

بند 1: دستورالعمل کلی

اگر شما عضوی از خانواده متقاضی هستید که به دلیل وضعیت سلامتی جدی ازکارافتاده شده است و درخواست وکالت متقاضی ازکارافتاده به‌منظور اقدام از طرف او را دارید، این فرم را تکمیل و به‌صورت دستی امضا کنید.

اگر طبق تعریف ماده ORS 657B.010 عضو خانواده یک متقاضی ازکارافتاده هستید، می‌توانید درخواست کنید که وکالت او را بر عهده بگیرید. می‌توانید تعریف عضو خانواده را در بند 3 دستورالعمل بیابید.

ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که به دلیل ازکارافتادگی متقاضی، او را تحت درمان قرار می‌دهد، باید این فرم را امضا کند تا وضعیت سلامتی جدی متقاضی را تأیید کند.

اداره مرخصی با حقوق اورگان می‌تواند درخواست مرخصی با حقوق فعلی یا در حال بررسی را با نماینده مجاز در میان بگذارد. این سند به ما اجازه می‌دهد اطلاعاتی از پرونده‌های خود را که در غیر این صورت محرمانه تلقی می‌شدند، ارائه دهیم. این شامل اطلاعات زیر می‌شود، اما محدود به آنها نیست:

- اطلاعات مربوط به هرگونه مزایایی که متقاضی دریافت کرده یا دریافت خواهد کرد
- اطلاعات ارائه‌شده در درخواست اولیه متقاضی
- اطلاعات مربوط به هرگونه تصمیم در حال بررسی یا صادرشده‌ای که در مورد یک درخواست اتخاذ کرده‌ایم

همچنین به نماینده مجاز اجازه می‌دهد تا اطلاعات لازم برای اقدامات زیر را به بخش مرخصی با حقوق ارائه دهد:

- تکمیل درخواست مزایا
- ثبت درخواست جدید جهت دریافت مزایا برای متقاضی
- درخواست جلسه دادرسی برای بررسی رأی بخش مرخصی با حقوق و حضور در جلسه دادرسی در دفتر جلسات دادرسی اداری از طرف متقاضی

بخش مرخصی با حقوق برای هر متقاضی در آن واحد فقط یک نماینده مجاز را می‌پذیرد. در صورتی که سرپرست قانونی یا سرپرست منصوب دادگاه مجاز به اقدام از طرف متقاضی باشد، درخواست نماینده مجاز پذیرفته نمی‌شود. این امر در مورد متقاضیانی که به کسی وکالت‌نامه داده‌اند تا از طرف آنها برای اداره مرخصی با حقوق اورگان اقدام کند، نیز صادق می‌کند.

لطفاً تمام اطلاعات مورد نیاز را ارائه دهید. اطلاعات ناقص می‌تواند باعث تأخیر در رسیدگی به درخواست شما شود. این فرم باید به‌صورت دستی امضا شود. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.

اگر آماده ارسال فرم درخواست مزایا از طرف متقاضی هستید، می‌توانید آن را همراه با این فرم ارسال کنید.

توجه: شما، به‌عنوان نماینده مجاز، تنها شخصی هستید که می‌توانید از طرف متقاضی، فرم درخواست مزایا ارسال کنید.

به کمک و راهنمایی نیاز دارید؟

این اطلاعات ضروری است. اداره کار اورگون، یک آژانس با فرصت‌های برابری استخدامی است. اداره کار اورگون، به شما کمک رایگان ارائه می‌دهد تا بتوانید از خدمات ما استفاده کنید. به عنوان مثال: زبان اشاره و مترجم برای زبانهای مختلف، نشریات و مطالب نوشتاری به زبان‌های دیگر، چاپ با حروف درشت، به صورت صوتی و دیگر قالبها و فرمت‌های مختلف. برای دریافت کمک، لطفاً با شماره تلفن (رایگان) 833-854-0166 تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا کم‌شنوا می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید ایمیل یا رایانامه به این آدرس بفرستید

access.paidleave@oregon.gov

بند 2: دستورالعمل تکمیل فرم

عضو خانواده: بخش‌های الف، ب و ج از این فرم را تکمیل کنید. بخش د را برای تکمیل شدن در اختیار ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متقاضی قرار دهید.

- **بخش الف:** این بخش را با مشخصات متقاضی تکمیل کنید.
- **بخش ب:** این بخش را با مشخصات خودتان تکمیل کنید.
- **بخش ج:** این بخش را با تاریخ شروع مجوز تکمیل کنید. اگر تاریخ پایان از کارافتادگی متقاضی را نمی‌دانید، تاریخ پایان مجوز را خالی بگذارید.
- مجوز به‌طور خودکار پایان می‌یابد اگر:
 - متقاضی دیگر از کارافتاده نباشد
 - سال مزایای فعلی متقاضی به پایان برسد
- اگر ظرف 30 روز از تاریخ تأیید شما به‌عنوان نماینده مجاز توسط اداره، درخواست مزایای مرخصی با حقوق (Paid Leave) را ارسال نکنید [مجوز پایان می‌یابد].
- در صورت فوت متقاضی، مجوز در تاریخ فوت به پایان می‌رسد.
- این بخش را نیز باید تکمیل کرده، به‌صورت دستی امضا کنید و تاریخ بزنید. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.
- **بخش د:** تعاریف مندرج در بند 3 دستورالعمل را در اختیار ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متقاضی قرار دهید. به‌منظور تأیید از کارافتادگی متقاضی، از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متقاضی بخواهید که این بخش را تکمیل و به‌صورت دستی امضا کند.
- مدارکی را که نسبت خانوادگی شما را با متقاضی تأیید می‌کند و مدارکی را که هویت متقاضی و هویت خودتان را احراز می‌کند، پیوست کنید. می‌توانید فهرستی از مدارک قابل قبول را که امکان استفاده برای این منظور را دارید، در بند 4 بیابید.
- شما باید این فرم و سایر مدارک مورد نیاز را به اداره مرخصی با حقوق اورگان ارسال کنید. می‌توانید آنها را به‌صورت آنلاین از طریق فرم [تماس با ما](#) در وبسایت frances.oregon.gov یا از طریق پست به آدرس زیر ارسال کنید:

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

ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی متقاضی:

- تعاریف ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، وضعیت سلامتی جدی و ازکارافتادگی را که در بند ۳ دستورالعمل آمده است، مرور کنید.
- بخش د این فرم را تکمیل کرده، به صورت دستی امضا کنید و تاریخ بزنید.
 - با تکمیل و امضای این بخش، شما تأیید می‌کنید که متقاضی:
 - به دلیل وضعیت سلامتی جدی ازکارافتاده است (OAR 471-070-1000)،
 - نمی‌تواند به‌منظور دریافت مزایای مرخصی اداره مرخصی با حقوق اورگان درخواست دهد و
 - نمی‌تواند نماینده‌ای برای اقدام از طرف خود انتخاب کند.
 - از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.
- فرم تکمیل‌شده و امضا شده را به عضو خانواده‌ای که می‌خواهد نماینده متقاضی ازکارافتاده باشد، برگردانید. او این فرم را به اداره مرخصی با حقوق اورگان ارسال خواهد کرد.

بند 3: تعاریف

تعریف عضو خانواده

ماده ORS 657B.010 عضو خانواده را اینگونه تعریف می‌کند:

- همسر فرد تحت پوشش؛
- پدر بزرگ یا مادر بزرگ فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی پدر بزرگ یا مادر بزرگ؛
- فرزند فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی او؛
- نوه فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی او؛
- یکی از والدین فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی او؛
- شریک زندگی فرد تحت پوشش؛ یا
- خواهر/برادر یا خواهر/برادر ناتنی فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی خواهر/برادر یا خواهر/برادر ناتنی؛
- هر فردی که نسبت خونی یا خویشاوندی با فرد تحت پوشش داشته باشد و ارتباط نزدیکی با او معادل نسبت خانوادگی باشد.

تعریف ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی

ماده OAR 471-070-1000 ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی را به‌صورت زیر تعریف می‌کند:

(الف) شخصی که در درجه اول مسئولیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی به متقاضی یا عضو خانواده متقاضی را قبل یا در طول دوره مرخصی با حقوق بر عهده دارد و دارای مجوز یا گواهینامه طبابت مطابق با قوانین ایالت یا کشوری است که در آن طبابت می‌کند و در محدوده مجوز یا گواهینامه تخصصی خود فعالیت می‌کند و جزو اشخاص زیر است:

- متخصص کایروپراکتیک (فقط تا حدی که متخصص کایروپراکتیک درمانی شامل دستکاری دستی ستون فقرات برای اصلاح دررفتگی جزئی که توسط اشعه ایکس نشان داده شده است، ارائه می‌دهد)
- دندانپزشک
- مامای دارای مدرک مستقیم
- متخصص طب طبیعی
- پرستار متخصص
- پرستار متخصص با گرایش مامایی
- بینایی‌سنج
- پزشک عمومی
- دستیار پزشک عمومی
- روانشناس
- پرستار رسمی
- مددکار اجتماعی دارای مجوز (یا)

(ب) شخصی که در درجه اول مسئولیت درمان متقاضی یا عضو خانواده متقاضی را صرفاً از طریق روش‌های معنوی قبل یا در طول دوره مرخصی با حقوق بر عهده دارد (شامل پزشک علوم مسیحی اما نه محدود به آن).

تعریف وضعیت سلامتی جدی

ماده OAR 471-070-1000 «وضعیت سلامتی جدی» را اینگونه تعریف می‌کند:

بیماری، آسیب، نقص یا وضعیت جسمی یا روانی متقاضی یا یکی از اعضای خانواده او که:

- نیاز به مراقبت بستری در یک مرکز مراقبت‌های پزشکی مانند بیمارستان، آسایشگاه یا مرکز اقامتی مانند خانه سالمندان یا مرکز درمان سوء مصرف مواد برای موارد بستری دارد، اما محدود به این موارد نیست.
- بنا به قضاوت پزشکی ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، بیمار در معرض خطر قریب‌الوقوع مرگ قرار دارد یا به‌صورت پیش‌شناختی، بیمار لا‌علاج است و احتمال منطقی برای مرگ در آینده نزدیک وجود دارد.
- نیاز به مراقبت مداوم یا مستمر، از جمله مراقبت در منزل دارد که توسط متخصص مراقبت‌های بهداشتی انجام می‌شود.
- شامل یک دوره از کار افتادگی می‌شود. «ازکار افتادگی» به معنی ناتوانی از انجام حداقل یکی از وظایف اساسی شغلی، حضور در مدرسه یا انجام فعالیت‌های روزمره معمول، به مدت بیش از سه روز تقویمی متوالی است. دوره ازکار افتادگی شامل هرگونه درمان یا دوره بهبودی مورد نیاز بعدی مربوط به همان بیماری می‌شود. این ازکار افتادگی باید شامل یکی از موارد زیر باشد:

○ دو یا چند جلسه درمان توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی

○ یک جلسه درمان به علاوه یک دوره مراقبت مداوم

- منجر به یک دوره ازکار افتادگی یا درمان برای وضعیت سلامتی جدی و مزمن می‌شود که نیاز به ویزیت‌های دوره‌ای برای درمان توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دارد، برای مدت طولانی ادامه می‌یابد و ممکن است باعث دوره‌های اپیزودیک ازکار افتادگی به جای دوره‌های مداوم شود (مانند آسم، دیابت یا صرع).
- شامل ازکار افتادگی دائمی یا طولانی‌مدت به دلیل بیماری می‌شود که درمان نمی‌تواند برای آن مؤثر باشد (مانند بیماری آلزایمر، سکته مغزی شدید یا مراحل پایانی یک بیماری). کارمند یا عضو خانواده باید تحت مراقبت مداوم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی باشند، اما نیازی به دریافت درمان فعال ندارند.
- شامل جلسات درمانی متعدد برای جراحی ترمیمی یا برای شرایطی مانند شیمی‌درمانی برای سرطان، فیزیوتراپی برای آرتروز یا دیالیز برای بیماری کلیوی است که در صورت عدم درمان احتمالاً منجر به ازکار افتادگی به مدت بیش از سه روز تقویمی می‌شود.
- شامل هر دوره ازکار افتادگی ناشی از بارداری، زایمان، سقط جنین یا مرده‌زایی یا دوره غیبت برای مراقبت‌های دوران بارداری می‌شود.
- شامل هرگونه دوره غیبت از کار برای اهدای عضو، عضو یا بافت بدن، از جمله خدمات قبل از عمل یا تشخیصی، جراحی، درمان پس از عمل و بهبودی می‌شود.

تعریف ازکار افتادگی

طبق ماده (5) ORS 125.005، «ازکار افتادگی» به معنای شرایطی است که در آن توانایی فرد برای دریافت و ارزیابی موثر اطلاعات یا برای برقراری ارتباط جهت تصمیم‌گیری مختل شده باشد، به‌گونه‌ای که فرد نمی‌تواند نیازهای اساسی مربوط به سلامت جسمی یا ایمنی خود را شخصاً برآورده کند. برآورده کردن نیازهای اساسی برای سلامت جسمی و ایمنی به معنای انجام اقداماتی است که جهت تأمین مراقبت‌های بهداشتی، غذا، سرپناه، لباس، بهداشت شخصی و سایر مراقبت‌ها ضروری است و بدون آنها احتمال بروز آسیب جدی جسمی یا بیماری وجود دارد.

مدارک قابل قبول برای تأیید نسبت خانوادگی:

- تأییدیه همخانگی بدون ازدواج رسمی
- گواهی رسمی تولد
- گواهی رسمی ازدواج
- سایر مدارک، به صلاحدید اداره مرخصی با حقوق اورگان، که توسط شخص ثالث مستقلاً صادر شده و تأهل، همخانگی بدون ازدواج رسمی، والدین بودن یا سایر نسبت‌های خانوادگی بین متقاضی و شخصی که برای اقدام از طرف متقاضی درخواست می‌دهد را اثبات می‌کند.

مدارک قابل قبول برای احراز هویت متقاضی از کارافتاده و شخصی که درخواست نمایندگی متقاضی را برای اقدام از طرف او دارد، شامل موارد زیر می‌شود:

توجه: شما باید دو مدرک شناسایی اولیه یا یک مدرک اولیه و دو مدرک ثانویه برای خودتان و متقاضی که نماینده او خواهید بود، ارسال کنید. آنها باید تصاویر اسکن‌شده تمام‌رنگی و فایل PDF باشند.

مدارک اولیه

- گواهینامه رانندگی (یا جواز تعلیم) از یکی از ایالت‌ها یا قلمروهای ایالات متحده (گواهینامه منقضی‌شده که حداکثر ۱۲ ماه از تاریخ انقضای آن گذشته و سالم باشد، پذیرفته می‌شود).
- سایر کارت‌های شناسایی عکس‌دار صادرشده توسط دولت (باید یک سند دائمی عکس‌دار باشد. کارت شناسایی نظامی، مدارک موقت یا کاغذی پذیرفته نمی‌شوند).
- کارت شناسایی عکس‌دار صادرشده توسط ایالت (کارت شناسایی منقضی‌شده که حداکثر ۱۲ ماه از تاریخ انقضای آن گذشته و سالم باشد، پذیرفته می‌شود).
- گذرنامه ایالات متحده یا کارت گذرنامه ایالات متحده
- کارت اقامت دائم ایالات متحده (فرم I-551)
- کارت مجوز اشتغال صادرشده توسط USCIS (فرم I-766) (کارت شناسایی صادرشده توسط کارفرما پذیرفته نمی‌شود).
- گذرنامه خارجی
- کارت سلامت کهنه‌سربازان
- کارت مسافر قابل‌اعتماد DHS (برنامه‌های، SENTRI، Global Entry، NEXUS)
- گواهینامه رانندگی کانادا
- گواهی تابعیت (فرم N-550 یا N-570)
- کارت شناسایی ملی (فقط در صورت اقامت در خارج از ایالات متحده)
- کارت شناسایی عکس‌دار صادرشده توسط قبیله و مورد تأیید دولت فدرال
- ویزای غیرمهاجرتی صادرشده توسط وزارت امور خارجه ایالات متحده (بیش از پنج سال از تاریخ انقضای آن نگذشته باشد)
- ویزای مهاجرت موقت (I551) صادرشده توسط وزارت امور خارجه ایالات متحده (بیش از پنج سال از تاریخ انقضای آن نگذشته باشد)

مدارک ثانویه (تصاویر اسکن‌شده تمام‌رنگی و فایل‌های PDF مدارک زیر به‌عنوان مدارک ثانویه قابل قبول هستند)

- کارت تأمین اجتماعی
- گواهی تولد خارج از کشور برای اتباع ایالات متحده (FS-545)
- گواهی ثبت تولد خارج از کشور برای اتباع ایالات متحده (DS-1350)
- کارت امور سرخپوستان و بومیان شمالی کانادا
- کارت دانشجویی عکس‌دار کالج یا دانشگاه
- ریزنمرات کالج یا دانشگاه

- گزارش کنسولی تولد خارج از کشور برای اتباع ایالات متحده (FS-240)
- کارت بیمه سلامت ایالات متحده
- گواهی تولد ایالات متحده با مهر رسمی (نام و نام خانوادگی)
- فرم W-2
- فرم 1098
- کارت بیمه خودرو
- کارت عبور از مرز
- کارت دریانوردی بازرگانی گارد ساحلی ایالات متحده
- کارت شناسایی شهروندی ایالات متحده (فرم 197)
- مدارک ثانویه (باید کمتر از ۹۰ روز از صدور آنها گذشته باشد)
- قبض آب و برق (شامل شماره حساب، نام کامل و آدرس فعلی شما)
- صورت حساب پزشکی (شامل شماره حساب، نام کامل و آدرس فعلی شما)
- گواهی ترخیص از وزارت دفاع
- صورت حساب بیمه خودرو یا خانه
- نامه تأییدیه اقامت ایالتی
- مساعدت تغذیه تکمیلی
- گواهی دریافت کننده برنامه
- سند قبیله ای بومیان آمریکا
- فرم غیر از SSA-1099
- فرم SSA-1099
- کارت یا گواهی ثبت نام رأی دهندگان ایالات متحده یا قلمرو ایالات متحده
- گواهی دریافت کننده برنامه زنان، نوزادان و کودکان (WIC) پورتوریگو
- صورت حساب بانکی، وام یا موسسه مالی (شامل شماره حساب، نام کامل و آدرس فعلی شما؛ صادر شده توسط بانک)
- فیش حقوقی (شامل نام کامل، نام کارفرما یا شرکت، آدرس فعلی شما؛ باید فیش حقوقی واقعی باشد، نه چک حقوقی)

**فرم نماینده مجاز
برای متقاضی از کارافتادگی**

بخش الف - مشخصات متقاضی	
نام:	نام خانوادگی:
شماره تأمین اجتماعی (SSN): _____ یا _____	
شماره شناسایی مالیاتی اشخاص حقیقی (ITIN): _____	
تاریخ تولد (سال/روز/ماه): / /	شماره تلفن:
آدرس فیزیکی:	آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن با آدرس فیزیکی):
آدرس ایمیل (اختیاری):	
بخش ب - مشخصات نماینده مجاز	
نام:	نام خانوادگی:
تاریخ تولد (سال/روز/ماه): / /	نسبت با متقاضی:
آدرس فیزیکی:	آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن با آدرس فیزیکی):
شماره تلفن:	آدرس ایمیل (اختیاری):
بخش ج - تأییدیه و امضای نماینده مجاز متقاضی از کارافتاده	
مدت اعتبار این مجوز (سال/روز/ماه): / / لغایت: / / (در صورت مشخص نبودن تاریخ پایان، آن را خالی بگذارید)	
<p>نحوه خاتمه وضعیت تأییدشده شما به عنوان نماینده مجاز متقاضی از کارافتاده:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مجوز شما به طور خودکار پایان می یابد (هر کدام که زودتر اتفاق بیفتند): <ul style="list-style-type: none"> ○ وقتی متقاضی دیگر از کارافتاده نباشد، یا ○ وقتی مزایای فعلی در یکسال متقاضی به پایان برسد • اگر ظرف 30 روز از تاریخ تأیید خود به عنوان نماینده مجاز جهت دریافت مزایای مرخصی با حقوق برای متقاضی درخواست ندهید، مجوز شما پایان خواهد یافت. • در صورت فوت متقاضی، مجوز شما در تاریخ فوت به پایان می رسد. 	
<p>تأییدیه نماینده مجاز متقاضی از کارافتادگی: من به نفع متقاضی اقدام می کنم و هرگونه اطلاعاتی را که از طرف متقاضی از اداره مرخصی با حقوق اورگان دریافت می کنم، محرمانه نگه خواهم داشت. متوجه هستم زمانی که متقاضی دیگر از کارافتاده نباشد، اختیار من برای اقدام از طرف متقاضی پایان خواهد یافت. موافقت می کنم که ظرف سه روز تقویمی از اطلاع از اینکه متقاضی می تواند از طرف خود اقدام کند، به اداره مرخصی با حقوق اورگان اطلاع دهم.</p>	
امضای نماینده مجاز متقاضی از کارافتاده:	تاریخ: / /
شما باید این فرم را به صورت دستی امضا کنید. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.	

نام متقاضی:		SSN یا ITIN متقاضی:	
بخش د - مشخصات و تأییدیه ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی			
نام متقاضی:		تاریخ تولد: / /	
نام ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی:		عنوان:	
شماره مجوز گواهینامه (اختیاری):		ایالت یا کشور:	
حوزه مجوز یا حوزه فعالیت		تلفن:	
آدرس ایمیل (اختیاری):			
نام محل کار:			
آدرس:			
<input type="checkbox"/> من تعاریف ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، وضعیت سلامتی جدی (ماده OAR 471-070-1000) و از کار افتادگی (ماده ORS 125.005) را مطالعه کرده‌ام.			
<p>تأییدیه ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی: من با آگاهی از پیامدهای نقض عهد اعلام می‌کنم که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • متقاضی نامبرده در این فرم به دلیل وضعیت سلامتی جدی طبق تعریف ماده OAR 471-070-1000، از کار افتاده (ماده ORS 125.005) است. • متقاضی نمی‌تواند مراحل لازم برای دریافت مزایای اداره مرخصی با حقوق اورگان را تکمیل کند و نمی‌تواند نماینده‌ای را برای اقدام از طرف خود انتخاب نماید؛ • من یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی هستم که طبق تعریف ماده OAR 471-070-1000 مجاز به تأیید بیماری متقاضی هستم و به دلیل از کار افتادگی متقاضی، او را درمان می‌کنم. • اطلاعات ارائه‌شده در این فرم صحیح و درست است. 			
امضای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی:		تاریخ: / /	
شما باید این فرم را به صورت دستی امضا کنید. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.			