

SECCIÓN 1: INSTRUCCIONES GENERALES

Complete y firme físicamente este formulario **si usted es un familiar de un reclamante que está incapacitado** debido a una condición de salud grave, y está solicitando representar al reclamante incapacitado para actuar en su nombre.

Usted puede solicitar representar a un reclamante incapacitado si es un familiar según se define en ORS 657B.010. Usted puede encontrar la definición de familiar en la Sección 3 de las instrucciones.

Un proveedor médico que esté tratando al reclamante debido a su incapacidad, debe firmar este formulario para confirmar la condición de salud grave del reclamante.

Permiso Pagado de Oregon puede discutir una solicitud actual o pendiente de Permiso Pagado con el agente autorizado. La autorización nos da permiso para proporcionar información de nuestros registros que, de otro modo, sería confidencial. Esto incluye, pero no se limita a la información:

- Acerca de cualquier beneficio que el reclamante haya recibido o vaya a recibir
- Proporcionada en la solicitud inicial del reclamante
- Acerca de cualquier decisión pendiente o emitida que tomamos en una solicitud

También otorga al agente autorizado permiso para proporcionar información a Permiso Pagado, incluyendo información necesaria para:

- Completar una solicitud para beneficios
- Presentar una nueva solicitud de beneficios para el reclamante
- Solicitar una audiencia para revisar una decisión de Permiso Pagado y comparecer en una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas en nombre del reclamante

Permiso Pagado solo reconoce a un agente autorizado por reclamante a la vez. No aceptaremos una solicitud de un agente autorizado si un tutor legal o un tutor designado por una corte está autorizado para actuar en nombre del reclamante. Esto también es cierto para los reclamantes que han otorgado un poder notarial a alguien para actuar en su nombre para propósitos de Permiso Pagado de Oregon.

Por favor, proporcione toda la información requerida. La falta de información puede causar un retraso en el proceso de su solicitud. Las firmas en este formulario deben ser manuscritas. No podemos aceptar firmas electrónicas.

Si usted está listo para enviar una solicitud de beneficios en nombre del reclamante, usted puede enviarla al mismo tiempo que envía este formulario.

Nota: Usted, como el agente autorizado, es la única persona que puede enviar una solicitud de beneficio en nombre del reclamante.

¿Necesita ayuda?

Esta información es vital. El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. OED proporciona ayuda gratuita para que usted pueda usar nuestros servicios. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y hablado, materiales escritos en otros idiomas, letra grande, audio y otros formatos. Para obtener ayuda, por favor llame al 833-854-0166 (llamada gratuita). Usuarios de TTY (Dispositivo de Telecomunicación para Sordos) pueden llamar al 711. También usted puede enviar un correo electrónico a access.paidleave@oregon.gov.

SECCIÓN 2: INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

Miembro de la familia: Complete las Partes A, B y C de este formulario. Deje en blanco la Parte D y entréguela al proveedor médico del reclamante para que la complete.

- **Parte A:** Complete esta parte con la información del reclamante.
- **Parte B:** Complete esta parte con su propia información.
- **Parte C:** Complete esta parte con la fecha de inicio de la autorización. Deje en blanco la fecha final de la autorización si no conoce la fecha final de la incapacidad del reclamante.
 - La autorización termina automáticamente cuando:
 - El reclamante ya no está incapacitado
 - El año de beneficios actual del reclamante se termina
 - Si usted no envía una solicitud de beneficios de Permiso Pagado dentro de los 30 días posteriores a que el departamento lo apruebe como agente autorizado
 - En caso de fallecimiento del reclamante, la autorización finalizará en la fecha del fallecimiento.También debe completar, firmar **físicamente** y fechar esta parte. No podemos aceptar firmas electrónicas.
- **Parte D:** Proporcione al proveedor médico del reclamante las definiciones en la Sección 3 de las instrucciones. Haga que el proveedor médico del reclamante complete y firme **físicamente** esta parte para confirmar la incapacidad del reclamante.
- Adjunte documentos que confirmen su relación familiar con el reclamante y documentos que muestren la identidad del reclamante y su propia identidad. Puede encontrar una lista de documentos aceptables que puede utilizar para estos fines en la Sección 4.
- Debe enviar este formulario y cualquier otro documento requerido a Permiso Pagado de Oregon. Puede enviarlos electrónicamente a través de la forma '[Contáctenos](#)' en frances.oregon.gov, o por correo a esta dirección:

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

Proveedor médico del reclamante:

- Revise las definiciones de proveedor médico, condición de salud grave e incapacidad en la Sección 3 de las instrucciones.
- Complete la parte D de este formulario, fírmelo **físicamente**, y feche esta parte.
 - Completando y firmando esta parte, usted confirma que el reclamante:
 - Está incapacitado debido a una condición de salud grave (OAR 471-070-1000),
 - No puede solicitar los beneficios de Permiso Pagado de Oregon, y
 - No puede seleccionar un representante para actuar en su nombre.
- Nosotros no podemos aceptar firmas electrónicas.
- Devuelva el formulario ya completado y firmado, al familiar que solicita representar al reclamante incapacitado. El familiar enviará este formulario a Permiso Pagado de Oregon.

SECCIÓN 3: DEFINICIONES

Definición de miembro de familia

ORS 657B.010 define a un miembro de familia como:

- El cónyuge de un individuo con cobertura;
- Un/a hijo/a de un individuo con cobertura, o el cónyuge o pareja doméstica del hijo/a;
- Un/a hijo/a de un individuo con cobertura, o el cónyuge o pareja doméstica del hijo/a;
- El padre o la madre de un individuo con cobertura, o el cónyuge o pareja doméstica de ellos;
- Un/a hermano/a o hermanastro/a de un individuo con cobertura, o el cónyuge o pareja doméstica de el/la hermano/a o hermanastro/a;
- Un/a abuelo/a de un individuo con cobertura, o el cónyuge o pareja doméstica de el/la abuelo/a;
- Un/a nieto/a de un individuo con cobertura, o el cónyuge o pareja doméstica de el/la nieto/a;
- La pareja doméstica de un individuo con cobertura; o
- Cualquier individuo relacionado por consanguinidad o afinidad cuya estrecha relación con un individuo con cobertura es equivalente a una relación familiar.

Definición de proveedor médico

OAR 471-070-1000 define a un proveedor médico ya sea como:

(a) Una persona que es principalmente responsable de proporcionar atención médica al reclamante o al familiar del reclamante antes o durante un período de Permiso Pagado, quien está autorizado o certificado para ejercer de acuerdo con las leyes del estado o país en el que ejerce, que está actuando dentro del alcance de su licencia o certificado profesional, y que es un:

- Médico quiropráctico (solo en la medida en que el médico quiropráctico proporcione tratamiento que consista en la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación cuya existencia se haya demostrado mediante radiografías)
- Dentista
- Partera de entrada directa
- Médico naturópata
- Enfermero(a) profesional
- Enfermero(a) profesional especializado(a) en enfermería obstétrica
- Optometrista
- Médico
- Asistente médico
- Psicólogo(a)
- Enfermero(a) registrado(a)
- Trabajador(a) social regulado(a), o

(b) Una persona que es principalmente responsable del tratamiento del reclamante o de un familiar del reclamante únicamente a través de medios espirituales antes o durante un período de Permiso Pagado, incluyendo, entre otros, un a un profesional de Ciencias Cristianas.

Definición de condición de salud grave

OAR 471-070-1000 define una “condición de salud grave” como:

Una enfermedad, lesión, discapacidad o condición física o mental de un reclamante o de un miembro de su familia que:

- Requiere atención hospitalaria en un centro de atención médica como un hospital, hospicio o un centro residencial como un hogar de ancianos o un centro de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes internados, entre otros
- Según el criterio médico del proveedor médico tratante, representa un peligro inminente de muerte, o tiene un pronóstico terminal con una posibilidad razonable de muerte en un futuro cercano
- Requiere cuidados constantes o continuos, incluyendo atención domiciliaria administrada por un profesional de atención médica

- Implica un período de incapacidad. "Incapacidad" es la imposibilidad de hacer al menos una función laboral esencial, o de asistir a la escuela o de realizar actividades diarias habituales durante más de tres días calendario consecutivos. Un período de incapacidad incluye cualquier tratamiento o período de recuperación posterior requerido relacionado con la misma condición. La incapacidad debe implicar uno de los siguientes:
 - Dos o más tratamientos realizados por un proveedor de atención médica
 - Un tratamiento más un régimen de cuidados continuos
- Resulta en un período de incapacidad o tratamiento por una condición de salud grave crónica que requiere visitas periódicas para tratamiento por un proveedor de atención médica, se prolonga durante un período extendido de tiempo y puede causar períodos de incapacidad episódicos en lugar de continuos, como asma, diabetes o epilepsia
- Involucra incapacidad permanente o a largo plazo debido a una condición para la cual el tratamiento puede no ser efectivo, como la enfermedad de Alzheimer, un accidente cerebrovascular grave o las etapas terminales de una enfermedad. El empleado o miembro de su familia debe estar bajo el cuidado continuo de un proveedor de atención médica, pero no necesita estar recibiendo tratamiento activo
- Involucra múltiples tratamientos para cirugía reconstructiva o para una condición como quimioterapia para el cáncer, fisioterapia para la artritis o diálisis para la enfermedad renal que, si no se trata, probablemente resultaría en incapacidad por más de tres días calendario
- Involucra cualquier período de discapacidad debido al embarazo, parto, aborto espontáneo o muerte fetal, o período de ausencia por atención prenatal
- Involucra cualquier período de ausencia del trabajo para la donación de una parte del cuerpo, órgano o tejido, incluyendo servicios preoperatorios o diagnósticos, cirugía, tratamiento postoperatorio y recuperación

Definición de incapacitado

De acuerdo a la ORS 125.005 (5) "Incapacitado" significa una condición en la que la capacidad de una persona para recibir y evaluar información de manera efectiva o para comunicar decisiones se ve afectada a tal punto que la persona actualmente carece de la capacidad para cumplir con los requisitos esenciales para su salud física o de seguridad. "Cumplir con los requisitos esenciales para la salud y la seguridad física" significa aquellas acciones necesarias para proporcionar atención médica, alimentos, refugio, ropa, higiene personal y otros cuidados sin los cuales es probable que ocurra una lesión o enfermedad física grave.

SECCIÓN 4: DOCUMENTOS ACEPTABLES

Documentos aceptables para confirmar una relación familiar:

- Declaración Certificada de Pareja Doméstica
- Certificado legal de Nacimiento
- Certificado legal de Matrimonio

Otros documentos, a discreción de Permiso Pagado de Oregon, emitidos por un tercer independiente que establezcan el matrimonio, la unión doméstica, la paternidad o cualquier otra relación familiar entre el reclamante y la persona que solicita actuar en nombre del reclamante.

Los documentos aceptables para establecer la identidad del reclamante incapacitado y de la persona que solicita representarlo para actuar en su nombre incluyen:

Nota: Usted debe enviar dos documentos de identidad primarios, o un documento primario y dos secundarios para usted y para el reclamante que representará.

Documentos primarios

- Licencia de conducir (o permiso de instrucción provisional) emitida por un estado o territorio de EE. UU. (Aceptaremos una licencia vencida si venció en los últimos 12 meses y está intacta.)
- Otro documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno (Debe ser una identificación permanente con fotografía. No se aceptan identificaciones militares, ni documentos temporales o en papel)
- Identificación con foto emitida por el estado (Aceptaremos una identificación vencida si se venció en los últimos 12 meses y está intacta.)
- Pasaporte de EE. UU. o Tarjeta de Pasaporte de EE. UU.
- Tarjeta de Residente Permanente de EE. UU. (I-551)
- Tarjeta de Autorización de Empleo (I-766) emitida por USCIS (No tarjetas emitidas por un empleador)
- Pasaporte extranjero
- Tarjeta de Identificación Médica de Veteranos
- Tarjetas de Viajero Confiable del DHS (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- Licencia de conducir Canadiense
- Certificado de Naturalización (Forma N-550 o N-570)
- Tarjeta de Identificación Nacional (solo si reside fuera de EE. UU.)
- Tarjeta de Identificación con fotografía emitida por una Tribu reconocida federalmente
- Visa de No-inmigrante emitida por el Departamento de Estado de EE. UU. (no vencida por más de cinco años)
- Visa de Inmigrante Temporal (I-551) emitida por el Departamento de Estado de EE. UU. (no vencida por más de cinco años)

Documentos secundarios (Los escaneos a color y los PDF de los siguientes documentos, se consideran aceptables como documentos secundarios)

- Tarjeta de Seguro Social
- Certificación de EE. UU. de Nacimiento en el Extranjero (FS-545)
- Certificación de EE. UU. del Reporte de Nacimiento (DS-1350)
- Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero de EE. UU. (FS-240)
- Tarjeta de seguro médico en los EE. UU.
- Certificado de nacimiento de EE. UU. con sello oficial (nombre y apellido)
- Forma W-2
- Forma 1098
- Tarjeta de seguro de automóvil
- Tarjeta de paso fronterizo
- Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE. UU.
- Tarjeta de Identidad de Ciudadano Estadounidense (I-197)
- Tarjeta de Certificado de estatus Indígena de Canadá
- Identificación con fotografía de estudiante de colegio o universitario
- Certificado de notas de universidad o colegio
- Certificado de baja del Departamento de Defensa
- Estado de cuenta del seguro de automóvil o de vivienda
- Carta atestiguando la residencia en el estado de Oregon
- Certificación de Beneficiario del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
- Documento tribal de Nativo Americano
- Formulario 1099 (no emitido por el Seguro Social)
- Declaración de Beneficios de Seguro Social (Formulario SSA-1099)
- Tarjeta o certificado de registro de votante de EE. UU. o de un territorio de EE. UU.
- Certificación de beneficiario del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Puerto Rico

Documentos secundarios (Deben de ser de menos de 90 días)

- **Factura de servicios públicos** (mostrando su número de cuenta, nombre completo y dirección actual)
- **Factura médica** (mostrando su número de cuenta, nombre completo y dirección actual)
- **Estado de cuenta bancaria, de préstamo o de institución financiera** (que muestre su número de cuenta, nombre completo, y dirección actual; emitido por el banco)
- **Talón de cheque** (mostrando su nombre completo, nombre del empleador o de la compañía, dirección actual; debe de ser un talón de la nómina, no un cheque)

PARTE A - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE INCAPACITADO

Nombre:	Apellido:
Número de Seguro Social (SSN): _____ o	
Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): _____	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / /	Número de teléfono:
Dirección física:	Dirección postal (si es distinta de la dirección física):
Dirección de correo electrónico (opcional):	

PARTE B – INFORMACIÓN DEL AGENTE AUTORIZADO

Nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / /	Relación con el reclamante:
Dirección física:	Dirección postal (si es distinta de la dirección física):
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico (Opcional):

PARTE C – AUTORIZACIÓN Y FIRMA DEL AGENTE AUTORIZADO PARA EL RECLAMANTE INCAPACITADO

Esta autorización es válida desde (DD/MM/AAAA): / / hasta: / /
(Deje la fecha final en blanco si no la conoce)

De qué maneras puede terminar su estatus aprobado como agente autorizado para un reclamante incapacitado:

- Su autorización finalizará automáticamente (lo que ocurra primero):
 - Cuando el reclamante deje de estar incapacitado, o
 - Cuando finalice el año de beneficios vigente del reclamante
- Si usted no solicita los beneficios de Permiso Pagado para el reclamante dentro de los 30 días posteriores a su aprobación como agente autorizado, su autorización finalizará.
- En caso de fallecimiento del reclamante, su autorización terminará en la fecha del fallecimiento.

Nombre del reclamante:	SSN/ITIN del reclamante:
Certificación del Agente Autorizado del reclamante incapacitado: Estoy actuando en el mejor interés del reclamante y mantendré la confidencialidad de cualquier información que reciba de Permiso Pagado de Oregon en nombre del reclamante. Entiendo que mi autoridad para actuar en nombre del reclamante terminará cuando el reclamante ya no esté incapacitado. Acepto informar a Permiso Pagado de Oregon dentro de los tres días siguientes de enterarme de que el reclamante puede actuar por sí mismo.	
Firma del agente autorizado del reclamante incapacitado:	Fecha: / /
Usted debe firmar este formulario físicamente. No podemos aceptar firmas electrónicas.	
PARTE D - INFORMACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO	
Nombre del Reclamante:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre del proveedor médico:	Título:
Número de licencia (Opcional):	Estado o País:
Área de licencia/área de práctica:	Teléfono:
Dirección de correo electrónico (Opcional):	
Nombre del negocio:	
Dirección:	
☐ He leído las definiciones de proveedor de atención médica, de condición de salud grave (OAR 471-070-1000) y de incapacidad (ORS 125.005).	
Certificación de proveedor médico: Declaro bajo pena de perjurio que: • El reclamante indicado en esta forma está incapacitado (ORS 125.005) debido a una condición de salud grave según lo definido en OAR 471-070-1000. • El reclamante no puede completar los pasos necesarios para solicitar los beneficios de Permiso Pagado de Oregon y no puede elegir a un representante para actuar en su nombre; • Soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar la condición del reclamante según lo definido en OAR 471-070-1000 y estoy tratando al reclamante debido a su incapacidad. • La información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta.	
Firma del proveedor médico:	Fecha: / /
Usted debe firmar este formulario físicamente. No podemos aceptar firmas electrónicas.	