



ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້

ສ່ວນທີ 1: ຂໍແນະນຳໂດຍທົ່ວໄປ

ກະລຸນາອອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນຊີດ້ວຍຕົນເອງໃນແບບຟອມນີ້ ຫາກ ທ່ານເປັນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ເນື່ອງຈາກມີສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ, ແລະ ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ນັ້ນເພື່ອດຳເນີນການແທນພວກເຂົາ.

ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ຫາກທ່ານເປັນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນ ORS 657B.010. ທ່ານສາມາດອ່ານຄຳນິຍາມຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວໄດ້ໃນສ່ວນທີ 3 ຂອງຄຳແນະນຳ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ທີ່ປິ່ນປົວຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເນື່ອງຈາກສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ຈະຕ້ອງເຊັນຊີໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອຢືນຢັນສະພາວະທາງສຸຂະພາບ ທີ່ຮຸນແຮງຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.

ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດອໍເຣກອນ (Paid Leave Oregon) ອາດຈະສົນທະນາການຮ້ອງຂໍການພັກຜ່ອນທີ່ຈ່າຍໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ຍັງຄ້າງຢູ່ກັບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ສິ່ງນີ້ຈະເປັນການໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ພວກເຮົາໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນຈາກບັນທຶກຂອງພວກເຮົາ ເຊິ່ງປົກກະຕິແລ້ວຈະເປັນຂໍ້ມູນລັບ. ສິ່ງນີ້ລວມເຖິງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ຂໍ້ມູນ:

- ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດໃດໆທີ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫຼື ຈະໄດ້ຮັບ
- ທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບສະໝັກເບື້ອງຕົ້ນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ
- ກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈໃດໆທີ່ກຳລັງລໍຖ້າການພິຈາລະນາ ຫຼື ທີ່ໄດ້ອອກແລ້ວ ເຊິ່ງພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການຕໍ່ການຮຽກຮ້ອງສິດ

ມັນຍັງເປັນການໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ Paid Leave, ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນ ເພື່ອ:

- ປະກອບແບບຟອມສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ
- ຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍສິດປະໂຫຍດໃໝ່ໃຫ້ໃຈດ
- ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ແລະ ປະກົດຕົວຢູ່ໃນການພິຈາລະນາຄະດີຕໍ່ໜ້າຫ້ອງການພິຈາລະນາຄະດີດ້ານການບໍລິຫານໃນນາມຂອງໃຈດ

ການລາພັກແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ (Paid Leave) ຈະຮັບຮູ້ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພຽງຄົນດຽວຕໍ່ໃຈດໃນແຕ່ລະຄັ້ງ. ພວກເຮົາຈະບໍ່ຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂໍຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫາກມີຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ຈັດການຊັບສິນທີ່ສາມແຕ່ງຕັ້ງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ດຳເນີນການແທນຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດແລ້ວ. ສິ່ງນີ້ຍັງລວມເຖິງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ໄດ້ມອບອຳນາດ ໃຫ້ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງດຳເນີນການແທນພວກເຂົາສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງ Paid Leave Oregon.

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການທັງໝົດ. ຂໍ້ມູນທີ່ຂາດຫາຍໄປອາດເຮັດໃຫ້ການດຳເນີນການຕາມຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຊັກຊ້າລົງ. ລາຍເຊັນໃນແບບຟອມນີ້ຕ້ອງຂຽນດ້ວຍມື. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.

ຖ້າທ່ານພ້ອມທີ່ຈະຍື່ນໃບສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດໃນນາມຂອງໃຈດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນໄດ້ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມນີ້.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານ, ໃນຖານະເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ແມ່ນບຸກຄົນດຽວທີ່ສາມາດຍື່ນໃບສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດໃນນາມຂອງໃຈດໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວນີ້ມີຄວາມສໍາຄັນຢ່າງຍິ່ງ. Oregon Employment Department (OED) ເຊິ່ງເປັນອົງການສະໜອງໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ. OED ຈະສະໜອງການຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ. ບາງຕົວຢ່າງແມ່ນພາສາມື ແລະ ພາສາເວົ້າ, ເອກະສານຂຽນເປັນພາສາອື່ນໆ, ພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆ. To get help, please call 833-854-0166 (toll-free). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງອີເມວໄປຫາ access.paidleave@oregon.gov.

ສ່ວນທີ 2: ຄໍາແນະນໍາໃນການກອກແບບຟອມ

ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນພາກ A, B ແລະ C ຂອງແບບຟອມນີ້. ມອບພາກ D ໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເປັນຜູ້ກອກຂໍ້ມູນ.

- **ພາກ A:** ກອກຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນີ້ດ້ວຍ ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.
- **ພາກ B:** ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນພາກນີ້ດ້ວຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.
- **ພາກ C:** ກອກຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນີ້ດ້ວຍວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການມອບອໍານາດ. ກະລຸນາປະຊ່ອງວັນທີສິ້ນສຸດການມອບອໍານາດໄວ້ວ່າງ ຫາກທ່ານບໍ່ຮູ້ວັນທີສິ້ນສຸດສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.
 - ການມອບອໍານາດຈະສິ້ນສຸດລົງໂດຍອັດຕະໂນມັດເມື່ອ:
 - ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດບໍ່ຢູ່ໃນສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ອີກຕໍ່ໄປ
 - ປິດເຫງ່າການຮັບຜິດປະໂຫຍກບັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດສິ້ນສຸດລົງ
- ຫາກທ່ານບໍ່ສົ່ງໃບສະໝັກຂໍຮັບຜິດປະໂຫຍດ Paid Leave ພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີພາກສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອະນຸມັດໃຫ້ທ່ານເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.
- ໃນກໍລະນີທີ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເສຍຊີວິດ, ການມອບອໍານາດຈະສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີ່ເສຍຊີວິດ. ທ່ານຈະຕ້ອງກອກຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ເຊັ່ນຊື່ **ດ້ວຍລາຍມື**, ແລະ ລົງວັນທີໃນສ່ວນນີ້. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນ ອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.
- **ພາກ D:** ກະລຸນາແຈ້ງຄໍານິຍາມໃນສ່ວນທີ 3 ຂອງ ຄໍາແນະນໍາ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດຊາບ. ໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດກອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັ່ນຊື່ **ດ້ວຍລາຍມື** ໃນສ່ວນນີ້ເພື່ອຢືນຢັນສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.
- ແນບເອກະສານທີ່ຢືນຢັນຄວາມສໍາພັນທາງຄອບຄົວຂອງທ່ານກັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ແລະ ເອກະສານທີ່ສະແດງຕົວຕົນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດລວມທັງຕົວຕົນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານສາມາດອ່ານລາຍການເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ເຊິ່ງທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ເຂົ້າໃນຈຸດປະສົງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ໃນສ່ວນທີ 4.
- ທ່ານຈະຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມນີ້ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆທີ່ຈໍາເປັນໃຫ້ແກ່ Paid Leave Oregon. ທ່ານສາມາດສົ່ງພວກມັນ ທາງອີເລັກໂທຣນິກຜ່ານແບບຟອມ **ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ** ທີ່ frances.oregon.gov ຫຼື ທາງໄປສະນີໄປທີ່ທີ່ຢູ່ນີ້:

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

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ:

- ກວດສອບຄຳນິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ, ແລະ ສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ໃນ ສ່ວນທີ 3 ຂອງ ຄຳແນະນ.
- ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນໃນພາກ D ຂອງ ແບບຟອມນີ້ ແລະ ເຊັນຊີ້ **ດ້ວຍລາຍມື**, ພ້ອມທັງລົງວັນທີໃນສ່ວນນີ້.
 - ໃນການກອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນຊີ້ໃນສ່ວນນີ້, ທ່ານກຳລັງຢືນຢັນວ່າຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ:
 - ຢູ່ໃນສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ເນື່ອງຈາກສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ (OAR 471-070-1000),
 - ບໍ່ສາມາດສະໜັກຂໍຮັບຜົນປະໂຫຍດ Paid Leave Oregon ໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ, ແລະ
 - ບໍ່ສາມາດເລືອກຕົວແທນເພື່ອດຳເນີນການແທນພວກເຂົາໄດ້.
 - ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.
- ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມທີ່ກອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນຊີ້ແລ້ວຄືນໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ຮ້ອງຂໍເປັນຕົວແທນ ໃຫ້ແກ່ ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້. ພວກເຂົາຈະເປັນຜູ້ສົ່ງແບບຟອມນີ້ໃຫ້ແກ່ Paid Leave Oregon.

ສ່ວນທີ 3: ຄຳນິຍາມ

ຄຳນິຍາມຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ

ORS 657B.010 ກຳນົດຄຳນິຍາມຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວໄວ້ດັ່ງນີ້:

- ຄູ່ລົມລົດຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ;
- ບຸດຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງບຸດ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ;
- ບົດາມານດາຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງບົດາມານດາ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ;
- ອ້າຍນ້ອງ ຫຼື ອ້າຍນ້ອງຕ່າງບົດາມານດາຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງອ້າຍນ້ອງ ຫຼື ອ້າຍນ້ອງຕ່າງບົດາມານດາ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ;
- ປູ່ຍ່າຕາຍຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງປູ່ຍ່າຕາຍ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ;
- ຫຼານຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງຫຼານ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ;
- ຄູ່ຄອງຊີວິດຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ; ຫຼື
- ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນທາງສາຍເລືອດ ຫຼື ໂດຍການແຕ່ງດອງ ເຊິ່ງມີຄວາມສຳພັນທີ່ໃກ້ຊິດກັບບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງທຽບເທົ່າກັບຄວາມສຳພັນທາງຄອບຄົວ.

ຄຳນິຍາມຂອງ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ

OAR 471-070-1000 ກຳນົດຄຳນິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບວ່າແມ່ນ ຢ່າງໃດຢ່າງໜຶ່ງດັ່ງນີ້:

(ກ) ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຕົກໃນການໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ກ່ອນ ຫຼື ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາຂອງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ, ເຊິ່ງເປັນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຍິ່ງຍືນໃຫ້ປະກອບວິຊາຊີບຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ປະເທດທີ່ພວກເຂົາປະຕິບັດງານ, ເຊິ່ງກຳລັງປະຕິບັດງານພາຍໃຕ້ຂອບເຂດຂອງໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ໃບຍິ່ງຍືນວິຊາຊີບຂອງບຸກຄົນນັ້ນ, ແລະ ເປັນ:

- ແພດຈັດກະດູກ (ສະເພາະໃນຂອບເຂດທີ່ແພດຈັດກະດູກໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ປະກອບດ້ວຍ ຍການຈັດກະດູກສັນຫຼັງດ້ວຍມື ເພື່ອແກ້ໄຂສະພາວະຂໍ້ກະດູກເຄື່ອນທີ່ພິສູດໄດ້ວ່າມີຢູ່ຈິງໂດຍການສາຍ ເອັກຊະເລ)
- ທັນຕະແພດ
- ໜ່ວຍແຍ ທີ່ໄດ້ຮັບການຍິ່ງຍືນໂດຍກົງ
- ແພດທຳມະຊາດບຳບັດ
- ພະຍາບານ ວິຊາຊີບ
- ພະຍາບານວິຊາຊີບທີ່ມີຄວາມຊ່ຽວຊານ ດ້ານການຜະດຸງຄົ້ນ
- ແພດສາຍຕາ
- ແພດ
- ຜູ້ຊ່ວຍ ແພດ
- ນັກຈິດຕະວິທະຍາ
- ພະຍາບານ ຈິດທະບຽນ
- ນັກສັງຄົມສົງເຄາະທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການກຳ ກັບດູແລ (ຫຼື)

(b) ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຫຼັກໃນການປິ່ນປົວຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ໂດຍຜ່ານວິທີການທາງຈິດວິນຍານພຽງຢ່າງດຽວ ກ່ອນ ຫຼື ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາຂອງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ຜູ້ປະຕິບັດຕາມຫຼັກຄຣິສຕຽນໄຊເອັນສ.

ຄຳນິຍາມຂອງ ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ

OAR 471-070-1000 ກຳນົດຄຳນິຍາມຂອງ “ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ” ໄວ້ດັ່ງນີ້:

ພະຍາດ, ການບາດເຈັບ, ຄວາມບົກຜ່ອງ, ຫຼື ສະພາວະທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງພວກເຂົາ ທີ່:

- ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລແບບຄົນເຈັບພາຍໃນໃນສະຖານພະຍາບານ ເຊັ່ນ ໂຮງໝໍ, ສະຖານເບິ່ງແຍງຜູ້ປ່ວຍໄລຍະສູດທ້າຍ, ຫຼື ສະຖານ ສົງເຄາະ ເຊັ່ນ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່, ເຮືອນພັກພື້ນ ຫຼື ສູນບຳບັດຜູ້ຕິດສານເສບຕິດແບບຄົນເຈັບພາຍໃນ
- ຕາມການວິນິດໄສທາງການແພດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ປິ່ນປົວເຫັນວ່າ ມີອັນຕະລາຍເຖິງແກ່ຊີວິດຢ່າງກະທັນຫັນ, ຫຼື ເປັນການພະຍາກອນໂລກໃນໄລຍະສູດທ້າຍທີ່ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ສົມເຫດສົມຜົນວ່າຈະເສຍຊີວິດໃນອະນາຄົດອັນໃກ້
- ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລຢ່າງສະໝໍ່າສະເໝີ ຫຼື ຕໍ່ເນື່ອງ, ລວມທັງການດູແລຢູ່ເຮືອນທີ່ດຳເນີນການໂດຍຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້. “ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້” ແມ່ນການບໍ່ສາມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ວຽກງານທີ່ສຳຄັນຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງ, ຫຼື ບໍ່ສາມາດໄປໂຮງຮຽນ ຫຼື ປະຕິບັດກິດຈະວັດປະຈຳວັນຕາມປົກກະຕິໄດ້ເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າສາມວັນປະຕິທິນຕິດຕໍ່ກັນ. ໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ລວມເຖິງການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນໃນຄັ້ງຕໍ່ໆມາ ຫຼື ໄລຍະເວລາການຟື້ນຟູທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາວະດຽວກັນນັ້ນ. ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຈະຕ້ອງກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ໃດຂໍ້ໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 - ການປິ່ນປົວສອງຄັ້ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ
 - ການປິ່ນປົວໜຶ່ງຄັ້ງ ບວກກັບແຜນການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ
- ສິ່ງຜົນໃຫ້ເກີດໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ຫຼື ການປິ່ນປົວສຳລັບສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງແບບຊື່ເຮື້ອ ທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວເປັນໄລຍະໆຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ເຊິ່ງດຳເນີນໄປເປັນເວລາດົນນານ, ແລະ ອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ເປັນບາງຄັ້ງຄາວ ແທນທີ່ຈະເປັນແບບຕໍ່ເນື່ອງ ເຊັ່ນ ພະຍາດຫຼັດ, ເບົາຫວານ, ຫຼື ລົມບ້ຳໝູ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ແບບຖາວອນ ຫຼື ໄລຍະຍາວ ເນື່ອງຈາກສະພາວະທີ່ການປິ່ນປົວອາດຈະບໍ່ໄດ້ຜົນ ເຊັ່ນ ພະຍາດອັນໄຊເມີ (Alzheimer’s), ພະຍາດຫຼອດເລືອດສະໝອງຮຸນແຮງ, ຫຼື ໄລຍະສູດທ້າຍຂອງໂລກໄພໄຂ້ເຈັບ. ພະນັກງານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຕ້ອງຢູ່ພາຍໃຕ້ການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ແຕ່ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງກຳລັງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວແບບທີ່ຍັງດຳເນີນຢູ່
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວຫຼາຍຄັ້ງສຳລັບການຜ່າຕັດຕິດແຕ່ງ ຫຼື ສຳລັບສະພາວະຕ່າງໆ ເຊັ່ນ ການໃຫ້ເຄມີບຳບັດສຳລັບມະເຮັງ, ກາຍະພາບບຳບັດສຳລັບພະຍາດຂ້ອກເສບ, ຫຼື ການຟອກໄຕສຳລັບພະຍາດໄຕ ເຊິ່ງຫາກບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວກໍອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າສາມວັນປະຕິທິນ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງຄວາມທຸບພົນລະພາບໃດໆ ເນື່ອງຈາກການຖືພາ, ການເກີດລູກ, ການແທ້ງລູກ ຫຼື ການຕາຍຄອດ, ຫຼື ໄລຍະເວລາ ຂອງການຂາດວຽກເພື່ອຮັບ ການດູແລກ່ອນເກີດ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງການຂາດວຽກໃດໆ ເພື່ອບໍລິຈາກສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງຂອງຮ່າງກາຍ, ອະໄວຍະວະ, ຫ ແພຈຸລັງ, ລວມທັງການບໍລິການກ່ອນການຜ່າຕັດ ຫຼື ການວິນິດໄສ, ການຜ່າຕັດ, ການປິ່ນປົວຫຼັງການຜ່າຕັດ, ແລະ ການຟື້ນຟູ

ຄຳນິຍາມຂອງ ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້

ອີງຕາມ ORS 125.005 (5), “ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້” (Incapacitated) ໝາຍເຖິງ ສະພາວະທີ່ຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນການຮັບຮູ້ ແລະ ປະເມີນຂໍ້ມູນຢ່າງມີປະສິດທິພາບ ຫຼື ໃນການສື່ສານເພື່ອຕັດສິນໃຈມີຄວາມບົກຜ່ອງຈົນເຖິງຂັ້ນທີ່ບຸກຄົນນັ້ນຂາດຄວາມສາມາດໃນການຕອບສະໜອງຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນສຳລັບສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມປອດໄພຂອງບຸກຄົນນັ້ນໃນປັດຈຸບັນ. “ການຕອບສະໜອງຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນສຳລັບສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ແລະ ຄວາມປອດໄພ” ໝາຍເຖິງ ການດຳເນີນການຕ່າງໆທີ່ຈຳເປັນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບ, ອາຫານ, ທີ່ພັກອາໄສ, ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ, ສຸຂະອະນາໄມສ່ວນຕົວ ແລະ ການດູແລອື່ນໆ ເຊິ່ງຫາກຂາດສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ໄປ ກໍອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດການບາດເຈັບທາງຮ່າງກາຍທີ່ຮຸນແຮງ ຫຼື ຄວາມເຈັບປ່ວຍໄດ້.

ສ່ວນທີ 4: ເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້

ເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ສໍາລັບການຍືນຍັນຄວາມສໍາພັນ ທາງຄອບຄົວ:

- ໃບແຈ້ງການການເປັນຄູ່ຄອງຊີວິດ ທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ
- ໃບຢັ້ງຢືນການແຕ່ງງານທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ
- ເອກະສານອື່ນໆ, ຕາມການພິຈາລະນາຂອງ Paid Leave Oregon, ທີ່ອອກໂດຍບຸກຄົນທີສາມທີ່ເປັນອິດສະຫຼະ ເຊິ່ງຍືນຍັນການແຕ່ງດອງ, ການເປັນຄູ່ຄອງຊີວິດ, ຄວາມເປັນບິດາມານດາ ຫຼື ຄວາມສໍາພັນທາງຄອບຄົວອື່ນໆລະຫວ່າງ ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສະໜັກເພື່ອດໍາເນີນການແທນຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.

ເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ເພື່ອຍືນຍັນຕົວຕົນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສະໜັກເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເພື່ອດໍາເນີນການແທນພວກເຂົາ ລວມມີ:

ໝາຍເຫດ: ທ່ານຈະຕ້ອງຍືນຍັນເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຫຼັກສອງສະບັບ ຫຼື ເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຫຼັກໜຶ່ງສະບັບ ແລະ ເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນສໍາຮອງສອງສະບັບ ສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ແລະ ສໍາລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ທ່ານເປັນຕົວແທນ. ເອກະສານເຫຼົ່ານັ້ນຈະຕ້ອງແມ່ນການສະແດງແບບສື່ຄືບຸກຄົນ ແລະ ເປັນໄຟລ໌ PDF.

ເອກະສານຫຼັກ

- ໃບຂັບຂີ່ (ຫຼື ໃບອະນຸຍາດຮຽນ) ຈາກລັດ ຫຼື ເຂດແດນຂອງສະຫະລັດ (ພວກເຮົາຈະຍອມຮັບ ໃບຂັບຂີ່ທີ່ໝົດອາຍຸ ຖ້າໃບຂັບຂີ່ໝົດອາຍຸພາຍໃນ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ຍັງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຢູ່.)
- ບັດປະຈໍາຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍອ້ອນໆອອກໂດຍລັດຖະບານ (ຕ້ອງເປັນເອກະສານຖ່າຍອ້ອນທີ່ມີຮູບຖ່າຍ). ບັດປະຈໍາຕົວທະຫານ, ເອກະສານຊົ່ວຄາວ ຫຼື ເອກະສານທີ່ເປັນເຈໂຍ້.)
- ບັດປະຈໍາຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍອອກໂດຍລັດ (ພວກເຮົາຈະຍອມຮັບບັດປະຈໍາຕົວທີ່ໝົດອາຍຸ ຖ້າມັນໝົດອາຍຸພາຍໃນ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ຍັງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຢູ່.)
- ໜັງສືຜ່ານແດນສະຫະລັດ ຫຼື ບັດໜັງສືຜ່ານແດນສະຫະລັດ
- ບັດ ຜູ້ຢູ່ອາໄສຖ່າຍອ້ອນໃນສະຫະລັດ (I-551
- ບັດອະນຸຍາດເຮັດວຽກ (I-766) ທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍ USCIS (ບໍ່ແມ່ນບັດປະຈໍາຕົວທີ່ອອກໂດຍນາຍຈ້າງ)
- ໜັງສືຜ່ານແດນຕ່າງປະເທດ
- ບັດສຸຂະພາບທະຫານຜ່ານເສິກ
- ບັດນັກທ່ອງທ່ຽວທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ຂອງ DHS (ການເຂົ້າທົ່ວໂລກ, NEXUS, SENTRI)
- ໃບຂັບຂີ່ຂອງຄົນການາດາ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເປັນສັນຊາດ (ແບບຟອມ N-550 ຫຼື N-570)
- ບັດປະຈໍາຕົວປະຊາຊົນ (ສະເພາະກໍລະນີທີ່ອາໄສຢູ່ນອກສະຫະລັດອາເມລິກາເທົ່ານັ້ນ)
- ບັດປະຈໍາຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກລັດຖະບານກາງ ແລະ ອອກໂດຍລົດເຜົ່າ
- ວີຊາທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນເຂົ້າມືອງທີ່ອອກໂດຍສະຫະລັດອາເມລິກາ ກະຊວງການຕ່າງປະເທດ (ບໍ່ໝົດອາຍຸເກີນຫ້າປີ)
- ວີຊາຊົ່ວຄາວ (I551) ທີ່ອອກໂດຍສະຫະລັດອາເມລິກາ ກະຊວງການຕ່າງປະເທດ (ບໍ່ໝົດອາຍຸເກີນຫ້າປີ)

ເອກະສານສໍາຮອງ (ເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດສະແດງເປັນສື່ເຕັມຮູບແບບ ແລະ PDF ເປັນເອກະສານສໍາຮອງໄດ້)

- ບັດປະກັນສັງຄົມ
- U.S. ການເກີດຂອງສະຫະລັດຕ່າງປະເທດ (FS-545)
- U.S. ຂອງການລາຍງານການເກີດໃນສະຫະລັດ(DS-1350)
- ບັດເລື່ອງກ່ຽວກັບຊາວອິນເດຍ ແລະ ພາກເໜືອຂອງການາດາ
- ບັດປະຈໍາຕົວຕິດຮູບຂອງນັກສຶກສາວິທະຍາໄລ ຫຼື ມະຫາວິທະຍາໄລ
- ໃບຄະແນນຜົນການຮຽນລະດັບວິທະຍາໄລ ຫຼື ມະຫາວິທະຍາໄລ

- U.S. ກົງສຸນເລື່ອງການເກີດຢູ່ຕ່າງປະເທດຂອງສະຫະລັດ (FS-240)
- ບັດປະກັນສຸຂະພາບຂອງສະຫະລັດ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດຂອງສະຫະລັດພ້ອມດ້ວຍຕາປະທັບຢ່າງເປັນທາງການ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ)
- ແບບຟອມ W-2
- ແບບຟອມ 1098
- ບັດປະກັນໄພລົດຍົນ
- ບັດຜ່ານແດນ
- U.S. ພັດທະນາເດີນເຮືອຂອງໜ່ວຍຍາມຜັງ
- U.S. ບັດປະຈຳຕົວປະຊາຊົນ (I-197)

- ໃບຢັ້ງຢືນການປ່ອຍຕົວຂອງ DOD
- ໃບລາຍງານປະກັນໄພລົດຍົນ ຫຼື ເຮືອນ
- ໃບຢັ້ງຢືນການຢູ່ອາໄສຂອງລັດ
- ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານໄພຊະນານການເພີ່ມເຕີມ
- ໃບຢັ້ງຢືນ ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກໂຄງການ
- ເອກະສານຊົນເຜົ່າເພີ່ມເມືອງອາເມລິກາ
- ແບບຟອມທີ່ບໍ່ແມ່ນ SSA-1099
- ແບບຟອມ SSA-1099
- ບັດ ຫຼື ໃບຢັ້ງຢືນການລົງທະບຽນຜູ້ມີສິດເລືອກຕັ້ງຂອງສະຫະລັດ ຫຼື ເຂດແດນຂອງສະຫະລັດ
- ໃບຢັ້ງຢືນຜູ້ຮັບໃບຢັ້ງຢືນແມ່ຍິງ, ເດັກອ່ອນ ແລະ ເດັກນ້ອຍ (WIC) ຂອງເປີໂຕຣິໂກ

ເອກະສານສໍາຮອງ (ຕ້ອງມີອາຍຸບໍ່ເກີນ 90 ມື້)

- **ໃບບັນຄ່ານໍ້າຄ່າໄພ** (ສະແດງເລກທີ່ບັນຊີ, ຊື່ເຕັມ ແລະ ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ)
- **ໃບບັນທາງການແພດ** (ສະແດງເລກທີ່ບັນຊີ, ຊື່ເຕັມ ແລະ ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ)
- **ໃບລາຍງານຂອງທະນາຄານ, ເງິນກູ້ ຫຼື ສະຖາບັນການເງິນ** (ສະແດງເລກທີ່ບັນຊີ, ຊື່ເຕັມ ແລະ ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ ທີ່ອອກໂດຍທະນາຄານ)
- **ໃບຮັບເງິນ** (ສະແດງຊື່ເຕັມ, ຊື່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ຊື່ບໍລິສັດ, ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ, ຕ້ອງເປັນໃບຮັບເງິນຕົວຈິງ, ບໍ່ແມ່ນເງິນເດືອນ)



**ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບ
ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ແບບຟອມ**

ພາກ A - ຂໍ້ມູນຂອງໂຈດ

ຊື່:	ນາມສະກຸນ:
ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ (SSN): _____ ຫຼື	
ເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍອາກອນ (ITIN): _____	
ວັນເດືອນປີເກີດ (໐໐/໐໐/ບບບບ): / /	ເປີໂທລະສັບ:
ທີ່ຢູ່ຕົວຈິງ:	ທີ່ຢູ່ສົ່ງຈົດໝາຍ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ຕົວຈິງ):
ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ບໍ່ຈຳເປັນ):	

ພາກ B – ຂໍ້ມູນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ຊື່:	ນາມສະກຸນ:
ວັນເດືອນປີເກີດ (໐໐/໐໐/ບບບບ): / /	ຄວາມສຳພັນກັບໂຈດ:
ທີ່ຢູ່ຕົວຈິງ:	ທີ່ຢູ່ສົ່ງຈົດໝາຍ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ຕົວຈິງ):
ເປີໂທລະສັບ:	ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ບໍ່ຈຳເປັນ):

**ພາກ C – ການມອບອຳນາດ ແລະ
ລາຍເຊັນຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້**

ການອະນຸຍາດນີ້ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຕັ້ງແຕ່ (໐໐/໐໐/ບບບບ): / / ເຖິງ: / /
(ກະລຸນາປະຊຸມວັນທີສິ້ນສຸດໄວ້ວ່າງ ຫາກບໍ່ຮູ້)

ວິທີທີ່ສະຖານະການໄດ້ຮັບອະນຸມັດຂອງທ່ານໃນຖານະຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ອາດຈະສິ້ນສຸດລົງ:

- ການມອບອຳນາດຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງໂດຍອັດຕະໂນມັດ (ແລ້ວແຕ່ກໍລະນີໃດຈະມາຮອດກ່ອນ):
 - ເມື່ອຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ອີກຕໍ່ໄປ, ຫຼື
 - ເມື່ອ ປີແຫ່ງການຮັບຜົນປະໂຫຍດບັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ສິ້ນສຸດລົງ
- ຖ້າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສະໜັບສະໜູນຊ່ວຍເຫຼືອການພັກຜ່ອນທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງສໍາລັບໂຈດພາຍໃນ 30 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໃຫ້ເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ການອະນຸຍາດຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ.
- ໃນກໍລະນີທີ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ເສຍຊີວິດ, ການມອບອຳນາດຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີ່ເສຍຊີວິດ.

ການຍິ້ງຢືນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້: ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງດຳເນີນການເພື່ອຜົນປະໂຫຍກສູງສຸດຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ແລະ ຈະຮັກສາຄວາມລັບຂອງຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຈາກ Paid Leave Oregon ໃນນາມຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າອຳນາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການດຳເນີນການແທນຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດຈະສິ້ນສຸດລົງ ເມື່ອຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດບໍ່ຢູ່ໃນສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ອີກຕໍ່ໄປ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ Paid Leave Oregon ຊາບພາຍໃນສາມວັນປະຕິທິນ ນັບຕັ້ງແຕ່ຊາບວ່າຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດສາມາດດຳເນີນການໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງແລ້ວ.

ລາຍເຊັນຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທິບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້: _____ ວັນທີ: / /

ທ່ານຕ້ອງເຊັນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍຕົນເອງ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.

ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ:	ໝາຍເລກ SSN ຫຼື ITIN ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ:
ພາກ D – ຂໍ້ມູນ ແລະ ການຍື່ນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ	
ຊື່ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ:	ວັນເດືອນປີເກີດ: / /
ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ:	ຕໍາແໜ່ງ:
ເລກໃບອະນຸຍາດ (ຖ້າມີ):	ລັດ ຫຼື ປະເທດ:
ຂົງເຂດໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ຂົງເຂດການປະຕິບັດງານ	ໂທລະສັບ:
ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ບໍ່ຈໍາເປັນ):	
ຊື່ທຸລະກິດ:	
ທີ່ຢູ່:	
<input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານຄໍານິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ (OAR 471-070-1000), ແລະ ສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ (ORS 125.005).	
ການຍື່ນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ: ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງການໃຫ້ການເທັດວ່າ: <ul style="list-style-type: none"> ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ມີລາຍຊື່ໃນແບບຟອມນີ້ ແມ່ນຢູ່ໃນສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ (ORS 125.005) ເນື່ອງຈາກມີສະພາວະທາງ ສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນ OAR 471-070-1000. ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດບໍ່ສາມາດສໍາເລັດຂັ້ນຕອນທີ່ຈໍາເປັນໃນການສະໜັກຂໍຮັບຜົນປະໂຫຍດ Paid Leave Oregon ແລະ ບໍ່ສາມາດເລືອກຕົວແທນເພື່ອດໍາເນີນການແທນພວກເຂົາໄດ້; ຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ໃນການຍື່ນສະພາວະຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນ OAR 471-070-1000 ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງປັບປຸງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເນື່ອງຈາກສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຂອງພວກເຂົາ. ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. 	
ລາຍເຊັນ ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ:	ວັນທີ: / /
ທ່ານຕ້ອງເຊັນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍຕົນເອງ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.	