

تعليمات نموذج الوكيل المفوض لمُقدِّم الطلب فاقد الأهلية

الأجازة المدفوعة الأجر
في ولاية أوريغون



القسم (1): تعليمات عامة

أكمل هذا النموذج ووقعه توقيعاً خطياً إذا كنت أحد أفراد أسرة مُقدِّم الطلب الذي يعاني من فقدان الأهلية بسبب حالة صحية خطيرة، وكنت تطلب تمثيل مُقدِّم الطلب فاقد الأهلية والتصرُّف نيابةً عنه.

يجوز لك طلب تمثيل مُقدِّم الطلب فاقد الأهلية إذا كنت أحد أفراد الأسرة وفق التعريف الوارد في قسم 657B.010 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون (ORS). يمكنك الاطلاع على تعريف فرد الأسرة في القسم 3 من هذه التعليمات.

يجب أن يوقع مُقدِّم الرعاية الصحية الذي يعالج مُقدِّم الطلب بسبب فقدان أهليته هذا النموذج لتأكيد الحالة الصحية الخطيرة لمُقدِّم الطلب.

يجوز لبرنامج أوريغون للإجازة المدفوعة (Paid Leave Oregon) مناقشة مطالبة قانونية حالية أو قيد النظر تتعلق بالإجازة المدفوعة (Paid Leave) مع الوكيل المفوض. ويُعد ذلك إدناً بتقديم معلومات من سجلاتنا كانت ستُعد سرية لولا ذلك، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات التالية:

- معلومات عن أي مزايا حصل عليها مُقدِّم الطلب أو سيحصل عليها
- المعلومات الواردة في الطلب الأولي الخاص بمُقدِّم الطلب
- معلومات عن أي قرارات قيد النظر أو صادرة بخصوص مطالبة قانونية ما

كما يمنح ذلك الوكيل المفوض صلاحية تقديم معلومات إلى برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، بما في ذلك المعلومات اللازمة من أجل:

- استكمال مطالبة قانونية للحصول على المزايا
 - تقديم طلب جديد للمطالبة القانونية للحصول على مزايا لمُقدِّم الطلب
 - طلب جلسة استماع لمراجعة قرار صادر عن برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، والمثول في جلسة استماع أمام مكتب جلسات الاستماع الإدارية (Office of Administrative Hearings) نيابةً عن مُقدِّم الطلب.
- لا يعترف برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة إلا بوكيل مفوض واحد لكل مُقدِّم طلب في كل مرة. ولا يُقبل طلب تعيين وكيل مفوض إذا كان هناك وصي قانوني أو ولي مُعيّن من المحكمة مخوّل بالتصرف نيابةً عن مُقدِّم الطلب. ينطبق الأمر ذاته على مُقدِّمي الطلبات الذين منحوا توكيلاً رسمياً لشخص آخر للتصرف نيابةً عنهم لأغراض تخص برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة.

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

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

ملحوظة: أنت، باعتبارك الوكيل المفوض، الشخص الوحيد الذي يمكنه إرسال طلب للحصول على المزايا نيابةً عن مُقدِّم الطلب.

هل تحتاج إلى المساعدة؟

هذه المعلومات بالغة الأهمية. تُعد إدارة التوظيف في ولاية أوريغون (OED) جهة توفر تكافؤ الفرص. إذ تقدّم الجهة مساعدة مجانية لتمكينك من استخدام خدماتها، ومن أمثلة ذلك المترجمون للغة الإشارة واللغات المنطوقة، والمواد المكتوبة بلغات أخرى، والطباعة بالحجم الكبير، والمواد الصوتية، وتنسيقات أخرى. للحصول على المساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم 833-854-0166 (رقم مجاني). ويُرجى من مستخدمي الهاتف النصي للصم (TTY) الاتصال على 711. كما يمكن إرسال بريد إلكتروني إلى: access.paidleave@oregon.gov.

القسم (2): تعليمات استكمال النموذج

فرد الأسرة: يُرجى استكمال الأجزاء (أ) و(ب) و(ج) من هذا النموذج. ويُرجى تسليم الجزء (د) إلى مقدّم الرعاية الصحية الخاص بمقدّم الطلب لاستكمالها.

- **الجزء (أ):** يُرجى استكمال هذا الجزء ببيانات مُقدّم الطلب.
- **الجزء (ب):** يُرجى استكمال هذا الجزء ببياناتك الشخصية.
- **الجزء (ج):** يُرجى استكمال هذا الجزء بتاريخ بدء التفويض. ويُترك تاريخ انتهاء التفويض فارغاً إذا لم يكن تاريخ انتهاء فقدان أهلية مُقدّم الطلب معلوماً.
- ينتهي التفويض تلقائياً في الحالات التالية:
 - عند زوال فقدان أهلية مُقدّم الطلب
 - عند انتهاء سنة المزايا الحالية الخاصة بمقدّم الطلب
- إذا لم يُقدّم طلب الحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة خلال 30 يوماً من تاريخ اعتمادك وكيلاً مفوضاً.
- في حال وفاة مُقدّم الطلب، ينتهي التفويض في تاريخ الوفاة.
- يجب استكمال هذا الجزء وتوقيعه توقيعاً خطياً مع ذكر التاريخ. ولا يمكننا قبول التوقعات الإلكترونية.
- **الجزء (د):** يُرجى تزويد مقدّم الرعاية الصحية الخاص بمقدّم الطلب بالتعريفات الواردة في القسم 3 من هذه التعليمات. يجب على مقدّم الرعاية الصحية استكمال هذا الجزء وتوقيعه توقيعاً خطياً لتأكيد فقدان أهلية مُقدّم الطلب.
- يُرجى إرفاق المستندات التي تؤكد صلة القرابة الأسرية بينك وبين مُقدّم الطلب، وكذلك المستندات التي تثبت هوية مُقدّم الطلب وهويتك. يمكن الاطلاع على قائمة المستندات المقبولة التي يمكنك استخدامها لهذه الأغراض في القسم 4.
- يجب إرسال هذا النموذج وأي مستندات أخرى مطلوبة إلى برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، إما إلكترونياً عبر نموذج اتصل بنا ([Contact us](https://www.oregon.gov/frances/contact-us)) على [frances.oregon.gov](https://www.oregon.gov/frances) أو بالبريد إلى العنوان التالي:

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

مُقَدِّم الرعاية الصحية الخاص بمُقَدِّم الطلب:

- يُرجى مراجعة تعريفات مُقَدِّم الرعاية الصحية والحالة الصحية الخطيرة وفقدان الأهلية الواردة في القسم 3 من هذه التعليمات.
- يُرجى استكمال الجزء (د) من هذا النموذج وتوقيعه توقيعًا خطيًا مع ذكر التاريخ.
 - من خلال استكمال هذا الجزء وتوقيعه، تؤكد ما يلي:
 - أن مُقَدِّم الطلب فاقد الأهلية بسبب حالة صحية خطيرة وفق (القرار الإداري لولاية أوريغون ((OAR 471-070-1000)).
 - أن مُقَدِّم الطلب غير قادر على التقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة
 - أن مُقَدِّم الطلب غير قادر على اختيار ممثل للتصرف نيابةً عنه
 - لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.
- يُرجى إعادة النموذج المُستكمل والموقع إلى فرد الأسرة الذي يطلب تمثيل مُقَدِّم الطلب فاقد الأهلية. إذ سيتولى هذا الفرد إرسال النموذج إلى برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة.

القسم (3): التعريفات

تعريف فرد الأسرة

يُعرّف قسم 657B.010 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون فرد الأسرة على النحو الآتي:

- زوج أو زوجة الشخص المشمول؛ أو
- ابن أو ابنة الشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة لهذا الابن أو الابنة؛ أو
- والد أو والدة الشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة للوالد أو الوالدة؛ أو
- الأخ أو الأخت، أو الأخ أو الأخت غير الشقيقين للشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة لأيٍّ منهم؛ أو
- الجد أو الجدة للشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة للجد أو الجدة؛ أو
- الحفيد أو الحفيدة للشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة للحفيد أو الحفيدة؛ أو
- الشريك/ة المنزلي/ة للشخص المشمول؛ أو
- أي شخص تربطه صلة قرابة بالدم أو بالمصاهرة، وكانت علاقته الوثيقة بالشخص المشمول تعادل علاقة أسرية.

تعريف مقدّم الرعاية الصحية

يُعرّف القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000 مقدّم الرعاية الصحية بأنه أحد ما يلي:

(أ) شخص يتحمل المسؤولية الأساسية عن تقديم الرعاية الصحية إلى مُقدّم الطلب أو أحد أفراد أسرته قبل فترة برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة أو في أثنائها، ويكون مرخصًا أو معتمدًا لممارسة المهنة وفق قوانين الولاية أو الدولة التي يزاول فيها عمله، ويعمل ضمن نطاق الترخيص أو الاعتماد المهني، ويكون من الفئات الآتية:

- طبيب تقويم العمود الفقري (في حدود تقديم علاج يقتصر على المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح خلع جزئي مُثبت بالأشعة السينية)
- طبيب أسنان
- قابلة غير حاصلة على تعليم تمريضي مسبق
- ممارس معالجة بالطبيعة
- ممرض ممارس
- ممرض ممارس متخصص في القبالّة التمريضية
- طبيب عيون
- طبيب
- مساعد طبيب
- أخصائي نفسي
- ممرض مُسجّل
- أخصائي اجتماعي معتمد أو

(ب) شخص يتحمل المسؤولية الأساسية عن علاج مُقدّم الطلب أو أحد أفراد أسرته بوسائل روحية فقط قبل فترة برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة أو في أثنائها، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، ممارس العلوم المسيحية.

تعريف الحالة الصحية الخطيرة

يُعرّف القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000 «الحالة الصحية الخطيرة» بأنها:

- مرض أو إصابة أو عجز أو حالة جسدية أو نفسية تصيب مُقدّم الطلب أو أحد أفراد أسرته، وتندرج ضمن أيٍّ مما يلي:
 - تتطلب رعاية داخلية في مرفق طبي مثل المستشفى أو دار رعاية للمحتضرين، أو في مرفق سكني مثل، على سبيل المثال لا الحصر، دار رعاية للمسنين أو مركز علاج الإدمان الداخلي
 - تُشكّل، وفق التقدير الطبي لمقدّم الرعاية الصحية المعالج، خطرًا وشيئًا على الحياة، أو تكون حالتها النهائية وفق التشخيص تنذر بإمكانية معقولة للوفاة في المستقبل القريب
 - تتطلب رعاية مستمرة أو متواصلة، بما في ذلك الرعاية المنزلية التي يقدّمها مختص رعاية صحية
 - تتضمن فترة فقدان أهلية. يُقصد بـ«فقدان الأهلية» عدم القدرة على أداء وظيفة أساسية واحدة على الأقل من وظائف العمل، أو عدم القدرة على الالتحاق بالدراسة أو أداء الأنشطة اليومية المعتادة لأكثر من ثلاثة أيام تقويمية متتالية. وتشمل فترة فقدان الأهلية أي علاج لاحق أو فترة تعافٍ مطلوبة تتعلق بالحالة ذاتها، ويجب أن تتضمن إحدى الحالات التالية:
 - تلقي علاجين أو أكثر لدى مقدّم رعاية صحية
 - تلقي علاج واحد مقرونًا بنظام رعاية مستمرة
 - التسبب في فترة فقدان أهلية أو علاج لحالة صحية خطيرة مزمنة تتطلب زيارات دورية للعلاج لدى مقدّم رعاية صحية، وتستمر على مدى فترة زمنية طويلة، وقد تؤدي إلى نوبات فقدان أهلية متقطعة بدلاً من فقدان أهلية مستمر، مثل الربو أو السكري أو الصرع
 - التسبب في فقدان أهلية دائم أو طويل الأمد نتيجة حالة لا يكون العلاج فعالاً معها، مثل مرض ألزهايمر أو السكتة الدماغية الشديدة أو المراحل النهائية من مرض ما، شريطة خضوع الموظف أو فرد الأسرة لرعاية مستمرة من مقدّم رعاية صحية، دون اشتراط تلقي علاج فعلي
 - التسبب في تلقي علاجات متعددة لجراحة ترميمية أو لحالة مثل العلاج الكيميائي للسرطان، أو العلاج الطبيعي لالتهاب المفاصل، أو غسيل الكلى لأمراض الكلى، والتي يُرجّح في حال عدم علاجها أن تؤدي إلى فقدان أهلية يتجاوز ثلاثة أيام تقويمية
 - التسبب في أي فترة فقدان أهلية نتيجة الحمل أو الولادة أو الإجهاض أو ولادة جنين ميت، أو فترة غياب لرعاية ما قبل الولادة
 - التسبب في أي فترة غياب عن العمل بغرض التبرع بجزء من الجسم أو عضو أو نسيج، بما في ذلك الخدمات السابقة للجراحة أو الخدمات التشخيصية، والجراحة، والعلاج اللاحق للجراحة، وفترة التعافي

تعريف فقدان الأهلية

وفق قسم (5) 125.005 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون، يُقصد بـ«فاقد الأهلية» حالة تتأثر فيها قدرة الشخص على تلقي المعلومات وتقييمها بفعالية أو على التواصل واتخاذ القرارات إلى حد يفقد معه القدرة الحالية على تلبية المتطلبات الأساسية للصحة الجسدية أو السلامة. يُقصد بـ«تلبية المتطلبات الأساسية للصحة الجسدية والسلامة» الأفعال اللازمة لتوفير الرعاية الصحية والغذاء والمأوى والملابس والنظافة الشخصية وغيرها من أوجه الرعاية التي يُرجّح في حال غيابها وقوع إصابة جسدية خطيرة أو مرض.

المستندات المقبولة لتأكيد صلة القرابة الأسرية:

- إقرار شراكة منزلية مُصدّق
- شهادة ميلاد قانونية
- شهادة زواج قانونية
- كما تُقبل مستندات أخرى، وفق تقدير برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، صادرة عن جهة مستقلة، وتُثبت الزواج أو الشراكة المنزلية أو الأبوة أو أي صلة قرابة أسرية أخرى بين مُقدّم الطلب والشخص المتقدم للتصرف نيابةً عن مُقدّم الطلب.

المستندات المقبولة لإثبات هوية مُقدّم الطلب فاقد الأهلية وهوية الشخص المتقدم لتمثيله والتصرف نيابةً عنه:

ملحوظة: يجب أن تُرسل وثيقتي هوية أساسيتين أو وثيقة أساسية واحدة ووثيقتين ثانويتين عن نفسك وعن مُقدّم الطلب الذي ستمثله. ويجب أن تكون الوثائق ممسوحة ضوئيًا ملونة بالكامل وبصيغة 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 لقادمي المحاربين
- بطاقات المسافرين الموثوق من وزارة الأمن الداخلي (DHS) (الدخول العالمي (Global Entry)، (NEXUS، SENTRI)
- 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 المهاجر صادرة عن وزارة الخارجية الأمريكية (لم يمض على انتهاء صلاحيتها أكثر من خمس سنوات)
- تأشيرة الهجرة المؤقتة (I551) الصادرة عن وزارة الخارجية الأمريكية (لم يمض على انتهاء صلاحيتها أكثر من خمس سنوات)

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

- بطاقة الضمان الاجتماعي
- شهادة الميلاد الأمريكية في الخارج (FS-545)
- تصديق أمريكي لتقرير ميلاد (DS-1350)
- بطاقة الشؤون الهندية والشمالية الكندية
- بطاقة هوية طالب جامعي مرفقة بصورة
- كشف درجات من الكلية أو الجامعة
- بيان تأمين سيارة أو منزل

• تقرير قنصلي أمريكي عن الولادة في الخارج

(FS-240)

• بطاقة تأمين صحي أمريكية

• شهادة ميلاد أمريكية مع ختم رسمي (الاسم الأول والأخير)

• نموذج W-2 (بيان الضرائب والأجور)

• نموذج 1098

• بطاقة تأمين على السيارات

• بطاقة عبور الحدود

• بطاقة بحار تجاري من خفر السواحل الأمريكية

• نموذج بطاقة هوية المواطن الأمريكية (I-197)

• بيان تأمين سيارة أو منزل

• خطاب إثبات الإقامة في الولاية

• شهادة مستفيد من

• برنامج المساعدات الغذائية التكميلية

(Supplemental Nutrition Assistance)

• وثيقة من إحدى قبائل سكان أمريكا الأصليين

• 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 مساعدات برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) في بورتوريكو

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

• فاتورة مرافق (تُظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي)

• فاتورة طبية (تُظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي)

• كشف حساب بنك أو قرض أو مؤسسة مالية (يُظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي، صادر عن البنك)

• بيان الراتب (يُظهر 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 الوكيل المفوض لمُقَدِّم طلب فاقد الأهلية

الجزء (أ): بيانات مُقَدِّم الطلب	
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):	
الجزء (ب): بيانات الوكيل المفوض	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	صلة القرابة مع مُقَدِّم الطلب:
العنوان الفعلي:	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي):
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني (اختياري):
الجزء (ج): تفويض الوكيل المفوض لمُقَدِّم الطلب فاقد الأهلية وتوقيعه	
هذا التفويض صالح من (يوم/شهر/سنة): _____ حتى: _____ / / (يُرجى ترك تاريخ الانتهاء فارغًا إذا لم يكن معلومًا) كيفية انتهاء حالة اعتمادك وكيلاً مفوضاً لمُقَدِّم طلب فاقد الأهلية: • ينتهي التفويض تلقائيًا (أيهما يحدث أولاً): ○ عند زوال فقدان أهلية مُقَدِّم الطلب ○ عند انتهاء سنة المزايا الحالية الخاصة لمُقَدِّم الطلب • إذا لم تتقدم بطلب الحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة نيابةً عن مُقَدِّم الطلب خلال 30 يومًا من تاريخ اعتمادك وكيلاً مفوضاً، ينتهي التفويض. • وفي حال وفاة مُقَدِّم الطلب، ينتهي التفويض في تاريخ الوفاة. إقرار الوكيل المفوض لمُقَدِّم طلب فاقد الأهلية: أقر بأنني أتصرف بما يحقق مصلحة مُقَدِّم الطلب، وأحافظ على سرية أي معلومات أتلقيها من برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة نيابةً عنه. أدرك أن صلاحيتي في التصرف نيابةً عن مُقَدِّم الطلب تنتهي عند زوال فقدان الأهلية. وأوافق على إبلاغ برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة خلال ثلاثة أيام تقويمية من تاريخ علمي بقدرة مُقَدِّم الطلب على التصرف نيابةً عن نفسه. توقيع الوكيل المفوض لمُقَدِّم الطلب فاقد الأهلية: _____ التاريخ: _____ / / يجب أن توقع هذا النموذج توقيعًا خطيًا. ولا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.	

اسم مقدم الطلب:		رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN) لمقدم الطلب:
الجزء (د): معلومات مقدم الرعاية الصحية وإقراره		
اسم مقدم الطلب:	تاريخ الميلاد: / /	
اسم مقدم الرعاية الصحية:	المسمى الوظيفي:	
رقم ترخيص الشهادة (اختياري):	الولاية أو الدولة:	
مجال الترخيص أو مجال الممارسة	رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني (اختياري):		
اسم جهة العمل:		
العنوان:		
☐ أقر بقراءتي لتعريفات مقدم الرعاية الصحية والحالة الصحية الخطيرة (وفق القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000) وفقدان الأهلية (وفق قسم 125.005 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون).		
إقرار مقدم الرعاية الصحية: أصرّح، تحت طائلة المسؤولية القانونية، بما يلي: • أن مُقدّم الطلب المذكور في هذا النموذج فاقد الأهلية (وفق قسم 125.005 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون) بسبب حالة صحية خطيرة وفق التعريف الوارد في القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000. • أن مُقدّم الطلب غير قادر على استكمال الخطوات اللازمة للتقدم بطلب الحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، وغير قادر على اختيار ممثل للتصرف نيابةً عنه. • أنني مُقدّم رعاية صحية مخوّل بتوثيق حالة مُقدّم الطلب وفق القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000، وأقدّم العلاج له بسبب فقدان الأهلية. • يُجدر الإشارة إلى أن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة.		
توقيع مقدم الرعاية الصحية:	التاريخ: / /	
يجب أن توقع هذا النموذج توقيعًا خطيًا. ولا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.		