

РАЗДЕЛ 1: ОБЩИЕ ИНСТРУКЦИИ

Заполните и собственноручно подпишите эту форму, если **вы являетесь членом семьи заявителя, который недееспособен** по причине серьезного состояния здоровья, и вы намерены представлять этого заявителя от его имени.

Вы можете запросить право представлять недееспособного заявителя, если вы являетесь его членом семьи, как это определено в ORS 657B.010. Определение члена семьи см. в разделе 3 данных инструкций.

Медицинский работник, лечащий заявителя по причине его недееспособности, должен подписать эту форму для подтверждения серьезного состояния здоровья заявителя.

Программа «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» может обсуждать текущие или ожидающие рассмотрения заявления на отпуск с уполномоченным представителем. Это даёт нам разрешение предоставлять информацию из наших записей, которая в противном случае была бы конфиденциальной. Это включает, но не ограничивается информацией:

- о любых пособиях, которые заявитель уже получил или получит;
- указанной в первоначальном заявлении заявителя;
- о любых решениях по заявлению, которые находятся в процессе рассмотрения или уже были вынесены.

Также это разрешает уполномоченному представителю предоставлять информацию программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», в том числе сведения, необходимые для:

- завершения подачи заявления на пособие;
- подачи нового заявления от имени заявителя;
- запроса слушания для пересмотра решения и участия в слушании в Офисе административных слушаний от имени заявителя.

«Оплачиваемый отпуск в Орегоне» признаёт только одного уполномоченного представителя для одного заявителя в каждый момент времени. Мы не принимаем запрос на назначение уполномоченного представителя, если у заявителя уже есть законный опекун или назначенный судом попечитель. Это также относится к заявителям, которые оформили доверенность на другое лицо для представления их интересов в рамках программы.

Пожалуйста, предоставьте всю необходимую информацию. Отсутствие данных может привести к задержке обработки вашего запроса. Подписи в этой форме должны быть собственноручными. Электронные подписи не принимаются.

Если вы готовы подать заявление на получение пособия от имени заявителя, вы можете отправить его вместе с данной формой.

Примечание: Только вы, как уполномоченный представитель, можете подать заявление на получение пособия от имени заявителя.

Нужна помощь?

Департамент занятости штата Орегон (OED) является агентством по обеспечению равных возможностей. Департамент занятости штата Орегон (OED) оказывает бесплатную помощь, чтобы вам было легче воспользоваться нашими услугами. Например: услуги сурдо- и устных переводчиков, предоставление письменных материалов на других языках, материалов с использованием крупного шрифта, а также материалов в аудио- и других форматах. Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 833-854-0166 (звонок бесплатный). Пользователям телетайпов (TTY) следует звонить по номеру 711. Вы также можете отправить нам электронное сообщение по эл. почте: access.paidleave@oregon.gov.

РАЗДЕЛ 2: ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ

Член семьи: заполните части А, В и С этой формы. Передайте часть D лечащему врачу заявителя для заполнения.

- **Часть А:** укажите информацию о заявителе.
- **Часть В:** укажите информацию о себе.
- **Часть С:** укажите дату начала действия полномочий. Если дата окончания не известна — оставьте поле пустым.
- Полномочия автоматически прекращаются:
 - если заявитель перестаёт быть недееспособным
 - когда заканчивается текущий льготный год заявителя
- Если вы не подадите заявление на пособие в течение 30 дней с момента вашего утверждения как уполномоченного представителя.
- В случае смерти заявителя — на дату смерти.

Вы также должны **подписать** эту часть **от руки** и указать дату. Электронные подписи не принимаются.

- **Часть D:** предоставьте врачу заявителя определения из раздела 3 данных инструкций. Попросите врача заполнить и **собственноручно** подписать эту часть формы, чтобы подтвердить недееспособность заявителя.
- Приложите документы, подтверждающие ваше родство с заявителем, а также документы, подтверждающие личность заявителя и вашу собственную. Список допустимых документов приведён в разделе 4.
- Вы должны отправить эту форму и все необходимые документы в «Оплачиваемый отпуск в Орегоне». Вы можете использовать форму «Свяжитесь с нами» на frances.oregon.gov или отправить по почте по адресу:

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

Лечащий врач заявителя:

- Ознакомьтесь с определениями поставщика медицинских услуг, серьезного состояния здоровья и недееспособности в разделе 3 этой инструкции.
- Заполните часть D укажите дату и **подпишите от руки**.
 - Подписывая эту часть, вы подтверждаете, что заявитель:
 - является недееспособным по причине серьезного состояния здоровья (OAR 471-070-1000),
 - не может самостоятельно подать заявление на пособие, и
 - не может самостоятельно выбрать представителя.
 - Электронные подписи не принимаются.
- Верните заполненную и подписанную форму члену семьи, который запрашивает полномочия представлять недееспособного заявителя. Он отправит форму в «Оплачиваемый отпуск в Орегоне».

РАЗДЕЛ 3: ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Определение члена семьи

Согласно ORS 657B.010 членом семьи считается:

- супруг (супруга) покрываемого лица;
- ребенок покрываемого лица, супруг(а) или гражданский(ая) супруг(а) ребенка;
- родитель покрываемого лица, супруг(а) или гражданский(ая) супруг(а) родителя;
- брат или сестра, сводные брат или сестра покрываемого лица, их супруги или гражданские супруги;
- дедушка или бабушка покрываемого лица, их супруги или гражданские супруги;
- внук/внучка покрываемого лица, супруг(а) или гражданский(ая) супруг(а) вашего(ей) внука/внучки;
- гражданский(ая) супруг(а) покрываемого лица ; или
- Любой человек, с которым покрываемое лицо связанное кровным родством или тесно связаны как с членом семьи.

Определение поставщика медицинских услуг

OAR 471-070-1000 определяет поставщика медицинских услуг следующим образом:

(а) Лицо, которое несет основную ответственность за оказание медицинской помощи заявителю или члену семьи заявителя до или во время «Оплачиваемого отпуска», имеющее лицензию или сертификат на практику в соответствии с законодательством штата или страны, в которой оно практикует, выполняющее работу в рамках своей профессиональной лицензии или сертификата, и являющееся (n):

- Врач мануальной терапии (но только в том случае, если врач мануальной терапии проводит лечение, состоящее из ручных манипуляций с позвоночником для устранения подвывиха, наличие которого
- Практикующая медсестра-акушерка
- Оптометрист
- Врач терапевт

подтверждено рентгеновскими снимками)

- Стоматолог
- Акушер
- Врач-натуропат
- Медсестра-практикантка
- Врач-ассистент
- Психолог
- Дипломированная медсестра
- Уполномоченный социальный работник (или)

(b) Лицо, которое несет основную ответственность за лечение заявителя или члена семьи заявителя исключительно духовными средствами до или во время «Оплачиваемого отпуска», включая, но не ограничиваясь, практикующим врачом христианской науки.

Определение серьезного состояния здоровья

OAR 471-070-1000 определяет серьезное состояние здоровья следующим образом:

Болезнь, травма, нарушение здоровья, физическое или психическое состояние заявителя или члена его семьи, которое:

- Требуется стационарного лечения в медицинском учреждении, таком как больница, хоспис или интернат, например, дом престарелых или стационарный центр лечения зависимости от психоактивных веществ
- По мнению поставщика медицинских услуг, представляет непосредственную угрозу смерти или имеет терминальный прогноз с обоснованной вероятностью смерти в ближайшем будущем
- Требуется постоянного или непрерывного ухода, включая уход на дому, осуществляемый медицинским работником
- Предполагает период нетрудоспособности. «Нетрудоспособность» - это невозможность выполнять хотя бы одну из основных рабочих функций, посещать школу или заниматься обычной повседневной деятельностью в течение более трех календарных дней подряд. Период нетрудоспособности включает любое последующее необходимое лечение или период восстановления, связанный с тем же заболеванием. Нетрудоспособность должна быть связана с одним из следующих факторов:
 - Лечение у поставщика медицинских услуг в течение двух или более процедур
 - Один курс лечения плюс постоянный уход
- Приводит к периоду нетрудоспособности или лечению хронического серьезного заболевания, которое требует периодических посещений для лечения у поставщика медицинских услуг, продолжается в течение длительного периода времени и может вызвать эпизодический, а не продолжительный период нетрудоспособности, например, астма, диабет или эпилепсия
- Предполагает постоянную или длительную нетрудоспособность из-за состояния, лечение которого может оказаться неэффективным, например, болезнь Альцгеймера, серьезный инсульт или терминальная стадия заболевания. Работник или член семьи должен находиться под постоянным наблюдением поставщика медицинских услуг, но не обязательно получать активное лечение
- Включает в себя многократное лечение восстановительной хирургии или такого заболевания, как химиотерапия при раке, физиотерапия при артрите или диализ при

заболевании почек, которое в случае отсутствия лечения может привести к нетрудоспособности более чем на три календарных дня

- Включает в себя любой период нетрудоспособности по причине беременности, родов, выкидыша или мертворождения, или период отсутствия для дородового ухода
- Включает в себя любой период отсутствия на работе для донорства части тела, органа или ткани, в том числе предоперационные или диагностические услуги, хирургическое вмешательство, послеоперационное лечение и восстановление

Определение недееспособности

Согласно закону ORS 125.005 (5), «Недееспособность» означает состояние, при котором способность человека эффективно получать и оценивать информацию или принимать решения снижена настолько, что он не способен удовлетворять основные требования, необходимые для поддержания своего физического здоровья или безопасности. «Выполнение основных требований к физическому здоровью и безопасности» означает действия, необходимые для обеспечения медицинского обслуживания, питания, жилья, одежды, личной гигиены и другого ухода, без которого возможно получение серьезной физической травмы или заболевания.

РАЗДЕЛ 4: ПРИЕМЛЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Приемлемые документы для подтверждения вашего родства:

- Свидетельство о гражданском браке
- Свидетельство о рождении
- Свидетельство о законном браке
- Другие документы, по усмотрению программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», выданные независимой третьей стороной, которые подтверждают брак, домашнее партнерство, родительство или другие семейные отношения между заявителем и лицом, подающим заявление на выполнение функций представителя от имени заявителя.

Допустимые документы для подтверждения личности недееспособного заявителя и лица, подающего заявление на представление его интересов:

Примечание: вы должны предоставить два основных документа, или один основной и два второстепенных документа как для себя, так и для заявителя, чьи интересы вы представляете. Документы должны быть цветными сканами в формате PDF.

Основные документы

- Водительские права (или ученическое разрешение) из штата или территории США (мы рассмотрим водительские права с истекшим сроком действия, если этот срок истек) в течение последних 12 месяцев и не поврежден)
- Другое государственное удостоверение личности с фотографией (документ должен быть постоянного образца с фотографией. Военные удостоверения, временные или бумажные документы не принимаются)
- Выданное штатом удостоверение личности с фотографией (мы рассмотрим удостоверение личности с истекшим сроком действия, если этот срок истек в течение последних 12 месяцев и не поврежден)
- Паспорт США или паспортная карта США
- Карта постоянного резидента США (I-551)
- Карта разрешения на трудоустройство (I-766), выданная USCIS (удостоверения личности, выданные работодателем, не принимаются)
- Иностраный паспорт
- Медицинская идентификационная карточка ветерана
- Карты доверенных путешественников DHS (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- Канадские водительские права
- Сертификат о получении гражданства (Form N-550 или N-570)
- Национальное удостоверение личности (только если вы проживаете за пределами США)
- Федерально признанное удостоверение личности с фотографией, выданное племенным правительством
- Неиммиграционная виза, выданная Государственным департаментом США (срок действия не более пяти лет)
- Временная иммиграционная виза (I551), выданная Государственным департаментом США (срок действия не более пяти лет)

Дополнительные документы (в качестве дополнительных документов принимаются

отсканированные в цветном виде и PDF-файлы следующих документов)

- Карта социального страхования
- Свидетельство США о рождении за границей (FS-545)
- Сертификат регистрации рождения в США (DS-1350)
- Справка консульства США о рождении за границей (FS-240)
- Карточка медицинского страхования США
- Свидетельство о рождении в США с печатью официального лица (имя и фамилия)
- Форма W-2
- Форма 1098
- Карточка автострахования
- Карточка пересечения границы
- Карточка моряка торгового флота Береговой охраны США
- Форма удостоверения личности гражданина США (I-197)
- Карта Министрства Канады по делам индейцев и северных территорий
- Студенческий билет с фотографией из колледжа или университета
- Транскрипт из колледжа или университета
- Сертификат об увольнении в запас
- Выписка по автострахованию или страхованию жилья
- Письмо, подтверждающее резидентство штата
- Сертификация получателей Программы дополнительной продовольственной помощи
- Документ племени коренных Американцев
- Форма не владельца SSA-1099
- Форма SSA-1099
- Регистрационная карточка или свидетельство избирателя США или территории США
- Сертификация получателей услуг для женщин, младенцев и детей (WIC) в Пуэрто-Рико

Дополнительные документы (не более чем 90-дневной давности)

- **Счет за коммунальные услуги** (с указанием номера счета, полного имени и текущего адреса)
- **Счет за медицинские услуги** (с указанием номера счета, полного имени и текущего адреса)
- **Выписка из банка, кредитной или финансовой организации** (с указанием номера вашего счета, полного имени и текущего адреса; выдана банком)
- **Квитанция о заработной плате** (с указанием ФИО, названия работодателя или компании, текущего адреса; обязательна настоящая квитанция, а не платежный чек)

ЧАСТЬ А - ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя заявителя:	Фамилия заявителя:
Номер социального страхования (SSN): _____ или	
Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN): _____	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): / /	Номер телефона заявителя:
Адрес заявителя:	Почтовый адрес (если отличается от физического):
Адрес электронной почты заявителя (необязательно):	

ЧАСТЬ В – ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Имя представителя:	Фамилия представителя:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): / /	Связь с заявителем:
Физический адрес:	Почтовый адрес (если отличается от физического):
Номер телефона:	Адрес электронной почты (необязательно):

ЧАСТЬ С – ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Данные полномочия действуют с (ММ/ДД/ГГГГ): / / по: / /
(Оставьте поле пустым, если дата не известна)

Основания для прекращения вашего статуса уполномоченного представителя недееспособного заявителя:

- Полномочия автоматически прекращаются (в зависимости от того, что наступит раньше):
 - если заявитель перестаёт быть недееспособным, или
 - когда заканчивается текущий льготный год заявителя
- если вы не подадите заявление на пособие в течение 30 дней с момента вашего утверждения как уполномоченного представителя
- в случае смерти заявителя — на дату смерти

Имя заявителя:	Номер социального страхования (SSN)/ Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN):
----------------	---

Подтверждение уполномоченного представителя недееспособного заявителя: Я действую в интересах заявителя и буду соблюдать конфиденциальность любой информации, полученной мной от программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» по поручению заявителя. Я понимаю, что мои полномочия прекратятся в случае, если заявитель перестал быть недееспособным. Я соглашаюсь уведомить «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» в течение трех календарных дней с момента, когда мне станет известно, что заявитель может действовать от своего имени.

Подпись уполномоченного представителя: _____ Дата: / /

Вы должны подписать эту форму от руки. Мы не принимаем электронные подписи.

ЧАСТЬ D – ИНФОРМАЦИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Имя и фамилия заявителя:	Дата рождения: / /
Имя и фамилия лечащего врача:	Должность:
Номер лицензии (не обязательно):	Штат или страна:
Вид практики или медицинская специальность:	Номер телефона:

Адрес электронной почты (необязательно):

Название клиники или больницы:

Адрес:

Я прочитал определения понятия «поставщик медицинских услуг», «серьезное состояние здоровья» (OAR 471-070-1000) и «недееспособность» (ORS 125.005).

Подтверждение поставщика медицинских услуг: Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что:

- заявитель недееспособен (ORS 125.005) по причине серьезного состояния здоровья, как определено в OAR 471-070-1000;
- заявитель не может выполнить необходимые шаги для подачи заявления на получение пособия программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» и не может выбрать представителя, который будет действовать от его имени;
- я являюсь поставщиком медицинских услуг, уполномоченным подтверждать состояние здоровья заявителя в соответствии с определением, изложенным в OAR 471-070-1000 и оказываю заявителю медицинскую помощь в связи с его нетрудоспособностью;
- информация, представленная в этой форме, является достоверной и правильной.

Подпись лечащего врача: _____ Дата: / /

Вы должны подписать эту форму от руки. Мы не принимаем электронные подписи.