

第一部分: 一般说明

如果您是**因严重健康状况而丧失行动能力的申请人的家庭成员**，并希望代表该申请人行事，请填写并亲笔签署此表格。

如果您符合《俄勒冈州修订法规》（ORS）657B.010 中对“家庭成员”的定义，您可以申请代表无行动能力的申请人。您可以在本说明的第 3 部分找到关于“家庭成员”的定义。

为确认申请人的严重健康状况，正在为其提供治疗的医疗保健提供者必须在此表格上签字。

俄勒冈带薪休假可以与授权代理人讨论当前或待处理的带薪休假申请。此授权允许我们提供原本属于保密信息的记录内容。包括但不限于以下信息：

- 关于申请人已领取或将领取的任何福利
- 申请人在最初申请中提供的信息
- 关于我们对该申请作出的任何待定或已发布的决定

此授权也允许授权代理人向带薪休假项目提供信息，包括为以下需求所需的信息：

- 完成福利申请
- 为申请人提交新的福利申请
- 请求举行听证以复审带薪休假的决定，并代表申请人出席在行政听证办公室的听证会

带薪休假在同一时间内对每位申请人仅认可一名授权代理人。如果申请人已有法定监护人或法院指定的财产管理人被授权代表其行事，我们将不接受新的授权代理人申请。对于已授予他人代理授权（power of attorney），使其能在俄勒冈带薪休假事务中代表自己行事的申请人，同样适用上述规定。

请提供所有必需信息。缺少信息可能会导致处理您的请求时出现延误。此表格上的签名必须为手写签名，我们无法接受电子签名。

如果您已准备好代表申请人提交福利申请，您可以将申请与此表格一同寄送。

注意：作为授权代理人，您是唯一能够代表申请人提交福利申请的人。

需要帮助吗？

这些信息至关重要。俄勒冈就业部 (OED) 是一个平等机会机构。OED 提供免费帮助，以便您可以使用我们的服务。一些例子是手语和口语翻译、其他语言的书面材料、大字体、音频和其他格式。如需帮助，请致电 833-854-0166 (免费)。TTY 用户请拨打 711。您也可以发送电子邮件至 access.paidleave@oregon.gov。

第二部分: 填写表格说明

家庭成员: 填写本表中的 A, B 和 C 部分。D 部分由申请人的医疗保健提供者填写。

- **A部分:** 此处填写申请人信息。
- **B部分:** 此处填写您本人的信息。
- **C部分:** 此处填写授权的开始日期。如果您不知道申请人丧失行动能力的结束日期，请将授权结束日期留空。
- 授权将在以下情况下自动终止:
 - 申请人不再处于丧失行动能力状态
 - 申请人的当前福利年度结束
- 如果您在本部门批准您为授权代理人后的 30 天内未提交带薪休假福利申请。
- 如申请人去世，授权将在其死亡日期终止。

您还必须填写本部分，**亲笔**签名并注明日期。我们无法接受电子签名。

- **D部分:** 请将本说明第 3 部分中的相关定义提供给申请人的医疗保健提供者。申请人的医疗保健提供者必须填写并**亲笔**签署本部分，以确认申请人处于丧失行动能力状态。
- 请附上能够证明您与申请人之间家庭关系的文件，以及能够证明申请人身份和您本人身份的文件。您可以在本说明的第 4 部分找到可接受的证明文件清单。
- 您必须将此表格及所有其他所需文件提交给俄勒冈带薪休假。您可以通过 frances.oregon.gov 网站上的 '[联系我们](#)' 表格以电子方式提交，或将其邮寄至以下地址:

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

申请人的医疗保健提供者:

- 请查看本说明第 3 部分中关于医疗保健提供者、严重健康状况和丧失行动能力的定义。
- 请填写本表中的 D 部分，并在此部分**亲笔**签名及注明日期。
 - 通过填写并签署此部分，您确认申请人:
 - 因严重健康状况 (OAR 471-070-1000) 而丧失行动能力，

- 无法申请俄勒冈带薪休假福利，并且
- 无法选择一名代表代其行事。
- 我们无法接受电子签名。
- 请将已填写并签署的表格交还给申请代表无行动能力申请人的家庭成员。由他们将此表格提交给俄勒冈带薪休假。

第三部分: 定义

家庭成员定义

ORS 657B.010 对家庭成员的定义如下:

- 投保人的配偶;
- 投保人的子女, 或该子女的配偶或同居伴侣;
- 投保人的父母, 或该父母的配偶或同居伴侣;
- 投保人的兄弟姐妹或继兄弟姐妹, 或该兄弟姐妹 / 继兄弟姐妹的配偶或同居伴侣;
- 投保人的祖父母, 或该祖父母的配偶或同居伴侣;
- 投保人的孙子女, 或该孙子女的配偶或同居伴侣;
- 投保人的同居伴侣; 或
- 与投保人有血缘或情感关系, 其密切关系等同于家庭关系的任何个人。

医疗保健提供者定义

OAR 471-070-1000 对医疗保健提供者的定义如下:

(a) 在带薪休假之前或期间, 主要负责为申请人或其家庭成员提供医疗保健服务的人员, 该人员根据其所在州或国家的法律获得执业许可或认证, 在其专业执照或证书的范围工作, 并且是:

- 脊椎推拿医师(范围仅限于提供脊椎推拿以纠正X射线所显示存在的半脱位等治疗的脊椎推拿医师)
- 牙医
- 直接执业助产士
- 理疗师
- 执业护士
- 助产护理专业执业护士
- 验光师
- 全科医师
- 医师助理
- 心理专家
- 注册护士
- 受监管的社会工作者 (或)

(b) 在带薪休假之前或期间, 主要负责为申请人或其家庭成员提供仅精神治疗的人员, 包括但不限于基督教科学从业者。

严重健康状况定义

OAR 471-070-1000 对“严重健康状况”的定义如下:

申请人或其家庭成员存在以下疾病、受伤、损伤或身体或精神状况:

- 需要在医疗护理机构(例如医院、临终关怀机构)或住宿机构(例如但不限于疗养院或住院药物滥用治疗中心)接受住院护理
- 根据主治医师的医疗判断,可能有即将死亡的风险,或者预后为晚期,在不久的将来有合理的死亡可能性
- 需要持续不断的护理,包括由医护人员提供的居家护理
- 包括一段丧失行动能力的时期。“丧失行动能力”是指连续三个日历日以上无法履行至少一项基本工作职能,或无法上学或进行日常活动。丧失行动能力时期包括与同一状况有关的任何后续所需治疗或康复期。丧失行动能力必须涉及以下情况之一:
 - 医疗保健提供者进行两次或两次以上的治疗
 - 一次治疗加持续护理疗程
- 因慢性严重健康状况而导致的一段丧失行动能力时期或治疗期,这种状况需要医疗服务提供者定期就治疗,持续时间较长,并可能导致阵发性而非持续性丧失行动能力,如哮喘、糖尿病或癫痫病
- 因治疗无效而导致永久或长期丧失行动能力,如阿尔茨海默症、严重中风或疾病晚期。员工或家庭成员必须接受医疗服务提供者的持续护理,但无需接受积极治疗
- 涉及恢复性手术或癌症化疗、关节炎理疗或肾病透析等疾病的多种治疗,如不治疗将可能导致丧失行动能力超过三个日历日
- 因怀孕、分娩、流产或死产而导致身心损伤的时期,或因产前护理而缺勤的时期
- 因捐赠身体部位、器官或组织(包括术前或诊断服务、手术、术后治疗和恢复)而缺勤的任何时期

无行动能力的定义

根据 ORS 125.005 (5),“无行动能力”是指一个人有效接收和评估信息或沟通决策的能力受到损害,以至此人目前缺乏能力满足其身体健康或安全的基本要求。“满足身体健康和安全的基本要求”是指提供医疗保健、食物、住所、衣物、个人卫生和其他护理所必需的行动,否则可能会发生严重的身体伤害或疾病。

第四部分: 可接受的文件

可接受的确认家庭关系的文件:

- 经认证的同居关系证明
- 合法出生证明
- 合法结婚证明
- 由俄勒冈带薪休假酌情决定, 由独立第三方出具的其他文件, 证明申请人与申请代表申请人的代表之间的婚姻、同居关系、父母身份或其他家庭关系

用于确定无行动能力申请人和其代表身份的可接受文件包括:

注意: 您必须为自己及您将代表的申请人各提供两份主要身份证明文件, 或一份主要身份证明文件加两份辅助身份证明文件。这些文件必须是全彩色扫描件, 并以 PDF 格式提交。

主要文件

- 美国各州或领地颁发的驾照 (或学员许可证) (如果驾照在过去12个月内过期且完好无损, 我们将接受过期驾照)
- 其他政府签发的带照片的身份证件 (必须是带有照片的永久性证件。不接受军人证、临时或纸质文件)
- 州政府签发的带照片的身份证件 (如果在过去12个月内过期且完好无损, 我们将接受过期身份证件)
- 美国护照或美国护照卡
- 美国永久居民卡 (I-551)
- USCIS 签发的就业许可证 (I-766) (不接受雇主签发的身份证件)
- 外国护照
- 退伍军人健康身份证
- DHS 可信旅行者卡 (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- 加拿大驾照
- 入籍证书 (表格 N-550 或 N-570)
- 国民身份证 (仅适用于居住在美国境外的情况)
- 联邦认可的部落签发的带照片的身份证件
- 美国国务院签发的非移民签证 (过期未超过5年)
- 美国国务院签发的临时移民签证 (I551) (过期未超过5年)

辅助文件 (以下文件的全彩扫描件和PDF可作为辅助文件)

- 社会安全卡
- 美国海外出生证明 (FS-545)
- 美国出生报告证明 (DS-1350)
- 美国领事馆海外出生报告 (FS-240)
- 美国医疗保险卡
- 盖有公章的美国出生证明 (名和姓)
- 加拿大印第安人和北方事务卡
- 带照片的学院或大学学生证
- 学院或大学成绩单
- DOD 退役证书
- 汽车或房屋保险单
- 州居住证明信

- W-2 表格
- 1098 表格
- 汽车保险卡
- 过境卡
- 美国海岸警卫队商船海员卡
- 美国公民身份证表格 (I-197)
- 补充营养援助计划接受者证明
- 美国原住民部落文件
- 非 SSA-1099 表格
- SSA-1099 表格
- 美国或美国领地选民登记卡或证书
- 波多黎各妇女、婴儿和儿童 (WIC) 接受者证明

辅助文件 (必须是90天以内的文件)

- **水电费账单** (显示您的账号、全名和当前地址)
- **医疗账单** (显示您的账号、全名和当前地址)
- **银行、贷款或金融机构对账单** (显示您的账号)
- **工资单** (显示您的全名、雇主或公司名称、当前地址; 必须是实际的工资单而非工资支票)

A 部分 – 福利申请人信息

名字:	姓氏:
社会安全号 (SSN): _____ 或	
个人税务识别号 (ITIN): _____	
出生日期 (月/日/年): / /	电话号码:
实际地址:	邮寄地址 (如果与实际地址不同):
电邮地址 (可选):	

B 部分 – 授权代理人信息

名字:	姓氏:
出生日期 (月/日/年): / /	与福利申请人的关系:
实际地址:	邮寄地址 (如果与实际地址不同):
电话号码:	电邮地址 (可选):

C 部分 – 无行动能力申请人的授权代理人之授权与签名

此授权生效日期为 (月/日/年): / / 结束日期: / /
(如果结束日期未知, 请留空)

您作为无行动能力申请人的授权代理人的批准状态可能在以下情况下结束:

- 您的授权将自动终止 (以先发生者为准):
 - 当申请人不再处于无行动能力状态时, 或
 - 当申请人当前的福利年度结束时
- 如果您在获准为授权代理人后的30天内未为申请人提交带薪休假福利申请, 您的授权将终止。
- 若申请人去世, 您的授权将在其死亡之日终止。

无行动能力申请人的授权代理人声明: 我将以申请人的最佳利益为重, 并对我代表申请人从俄勒冈带薪休假获得的任何信息予以保密。我理解, 当申请人不再处于无行动能力状态时, 我代表其行事的授权将终止。我同意在得知申请人能够自行处理事务后的三个日历日内通知俄勒冈带薪休假部门。

福利申请人姓名:	福利申请人SSN/ITIN:
无行动能力申请人的授权代理人签名:	日期: / /
您必须亲笔签署此表格。我们不接受电子签名。	
D 部分 - 医疗保健提供者信息与认证	
福利申请人姓名:	出生日期: / /
医疗保健提供者姓名:	职称:
证明执照编号(可选):	州或国家:
执照领域/执业领域:	电话号码:
电邮地址(可选):	
企业名称:	
地址:	
<input type="checkbox"/> 我已阅读医疗保健提供者、严重健康状况 (OAR 471-070-1000), 和无行动能力 (ORS 125.005) 的定义。	
医疗保健提供者认证: 本人声明, 如作伪证, 愿受处罚: <ul style="list-style-type: none"> • 本表格中列出的申请人因 OAR 471-070-1000 所定义的严重健康状况而处于 ORS 125.005 所定义的无行动能力状态。 • 申请人无法完成申请俄勒冈带薪休假福利所需步骤, 也无法选择一名代表代其行事。 • 我是 OAR 471-070-1000 中定义的、获授权为申请人状况出具证明的医疗保健提供者, 并且我正在因其无行动能力提供治疗。 • 本表格中所提供的信息真实准确。 	
医疗保健提供者签名:	日期: / /
您必须亲笔签署此表格。我们不接受电子签名。	