاية بديلة أو تبني؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة عائلية. هل تأخذ إجازة عائلية لرعاية أحد أفراد الأسرة الذي يعاني من حالة صحية خطيرة؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة مرضية. هل تأخذ إجازة مرضية بسبب حالتك الصحية الخطيرة؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة أمانة. هل تأخذ إجازة أمانة لأنك أنت، أو طفلك، أو أحد الأشخاص المُعالين، ضحية اعتداء جنسي أو عنف منزلي أو مضايقة أو جرائم تحيز أو مطاردة؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة ما قبل إلحاق الطفل بالعائلة. هل تأخذ إجازة ما قبل إلحاق الطفل بالعائلة لممارسة أنشطة ضرورية قبل تبني طفل أو انضمامه إلى منزلك عبر نظام الرعاية البديلة؟ (يجب عليك أخذ إجازة في جدول متقطع مع هذا النوع من الإجازات. ويجب عليك تقديم مطالبة أسبوعية عن كل أسبوع إجازة تأخذه.) نعم ☐ لا ☐ ما التاريخ الذي تخطط لبدء إجازتك فيه؟ ____/____/____ (يوم/شهر/سنة) ما تاريخ انتهاء إجازتك المطلوبة؟ ____/____/____ (يوم/شهر/سنة)	

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
أسئلة إضافية متعلقة بنوع الإجازة			
أجب عن الأسئلة المتعلقة بنوع الإجازة التي حدّتها في القسم أعلاه. ليس لكل أنواع الإجازات أسئلة إضافية.			
إجازة رعاية عائلية			
لرعاية أي فرد من أفراد الأسرة ستأخذ الإجازة؟ ☐ الطفل/الطفلة ☐ الحفيد/الحفيدة ☐ الجد/الجدة ☐ الوالد/الوالدة ☐ الأخ/الأخت ☐ الزوج/الزوجة أو الشريك المنزلي/الشريكة المنزلية ☐ غير ذلك إذا كانت الإجابة "غير ذلك" - فيُرجى توضيح طبيعة العلاقة التي تُعدّ بمثابة علاقة أسرية.			
معلومات جهة الاتصال للشخص الذي تتولى رعايته: الاسم الأول: الاسم الأخير: رقم الهاتف:			
عنوان الشخص الذي تتولى رعايته: الشارع - السطر 1: الشارع - السطر 2: نوع الوحدة: رقم الوحدة: المدينة: الولاية: الرمز البريدي: المقاطعة:			
ما نوع الرعاية أو الدعم الذي تقدمه لفرد الأسرة؟ حدّد الخيار الذي ينطبق بشكل أفضل على موقفك. ☐ الدعم العاطفي أو الراحة ☐ اتخاذ الترتيبات اللازمة للرعاية الطبية أو إكمال المهام الإدارية الأخرى ☐ المساعدة الطبية أو الجسدية ☐ الانتقال إلى الرعاية الطبية ☐ غير ذلك إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، فيُرجى التوضيح:			

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
إجازة آمنة من يحتاج إلى أخذ إجازة آمنة؟ ☐ من أجلي ☐ من أجل طفلي أو الشخص المُعال ملاحظة: يجب أن يكون عمر طفلك أقل من 18 عامًا، وإذا كان 18 عامًا فأكثر، فيجب أن يكون شخصًا بالغًا مُعَالًا يعاني من إعاقة جسدية أو ذهنية تحدّد من قدرته على العيش بصورة مستقلة. يُرجى تحديد الغرض (الأغراض) من الإجازة الآمنة التي تطلبها. (حدّد الخيار (الخيارات) الذي ينطبق بشكل أفضل على وضعك). ☐ طلب المساعدة القانونية أو مساعدة سلطات إنفاذ القانون من أجل الحفاظ على صحتك وسلامتك أو صحة طفلك أو الشخص المُعال وسلامتهما، بما في ذلك التحضير للمثول أمام المحكمة والمشاركة في جلسات الاستماع المتعلقة باعتداء جنسي أو عنف منزلي أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة. ☐ السعي للحصول على علاج طبي لنفسك أو لطفلك أو للشخص المُعال، أو للتعافي من إصابات ناجمة عن اعتداء جنسي أو عنف منزلي أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة ☐ للحصول على المشورة لنفسك أو لطفلك أو للشخص المُعال من اختصاصي صحة نفسية مرخّص له لأنك أنت أو طفلك أو الشخص المُعال ناج من اعتداء جنسي أو عنف أسري أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة ☐ للحصول على خدمات لنفسك أو لطفلك أو للشخص المُعال من مقدم خدمات الضحايا لأنك أنت أو طفلك أو الشخص المُعال ناج من اعتداء جنسي أو عنف أسري أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة ☐ لنقل مكان الإقامة واتخاذ خطوات لتأمين منزل قائم لحماية نفسك أو لحماية صحة طفلك أو الشخص المُعال وسلامتهما ☐ لا ينطبق أيٌّ منها	
معلومات التوظيف أكمل المعلومات المتعلقة بجميع الوظائف التي شغلتها في ولاية أوريغون خلال الأطر الزمنية التالية: • خلال 18 شهرًا قبل الحصول على الإجازة مدفوعة الأجر • أثناء الحصول على الإجازة مدفوعة الأجر ملاحظة: إذا لم تكن إجازتك قد بدأت بعد أو إذا كنت في منتصف فترة إجازتك مدفوعة الأجر، فلا تدرج سوى الوظائف التي شغلتها حتى تاريخ اليوم. أدرج أي أنشطة أعمال حرة في حال اختيارك تغطية إجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. أدرج هذه الوظائف كلها، حتى إذا: • لم تأخذ إجازة منها جميعًا • كان هناك صاحب عمل واحد (أو أكثر) لديك يطبّق خطة مكافئة ملاحظة: إذا قدم جميع أصحاب العمل خطط الإجازات مدفوعة الأجر المكافئة الخاصة بهم، فتوقّف هنا. وسيتعيّن عليك التقدم من خلال خطة صاحب العمل بدلاً من برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. يجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة لكل وظيفة. يتعيّن على صاحب عملك (أو أنت بصفتك صاحب عمل حر، إذا اخترت التغطية بموجبه) تقديم معلومات الأجور الخاصة بك كل ثلاثة أشهر. وسوف يستخدم برنامج الإجازة مدفوعة الأجر هذه المعلومات لاحتساب المزايا الأسبوعية. وإذا لم تتمكن من مطابقة أجورك أو التحقق منها، فستصل بك للحصول على مزيد من المعلومات.	

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
صاحب العمل رقم 1			
الاسم التجاري لصاحب العمل:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN):			
رقم تعريف العمل (BIN):			
عنوان صاحب العمل			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:	البلد:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
تاريخ التعيين: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تعمل لدى صاحب العمل هذا: ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عمل ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
تكرار دفع الأجور:			
☐ كل ساعة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين		☐ نصف شهري ☐ شهريًا ☐ سنويًا	
بالنسبة لتكرار دفع الأجور الذي حدّدته، ما مبلغ الأجر الذي تحصل عليه؟ هل أخذت إجازة أو تخطط لأخذها من صاحب العمل هذا؟ ☐ نعم ☐ لا في حالة أخذ إجازة من صاحب العمل هذا، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع لدى صاحب العمل هذا؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1 إذا كنت تأخذ إجازة من صاحب العمل هذا، فهل أبلغت صاحب العمل هذا بإجازاتك؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى أخطرت صاحب العمل هذا؟ ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
صاحب العمل رقم 2			
الاسم التجاري لصاحب العمل:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN):			
رقم تعريف العمل (BIN):			
عنوان صاحب العمل			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:	البلد:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
تاريخ التعيين: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تعمل لدى صاحب العمل هذا: ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عمل ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
تكرار دفع الأجور:			
☐ كل ساعة	☐ نصف شهري	☐ يوميًا	☐ سنويًا
☐ أسبوعيًا		☐ كل أسبوعين	
بالنسبة لتكرار دفع الأجور الذي حدّدته، ما مبلغ الأجر الذي تحصل عليه؟			
هل أخذت إجازة أو تخطط لأخذها من صاحب العمل هذا؟ ☐ نعم ☐ لا			
في حالة أخذ إجازة من صاحب العمل هذا، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع لدى صاحب العمل هذا؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1			
إذا كنت تأخذ إجازة من صاحب العمل هذا، فهل أبلغت صاحب العمل هذا بإجازاتك؟ ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى أخطرت صاحب العمل هذا: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
صاحب العمل رقم 3			
الاسم التجاري لصاحب العمل:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN):			
رقم تعريف العمل (BIN):			
عنوان صاحب العمل			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:	البلد:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
تاريخ التعيين: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تعمل لدى صاحب العمل هذا: ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عم: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
تكرار دفع الأجور:			
☐ كل ساعة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين		☐ نصف شهري ☐ شهريًا ☐ سنويًا	
بالنسبة لتكرار دفع الأجور الذي حدّدته، ما مبلغ الأجر الذي تحصل عليه؟ هل أخذت إجازة أو تخطط لأخذها من صاحب العمل هذا؟ ☐ نعم ☐ لا في حالة أخذ إجازة من صاحب العمل هذا، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع لدى صاحب العمل هذا؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1 إذا كنت تأخذ إجازة من صاحب العمل هذا، فهل أبلغت صاحب العمل هذا بإجازاتك؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى أخطرت صاحب العمل هذا: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
العمل الحر رقم 1			
الاسم التجاري، إن وُجد:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN)، إن وُجد:			
رقم تعريف العمل (BIN)، إن وُجد:			
العنوان			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:	البلد:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
اليوم الأول للعمل في هذا النشاط التجاري: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تزاوّل أعمالاً حرة وتمارس هذا النشاط التجاري ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عمل ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
المهنة: (المُسَمَّى الوظيفي)			
تكرار الدخل المُستلم من النشاط التجاري:			
☐ كل ساعة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين		☐ نصف شهري (مرتين في الشهر) ☐ شهريًا ☐ سنويًا	
بالنسبة إلى تكرار الدخل الذي حدّدته، ما هو صافي دخلك من هذا النشاط التجاري؟ هل أخذت إجازة من العمل الحر هذا أو تخطط لأخذها؟ ☐ نعم ☐ لا في حالة أخذ إجازة من هذا النشاط التجاري، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع في هذا النشاط التجاري؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1			

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
أصحاب العمل الإضافيون أو العمل الحر الإضافي ☐ حدّد هذا المربع إذا كان لديك مزيد من الوظائف أو الأعمال الحرة. ثم املأ النموذج وأرفقه نموذج أصحاب العمل التكميلي (يمكن العثور عليه على موقع الإجازة مدفوعة الأجر على https://paidleave.oregon.gov/ar/resources/forms-and-checklists.html).	
معلومات جميع أصحاب العمل (والنشاط التجاري الحر)	
في المتوسط، كم عدد الأيام في الأسبوع التي تعمل فيها لدى جميع أصحاب العمل في ولاية أوريغون؟ يُرجى إدراج عمالك كصاحب عمل حر، إذا اخترت التغطية بموجب ذلك.	
ملاحظة: إذا كنت ترسل طلبك بعد بدء إجازتك، فاذكر متوسط عدد الأيام التي عملت فيها في ولاية أوريغون عند بدء إجازتك.	
ضع دائرة حول خيار واحد: 1 2 3 4 5 6 7	
إجازة الحمل الإضافية	
لا يتوافر هذا الخيار إلا إذا كنت تأخذين إجازة ارتباط عائلي أو إجازة مرضية. هل أنت حامل حاليًا أو وضعت حملك في العام الماضي، وهل تطلبين إجازة إضافية لمدة أسبوعين بسبب مشكلات صحية متعلقة بالحمل أو الولادة أو حالة طبية ذات صلة؟ ☐ نعم ☐ لا إن لم تكوني حامل في الوقت الحالي، فيُرجى ذكر تاريخ انتهاء حملك: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)	
جدول الإجازات	
ما نوع جدول الإجازات الخاص بك؟ (حدّد خيارًا واحدًا فقط)	
☐ جدول إجازة متقطعة. تأخذ إجازة ما بين تاريخ بدء إجازتك وتاريخ انتهائها، ولكنك تعمل أيضًا في بعض الأيام أو الأسابيع ضمن هذه الفترة. قد تحصل أيضًا على إجازة لنوعين أو أكثر من الإجازات في الوقت نفسه أو تحصل على إجازة قبل إلحاق الطفل بالعائلة.	
ملاحظة: بتحديد هذا الخيار، يجب أن ترسل لنا نموذج المطالبة الأسبوعية في كل أسبوع تأخذ فيه إجازة. ويجب أن ترسل النموذج إلينا في غضون 30 يومًا من نهاية كل أسبوع تحصل فيه على إجازة. وإذا بدأت إجازتك مؤخرًا، فقم بتضمين نموذج المطالبة الأسبوعية مع طلبك. راجع تعليمات نموذج المطالبة الأسبوعية للحصول على معلومات إضافية. اتصل بنا على الرقم 833-854-0116 لطلب النموذج.	
لتقديم المطالبات الأسبوعية بشكل أسرع وللإطلاع على حالة مطالبتك الأسبوعية، أنشئ حساب Frances Online على frances.oregon.gov .	
☐ جدول إجازة متتالية. تحصل على إجازة لحدث مؤهل واحد في كل مرة، ولا تعمل لدى أي من أصحاب العمل (أو تمارس عملًا حرًا) خلال الإطار الزمني المعتمد للإجازة.	

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
لحساب مزاياك، قَدِّم المعلومات التالية. بالنسبة للإجازة مدفوعة الأجر، يبدأ الأسبوع من الأحد إلى السبت. كم عدد أيام الإجازة مدفوعة الأجر التي ستأخذها خلال الأسبوع الأول من بدء الإجازة؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1 كم عدد أيام الإجازة مدفوعة الأجر التي ستأخذها خلال الأسبوع الأخير من إجازتك؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1	
مزايا أخرى	
هل حصلت على مزايا تعويض العاملين عن الوقت الضائع أثناء إجازتك أو تتوقع الحصول عليها؟ ☐ نعم ☐ لا هل حصلت على مزايا التأمين ضد البطالة أثناء إجازتك أو تتوقع الحصول عليها؟ ☐ نعم ☐ لا	

رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	الاسم:
الإفصاح الطوعي	
لن نستخدم إجاباتك في هذا القسم من التطبيق لاتخاذ قرارات بشأن مطالتك. سنستخدم إجاباتك حصريًا لأغراض تحليل البيانات على مستوى المجموعات. لمساعدتنا على فهم المجتمعات المختلفة التي نخدمها بشكل أفضل، نشجّعك على الإجابة عن المعلومات الديموغرافية الواردة أدناه. يمكنك اختيار "أفضل عدم التصريح بذلك" فيما يتعلق بأي أسئلة.	
ما حالة المحاربين القدامى أو حالتك العسكرية؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ أنا أحد المحاربين القدامى في القوات المسلحة الأمريكية، أو قوات الاحتياط العسكرية، أو الحرس الوطني ☐ أنا عضو نشط في القوات المسلحة الأمريكية، أو قوات الاحتياط العسكرية، أو الحرس الوطني ☐ لست من المحاربين القدامى أو ليس لدي حالة عسكرية ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) أي مما يلي يصفك على أفضل نحو؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق) ☐ من الهنود الأمريكيين، أو الأمريكيين الأصليين، أو سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيوي ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ من أصل أمريكي/لاتيني ☐ من سكان هاواي الأصليين، من جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ من الشرق الأوسط/شمال أفريقيا ☐ اختر وصفًا لنفسك: ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)	ما أعلى درجة أو مستوى دراسي أكملته؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ لم ألتحق بأي مدرسة ☐ دون المدرسة الثانوية ☐ التحقت بالمدرسة الثانوية، ولكن لم أحصل على شهادة ☐ خريج مدرسة ثانوية، بما في ذلك برنامج تطوير التعليم العام أو ما يعادله ☐ مدرسة فنية أو تجارية أو مهنية ☐ التحقت بالتعليم الجامعي أو درجة الزمالة ☐ درجة البكالوريوس ☐ درجة الدراسات العليا ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) هل تعاني من أي إعاقة؟ (اختر إجابة واحدة) سيتم اعتبارك تعاني من إعاقة إذا كان لديك إعاقة جسدية و/أو فكرية و/أو إعاقة في النمو أو حالة طبية تحدّ بشكل كبير من نشاط رئيسي، أو إذا كان لديك تاريخ أو سجل إعاقة أو حالة طبية. ويشمل ذلك أيضًا ما إذا تم اعتبارك تعاني من إعاقة. ☐ نعم ☐ لا ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
هل أنت من أصل أمريكي لاتيني، أو لاتيني، أو إسباني؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ نعم، أنا من أصل أمريكي لاتيني، أو لاتيني، أو إسباني ☐ لا، لست من أصل أمريكي لاتيني، أو لاتيني، أو إسباني ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) ما نوع جنسك؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ امرأة/أنثى ☐ رجل/ذكر ☐ أفضل عدم التصريح بذلك هل أنت متحول جنسيًا؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ نعم ☐ لا ☐ متساءل/مستكشف ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ لا أعرف ما الذي يطرحه هذا السؤال ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)	ما نوع جنسك؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق) ☐ بدون جنس ☐ لاثنائي ☐ امرأة/بنت ☐ رجل/ولد ☐ جنس آخر غير مدرج. يُرجى التحديد: ☐ متساءل/مستكشف ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ لا أعرف ما الذي يطرحه هذا السؤال ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) كيف تصف توجهك الجنسي أو هويتك الجنسية؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق) ☐ لاجنسي ☐ ثنائي الجنس ☐ مثلي ☐ سحاقية ☐ مائل إلى الشمولية الجنسية ☐ حر الجنس ☐ متساءل/مستكشف ☐ مُحِب النوع الاجتماعي نفسه ☐ مُحِب نوع الجنس نفسه ☐ مغاير جنسيًا (ينجذب أساسًا أو حصريًا إلى النوع/الجنس الآخر) ☐ توجه جنسي آخر غير مدرج. يُرجى التحديد: ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ لا أعرف ما الذي يطرحه هذا السؤال ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
الحصول على المزايا الخاصة بك	
كيف ترغب في الحصول على مدفوعات المزايا إذا تمت الموافقة عليها؟ (حدّد خيارًا واحدًا فقط)	
☐ إيداع مباشر	
☐ حساب جارٍ	☐ حساب توفير
المؤسسة المالية:	
رقم توجيه البنك:	
رقم الحساب:	
يُرجى التأشير في المربع أدناه لتأكيد اختيارك للإيداع المباشر كطريقة دفع:	
☐ أُمُنح برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون التابع لإدارة التوظيف في ولاية أوريغون الإذن بإيداع المدفوعات إلكترونياً في المؤسسة المالية المذكورة أعلاه. أُمُنح المؤسسة المذكورة أعلاه الإذن بقبول هذه المدفوعات وإيداعها في الحساب الذي ذكرته أعلاه.	
أفهم أن هذا الإذن سيحل محل أي إذن سابق، وسيظل ساريًا حتى أرسل إشعارًا كتابيًا إلى برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بإلغائه، أو حتى مرور عام واحد منذ آخر مرة قدمت فيها مطالبة.	
أفهم أنه إذا تعذّر إيداع مدفوعات المزايا الخاصة بي في حساب المؤسسة المالية المذكور أعلاه، فسيتم دفع مدفوعات المزايا الخاصة بي تلقائيًا على بطاقة ReliaCard® من بنك الولايات المتحدة. لقد راجعتُ إفصاحات ReliaCard® المضمّنة قبل إجراء عملية الدفع الخاصة بي.	
☐ بطاقة الخصم (ReliaCard®).	
ملاحظة: إذا كنت قد تلقيت مدفوعات مزايا الإجازة مدفوعة الأجر على بطاقة ReliaCard® في الماضي، فسوف تستخدم بطاقة ReliaCard® نفسها لهذه المطالبة. يُرجى إعلام برنامج الإجازة مدفوعة الأجر إذا كنت بحاجة إلى بطاقة جديدة.	
☐ لقد راجعتُ إفصاح ReliaCard® المضمّن.	
اختيار اقتطاع الضريبة	
كيف تريد أن يتم اقتطاع ضرائبك من مدفوعات المزايا؟	
☐ أريدُ اقتطاع 10% لضرائب الدخل الشخصي الفيدرالية و8% لضرائب الدخل الشخصي الخاصة بالولاية من مدفوعات المزايا الخاصة بي.	
☐ أريدُ اقتطاع 10% فقط من مدفوعات المزايا الخاصة بي لضرائب الدخل الشخصي الفيدرالية.	
☐ أريدُ اقتطاع 8% فقط من مدفوعات المزايا الخاصة بي لضرائب الدخل الشخصي الخاصة بالولاية.	
☐ لا أريدُ اقتطاع الضرائب من مدفوعات المزايا الخاصة بي.	

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
☐ أشهدُ متحملاً المساءلة القانونية بأن المعلومات التي قدمتها حقيقية وصحيحة على حد علمي واعتقادي. أدركُ أنَّ القانون يفرض عقوبات على الإدلاء بإفادات كاذبة من أجل الحصول على مزايا من خلال برنامج الإجازات مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. من خلال التوقيع أدناه، أتقدمُ بمطالبة للحصول على مزايا برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون.		
أصرّح لبرنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بالإفصاح عن معلومات المطالبة ذات الصلة لصاحب (أصحاب) العمل، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- معلومات حول طلبي للحصول على إجازة؛ والموافقة على مطالبتني أو رفضها؛ وتواريخ الإجازة ومدتها وتكرارها؛ ومبلغ المزايا الأسبوعي الخاص بي.		
أصرّح لبرنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بالإفصاح عن معلومات المطالبة ذات الصلة إلى مقدمي الرعاية الصحية المعنيين بمطالبة الإجازة مدفوعة الأجر المقدمة من طرفي.		
أدركُ أنه يجب عليّ إخطار برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بأي تغيير يطرأ على المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك تواريخ الإجازات ومقدارها والتغييرات التي تطرأ على عملي.		
التوقيع:	التاريخ (يوم/شهر/سنة):	
توقيع الممثل المُعيّن من قبل مقدم الطلب:	التاريخ (يوم/شهر/سنة):	
الممثل المُعيّن من قبل مقدم الطلب (الاسم بخط واضح):		
توقيع الوكيل المُصرّح له لمقدم الطلب العاجز أو المتوفى:	التاريخ (يوم/شهر/سنة):	
الوكيل المُصرّح له لمقدم الطلب العاجز أو المتوفى (الاسم بخط واضح):		
ملاحظة: يجب أن تحصل على موافقة من الإدارة للتصرّف نيابة عن مقدّم الطلب كممثل مُعيّن من قبل مقدّم الطلب أو وكيل مُصرّح له قبل أن نقبل أي طلب مقدّم أو معلومات أخرى منك. إنَّ النماذج التي تطلبها لهذه الحالة متاحة على موقعنا الإلكتروني.		
يمكن أن تنتسبب المعلومات أو الوثائق المفقودة في تأخير معالجة طلبك للحصول على المزايا. أرسل طلبك المكتمل وجميع الوثائق المطلوبة عبر البريد إلى:		
Attn: Paid Leave Oregon Oregon Employment Department 875 Union St NE Salem, OR 97311		

الإفصاح قبل الحصول على بطاقة ReliaCard® الصادرة عن U.S. Bank
اسم البرنامج: Oregon State Government Programs (برنامج حكومة ولاية أوريغون)

قد تتوفر بعض المواد والخدمات باللغة الإنجليزية فقط.

لديك خيارات حول كيفية تلقي مدفوعاتك، بما في ذلك الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو هذه البطاقة المدفوعة مسبقًا. اسأل الجهة التي تتعامل معها عن الخيارات المتاحة وحدد خيارك.			
رسوم الشهرية	ل كل عملية شراء	السحب من ماكينة الصراف الآلي	إعادة تعبئة النقد
0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي ضمن الشبكة	لا ينطبق
		2.00 دولار أمريكي* خارج الشبكة	
الاستعلام عن الرصيد من خلال ماكينات الصراف الآلي (ضمن الشبكة أو خارج الشبكة). 0 دولار أمريكي			
خدمة العملاء (الآلية أو المقدمة من خلال موظف خدمة العملاء) 0 دولار أمريكي لكل مكالمة			
الخمول (بعد 365 يومًا بدون معاملات) 2.00 دولار أمريكي كل شهر			
نحن نفرض 3 أنواع أخرى من الرسوم. نتمثل إحداها فيما يلي:			
معاملة دولية 3%			
* يمكن أن تكون هذه الرسوم أقل بحسب كيفية ومكان استخدام هذه البطاقة. انظر جدول الرسوم المرفق للتعرف على الطرق المجانية للوصول إلى أموالك ومعلومات الرصيد.			
لا توجد ميزة السحب على المكشوف أو الائتمان. أموالك مؤهلة للحصول على تأمين شركة FDIC.			
للحصول على معلومات عامة حول الحسابات مسبقًا الدفع، تفضل بزيارة cfpb.gov/prepaid (باللغة الإنجليزية). ابحث عن التفاصيل والشروط لجميع الرسوم والخدمات داخل حزمة البطاقة أو اتصل بالرقم 1-855-282-6161 أو قم بزيارة usbankreliacard.com (باللغة الإنجليزية).			

جدول رسوم بطاقة U.S. Bank ReliaCard®
اسم البرنامج: Oregon State Government Programs (برامج حكومة ولاية أوريغون)

جميع الرسوم	المبلغ	التفاصيل
الحصول على النقد		
السحب من ماكينة الصراف الآلي (ضمن الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass®. يمكن العثور على المواقع في usbank.com/locations (باللغة الإنجليزية) أو moneypass.com/atm-locator.html (باللغة الإنجليزية).
السحب من ماكينة الصراف الآلي (خارج الشبكة)	2 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يتم التنازل عن هذه الرسوم لأول عمليتي سحب من ماكينات الصراف الآلي شهريًا، والتي تشمل كلًا من عمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي (خارج الشبكة) وعمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي الدولية. يشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي الموجودة خارج شبكات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass. قد يتم أيضًا تحميل رسوم منك من قبل مشغل الصراف الآلي حتى لو لم تكمل المعاملة.
السحب من الصراف	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومتنا عند قيامك بسحب النقود من بطاقتك من صراف في بنك أو اتحاد التمتاني بقل Visa®.
المعلومات		
الاستعانة عن الرصيد من خلال ماكينات الصراف الآلي (ضمن)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية استعانة. يشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass. يمكن العثور على المواقع في usbank.com/locations (باللغة الإنجليزية) أو moneypass.com/atm-locator.html (باللغة الإنجليزية).
الاستعانة عن الرصيد من خلال ماكينات الصراف الآلي (خارج)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية استعانة. يشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي الموجودة خارج شبكات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass. قد يتم أيضًا تحميل رسوم منك من قبل مشغل ماكينات الصراف الآلي.
استخدام بطاقتك خارج الولايات المتحدة		
معاملة دولية	3%	هذه هي الرسوم التي تطبقها عند استخدام بطاقتك في إجراء معاملات الشراء من التجار الأجانب والسحب النقدي من ماكينات الصراف الآلي الأجنبية، وهي نسبة مئوية من قيمة المعاملة بالدولار بعد أي عملية تحويل للمعاملة. تعتبر بعض المعاملات من قبيل المعاملات الأجنبية وفقًا للقواعد المعمول بها لدى الشبكة حتى في حالة تواجدها أنت و/أو التاجر أو ماكينة الصراف الآلي داخل الولايات المتحدة، وليست لدينا أي سلطة بشأن كيفية تصنيف هؤلاء التجار وماكينات الصراف الآلي والمعاملات لهذا الغرض.
ماكينات الصراف الآلي الدولية	2 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يتم التنازل عن هذه الرسوم لأول عمليتي سحب من ماكينات الصراف الآلي شهريًا، والتي تشمل كلًا من عمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي (خارج الشبكة) وعمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي الدولية. قد يتم أيضًا تحميل رسوم منك من قبل مشغل الصراف الآلي حتى لو لم تكمل المعاملة.
أخرى		
استبدال البطاقة	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومتنا لكل بطاقة بديلة يتم إرسالها إليك بالبريد مع التوصيل العادي (حتى 10 أيام عمل).
التوصيل السريع للبطاقة البديلة	15 دولارًا	هذه هي الرسوم التي نفرضها نظير خدمة التوصيل السريع (حتى 3 أيام عمل)، بالإضافة إلى رسوم استبدال البطاقة.
الخمول	2 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها كل شهر بعد عدم إتمامك لمعاملة باستخدام بطاقتك لمدة 365 يومًا متتاليًا.

بينما يتم تقديم هذا البيان باللغة العربية، فإن ما يتبع ذلك من بيانات U.S. Bank والمستندات المتعلقة بالانفصالات التعاقدية الخاصة بك، والإيصالات، والإشعارات، والكشوف المصرفية، والخدمات المصرفية عبر الإنترنت والهاتف المحمول، قد يتوفر باللغة الإنجليزية فقط. يجب أن تكون قادرًا على قراءة هذه الوثائق وفهمها، أو يمكنك الحصول على مساعدة في ترجمتها، لفهم واستخدام هذا المنتج أو هذه الخدمة. الوثائق المكتوبة باللغة الإنجليزية متاحة عند الطلب.

أموالك مؤهلة للحصول على تأمين شركة FDIC. سيتم الاحتفاظ بأموالك لدى US Bank National Association، وهي مؤسسة حاصلة على التأمين من شركة FDIC، ويمكن تأمينها بمبلغ يصل إلى 250 ألف دولار أمريكي من قبل FDIC في حالة فشل U.S. Bank. تفضل زيارة fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (باللغة الإنجليزية) للحصول على التفاصيل.

لا توجد ميزة السحب على المكشوف أو الائتمان.

اتصل بـ Cardholder Services (خدمات حامل البطاقة) عن طريق الاتصال بالرقم 1-855-282-6161 أو بالبريد على P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 أو قم بزيارة usbankreliacard.com (باللغة الإنجليزية).

للحصول على معلومات عامة حول الحسابات مسبق الدفع، تفضل زيارة cfpb.gov/prepaid (باللغة الإنجليزية). إذا كانت لديك شكوى بخصوص حساب مفتوح مسبقًا، فانصل على Consumer Financial Protection Bureau (مكتب حماية المستهلك المالي) على الرقم 1-855-411-2372 أو تفضل زيارة cfpb.gov/complaint (باللغة الإنجليزية).

CR-36991804

تم إصدار بطاقة ReliaCard بواسطة U.S. Bank National Association بموجب ترخيص من U.S. Bank. © 2023 U.S. Bank. Member FDIC.



استخدم هذا النموذج لتقديم مطالبة قانونية للحصول على مدفوعات برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بالنيابة عن فرد مُتوفّي (شخص وافته المنية).

من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

ينحصر تقديم "نموذج طلب مدفوعات مستحقة إلى مُتوفّي" على وريث لأحد الأفراد المتوفين من أجل المطالبة قانونًا بالحصول على مدفوعات موقوفة في حال غياب وكيل أو ممثل مُعين من المحكمة.

إذا عينت المحكمة مُمثلاً شخصياً، أو جرى تقديم إقرار ملكية صغيرة، استخدم هذا النموذج لتقديم طلب بالحصول على شيك بديل نيابة عن الممثل الشخصي أو الطرف المسؤول عن الملكية الصغيرة.

بشأن صناديق الحياة الانتمائية القابلة للإلغاء (الوصاية الحية)

إذا كنت وكيلاً على أحد صناديق الحياة الانتمائية القابلة للإلغاء، أو ما يُعرف بالوصايا الحية، فيمكنك صرف الشيك الأصلي الصادر باسم المُتوفّي. إذا لم تستطع صرف الشيك، يُرجى إعادة الشيك مُرفقاً معه النموذج المعبأ ونسخة من شهادة الوفاة، وذلك في حال أن انقضت ستة أشهر على وفاة هذا الفرد. أرسل هذه الوثائق إلى العنوان المذكور في النموذج.

بشأن الأملاك المغلقة أو غير المُثبت صحة وصيتها

إذا استلمت شيكاً يحمل اسم المُتوفّي ولم تستطع صرفه، يُرجى إعادة الشيك ونسخة من شهادة الوفاة والنموذج المعبأ إلى العنوان المذكور في النموذج. وقد يُعاد إصدار المدفوعات باسمك.

بشأن الأملاك الجاري إثبات صحة وصيتها

إذا قدّم الممثل الشخصي هذا النموذج من أجل المطالبة بالحصول على مدفوعات الفرد المُتوفّي عن الملكية، يُرجى إرفاق نسخة من موعد المحكمة ونسخة من الإقرار. وستُصدر إدارة التوظيف في ولاية أوريغون شيكاً يحمل اسم المُتوفّي، في رعاية الممثل الشخصي.

تأكد من عمل التالي لتجنب تأخير استرداد الأموال:

- أجب عن جميع الأسئلة في النموذج.
- أرفق نسخة من شهادة الوفاة.
- أرفق نسخة من موعد المحكمة، إن وُجد.
- أرفق نسخة من الشيك المُرسَل إلى المُتوفّي.
- وقّع على الإقرار.

الإجازة المدفوعة أوريغون



مدفوعات مستحقة لمُتوقّي
نموذج الطلب

قسم 1: بيانات الفرد المُتوقّي

الاسم القانوني الأول: _____ الاسم القانوني الثاني (الأسماء القانونية الثانية): _____
تاريخ الوفاة (شهر/يوم/سنة): _____ / _____ / _____
رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ أو _____
رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN): _____
عنوان الشارع (الإقامة الدائمة أو آخر محل إقامة في تاريخ الوفاة): _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ المقاطعة: _____

قسم 2: بيانات مقدم الطلب

الاسم القانوني الأول: _____ الاسم القانوني الثاني (الأسماء القانونية الثانية): _____
رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ أو _____
رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN): _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ المقاطعة: _____
رقم الهاتف: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

قسم 3: التفويض والتوقيع

- هل قامت المحكمة بتعيين ممثل شخصي على الملكية؟
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيمكن للممثل الشخصي فقط المطالبة بالمدفوعات. ☐ نعم ☐ لا
- هل جرى تقديم إقرار ملكية صغيرة إلى كاتب المقاطعة؟
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيمكن للطرف المسؤول عن إقرار الملكية الصغيرة فقط المطالبة بالمدفوعات. ☐ نعم ☐ لا
- هل جرى الانتهاء من عملية الإثبات أو الملكية الصغيرة؟
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيمكن لمقدم الطلب المذكور في نقطة رقم 6 أدناه فقط المطالبة بالمدفوعات. ☐ نعم ☐ لا
- في حال وجود عملية إثبات وصية جارية، فأنا أقدم هذا البيان بصفتي (حدد خانة واحدة فقط):
☐ أ. مُمثل شخصي على الملكية. (أرفق نسخة من موعد المحكمة).
☐ ب. طرف مسؤول عن ملء إقرار ملكية صغيرة. (أرفق نسخة من الإقرار).

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/ رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
قسم 3: التفويض والتوقيع	
بشأن الأملاك المغلقة أو غير المثبتة صحة وصيتها	
5. هل تتخطى المدفوعات المستحقة إلى المتوفى (باستثناء الراتب أو الأجور) من جميع وكالات ولاية أوريغون مبلغ 10,000 دولارًا؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيلزم تقديم إقرار ملكية صغيرة أو إجراء عملية إثبات صحة الوصية من أجل استلام المدفوعات. 6. إذا لم يتم إثبات صحة وصية الملكية أو تم الانتهاء من عملية الإثبات، فأنا مؤهل للحصول على المدفوعات ضمن إحدى مجموعات القرابة التالية (حدد خانة واحدة فقط): ☐ زوج وريث أو شريك منزلي مسجل ☐ وكيل لصندوق حياة انتماني قابل للإلغاء أنشأه المتوفى ☐ أطفال المتوفى أو أحفاد المتوفى من ابن متوفي ☐ والدا المتوفى ☐ إخوة أو أخوات المتوفى ☐ أطفال إخوة أو أخوات المتوفى	
إقرار	
أتعهد باستخدام جميع الأموال في دفع جميع النفقات المتكبدة بسبب المرض الأخير للمتوفى ومصاريف جنازته إذا لزم الأمر. وأتعهد بتقديم تفسير مفصل إلى الممثل الشخصي إذا جرى إثبات وصية ملكية المتوفى بعد دفع الشيك من قبل أمين خزانة الولاية. وأتعهد بتقديم تفسير مفصل إلى الأفراد الآخرين الذين يحق لهم المشاركة في هذا المبلغ المسترد. وأدرك أن ولاية أوريغون لا تتحمل مسؤولية هذا التفسير. وأقر أنه لا يوجد أي أفراد عائلة أكثر قرابة للمتوفى. وأقسم، وأتحمل عقوبة الحنث باليمين، أن البيانات الواردة في هذا النموذج صحيحة.	
توقيع مقدم الطلب	التاريخ (شهر/يوم/سنة)
قدّم جميع المعلومات المطلوبة. يمكن للمعلومات المفقودة أن تتسبب في تأخر معالجة طلبك. يُرجى إرسال النموذج المعبأ وجميع الوثائق المطلوبة عبر البريد إلى العنوان التالي: Attn: Paid Leave Oregon Oregon Employment Department 875 Union St NE Salem, OR 97311	
هل تحتاج إلى المساعدة؟ إدارة التوظيف في ولاية أوريغون (The Oregon Employment Department (OED)) 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 الملفات الصوتية والصّبيغ 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 paidleave@oregon.gov.	