

第一部分: 一般說明

如果您是**因嚴重健康狀況而喪失行動能力的申請人的家庭成員**，並希望代表該申請人行事，請填寫並親筆簽署此表格。

如果您符合《俄勒岡州修訂法規》(ORS) 657B.010 中對「家庭成員」的定義，您可以申請代表無行動能力的申請人。您可以在本說明的第 3 部分找到關於「家庭成員」的定義。

為確認申請人的嚴重健康狀況，正在為其提供治療的醫療保健提供者必須在此表格上簽字。

俄勒岡帶薪休假可以與授權代理人討論當前或待處理的帶薪休假申請。此授權允許我們提供原本屬於機密資訊的紀錄內容。包括但不限於以下資訊：

- 關於申請人已領取或將領取的任何福利
- 申請人在最初申請中提供的資訊
- 關於我們對該申請作出的任何待定或已發布的決定

此授權也允許授權代理人向帶薪休假專案提供資訊，包括為以下需求所需的資訊：

- 完成福利申請
- 為申請人提交新的福利申請
- 請求舉行聽證以複審帶薪休假的決定，並代表申請人出席行政聽證辦公室的聽證會

帶薪休假在同一時間內對每位申請人僅認可一名授權代理人。如果申請人已有法定監護人或法院指定的財產管理人被授權代表其行事，我們將不接受新的授權代理人申請。對於已授予他人代理授權 (power of attorney)，使其能在俄勒岡帶薪休假事務中代表自己行事的申請人，同樣適用上述規定。

請提供所有必需資訊。缺少資訊可能會導致處理您的請求時出現延誤。此表格上的簽名必須為手寫簽名，我們無法接受電子簽名。

如果您已準備好代表申請人提交福利申請，您可以將申請與此表格一同寄送。

注意：作為授權代理人，您是唯一能夠代表申請人提交福利申請的人。

需要幫助?

俄勒岡就業部(OED)是壹個提供均等機會的機構。OED提供免費幫助, 便於您使用我們的服務。服務內容示例包括手語和口語翻譯、其他語種的書面材料、大字體、音頻和其他格式文檔。如需幫助, 請致電 833-854-0166(免費)。聽障專線用戶(TTY)撥打711。您還可以發送電子郵件至 access.paidleave@oregon.gov。

第二部分: 填寫表格說明

家庭成員: 填寫本表中的 A, B 和 C 部分。D 部分由申請人的醫療保健提供者填寫。

- **A部分:** 此處填寫申請人資訊。
- **B部分:** 此處填寫您本人的資訊。
- **C部分:** 此處填寫授權的開始日期。如果您不知道申請人喪失行動能力的結束日期, 請將授權結束日期留空。
- 授權將在以下情況下自動終止:
 - 申請人不再處於喪失行動能力的狀態
 - 申請人的當前福利年度結束
- 如果您在本部門核准您為授權代理人後的 30 天內未提交帶薪休假福利申請。
- 如申請人去世, 授權將在其死亡日期終止。

您也必須填寫本部分, **親筆**簽名並注明日期。我們無法接受電子簽名。

- **D部分:** 請將本說明第 3 部分中的相關定義提供給申請人的醫療保健提供者。申請人的醫療保健提供者必須填寫並**親筆**簽署本部分, 以確認申請人處於喪失行動能力狀態。
- 請附上能夠證明您與申請人之間家庭關係的文件, 以及能夠證明申請人身份和您本人身份的文件。您可以在本說明的第 4 部分找到可接受的證明文件清單。
- 您必須將此表格及所有其他所需文件提交給俄勒岡帶薪休假。您可以透過 frances.oregon.gov 網站上的 [「聯絡我們」](#) 表格以電子方式提交, 或將其郵寄至以下地址:

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

申請人的醫療保健提供者:

- 請查看本說明第 3 部分中關於醫療保健提供者、嚴重健康狀況和喪失行動能力的定義。
- 請填寫本表中的 D 部分, 並在此部分**親筆**簽名及注明日期。
 - 透過填寫並簽署此部分, 您確認申請人:

- 因嚴重健康狀況 (OAR 471-070-1000) 而喪失行動能力,
 - 無法申請俄勒岡帶薪休假福利, 并且
 - 無法選擇一名代表代其行事。
- 我們無法接受電子簽名。
- 請將已填寫並簽署的表格交還給代表無行動能力申請人的家庭成員, 由他們將此表格提交給俄勒岡帶薪休假。

第三部分: 定義

家庭成員定義

ORS 657B.010 對家庭成員的定義如下:

- 受保人的配偶;
- 受保人的子女, 或該子女的配偶或同居伴侶;
- 受保人的父母, 或該父母的配偶或同居伴侶;
- 受保人的兄弟姐妹或繼兄弟姐妹, 或該兄弟姐妹 / 繼兄弟姐妹的配偶或同居伴侶;
- 受保人的祖父母, 或該祖父母的配偶或同居伴侶;
- 受保人的孫子女, 或該孫子女的配偶或同居伴侶;
- 受保人的同居伴侶; 或
- 與受保人有血緣或情感關係, 其密切程度等同於家庭關係的任何個人。

醫療保健提供者定義

OAR 471-070-1000 對醫療保健提供者的定義如下:

(a) 在帶薪休假之前或期間, 主要負責為申請人或其家庭成員提供醫療保健服務的人員。該人員依據其所在州或國家的法律取得執業許可或認證, 在其專業執照或證書的範圍內執業, 並且是:

- 脊椎推拿醫師 (範圍僅限於提供脊椎推拿, 以矯正 X 射線顯示存在的半脫位等治療的脊椎推拿醫師)
- 牙醫
- 直接執業助產士
- 理療師
- 執業護士
- 助產護理專業執業護士
- 驗光師
- 全科醫師
- 醫師助理
- 心理專家
- 注冊護士
- 受監管的社會工作者 (或)

(b) 在帶薪休假之前或期間, 主要負責為申請人或其家庭成員提供僅限心理治療的人員, 包括但不限於基督教科學從業者。

嚴重健康狀況定義

OAR 471-070-1000 對“嚴重健康狀況”的定義如下:

申請人或其家庭成員存在以下疾病、受傷、損傷或身體或精神狀況:

- 需要在醫療護理機構（例如醫院、臨終關懷機構）或住宿機構（例如但不限於療養院或住院藥物濫用治療中心）接受住院護理
- 根據主治醫務人員的醫療判斷，可能有即將死亡的風險，或者預後為末期，在不久的將來有合理的死亡可能性
- 需要持續不斷的護理，包括由醫護人員提供的居家護理
- 包括一段喪失行動能力的時期。「喪失行動能力」是指連續三個日曆日以上無法履行至少一項基本工作職能，或無法上學或進行日常活動。喪失行動能力時期包括與同一狀況有關的任何後續所需治療或康復期。喪失行動能力必須涉及以下情況之一：
 - 醫療保健提供者進行兩次或兩次以上的治療
 - 一次治療加持續護理療程
- 因慢性嚴重健康狀況而導致的一段喪失行動能力時期或治療期，這種狀況需要醫療服務提供者定期就診治療、持續時間較長，並可能導致陣發性而非持續性的喪失行動能力，例如哮喘、糖尿病或癲癇。
- 因治療無效而導致永久或長期喪失行動能力，如阿茲海默症、嚴重中風或疾病晚期。員工或家庭成員必須接受醫療服務提供者的持續護理，但無需接受積極治療
- 涉及恢復性手術或癌症化療、關節炎理療或腎病透析等疾病的多種治療，如不治療將可能導致喪失行動能力超過三個日曆日
- 因懷孕、分娩、流產或死產而導致身心損傷的時期，或因產前護理而缺勤的時期
- 因捐贈身體部位、器官或組織（包括術前或診斷服務、手術、術後治療和恢復）而缺勤的任何時期

無行動能力定義

根據 ORS 125.005 (5), “無行動能力”是指一個人有效接收和評估資訊或溝通決策的能力受到損害，以至於此人目前缺乏能力滿足其身體健康或安全的基本需求。“滿足身體健康和基本需求”是指提供醫療保健、食物、住所、衣物、個人衛生及其他護理所必需的行動，否則可能會發生嚴重的身體傷害或疾病。

第四部分: 可接受的文件

可接受的確認家庭關係的文件:

- 經認證的同居關係證明
- 合法出生證明
- 合法結婚證明
- 由俄勒岡帶薪休假酌情決定, 由獨立第三方出具的其他文件, 以證明申請人與代表申請人的代理人之間的婚姻、同居關係、父母身份或其他家庭關係

用於確定無行動能力申請人及其代表身份的可接受文件包括:

注意: 您必須為自己以及您將代表的申請人各提供兩份主要身份證明文件, 或一份主要身份證明文件加兩份輔助身份證明文件。這些文件必須是全彩色掃描件, 並以 PDF 格式提交。

主要文件

- 美國各州或領地頒發的駕照(或學員許可證)(若駕照在過去 12 個月內過期且完好無損, 我們將接受過期駕照)
- 其他政府簽發的附有照片的身份證件(必須是附有照片的永久性證件。不接受軍人證、臨時或紙本文件)
- 州政府簽發的附有照片的身份證件(若在過去 12 個月內過期且完好無損, 我們將接受過期身份證件)
- 美國護照或美國護照卡
- 美國永久居民卡 (I-551)
- USCIS 簽發的工作許可證 (I-766) (不接受僱主簽發的身份證件)
- 外國護照
- 退伍軍人健康身份證
- DHS 可信旅行者卡 (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- 加拿大駕照
- 入籍證書 (表格 N-550 或 N-570)
- 國民身份證(僅適用於居住在美國境外的情況)
- 聯邦認可的部落簽發之附有照片的身份證件
- 美國國務院簽發的非移民簽證(過期未超過 5 年)
- 美國國務院簽發的臨時移民簽證 (I-551) (過期未超過 5 年)

輔助文件 (以下文件的全彩掃描件及PDF可作為輔助文件)

- 社會安全卡
- 美國海外出生證明 (FS-545)
- 美國出生報告證明 (DS-1350)
- 美國領事館海外出生報告 (FS-240)
- 美國醫療保險卡
- 加蓋公章的美國出生證明(名與姓)
- 加拿大印第安人及北方事務卡
- 附有照片的學院或大學學生證
- 學院或大學成績單
- 美國國防部 (DOD) 退役證書
- 汽車或房屋保險單
- 州居住證明信

- W-2 表格
- 1098 表格
- 汽車保險卡
- 過境卡
- 美國海岸警衛隊商船海員卡
- 美國公民身份證明表格 (I-197)
- 補充營養援助計劃 (SNAP) 受益人證明
- 美國原住民部落文件
- 非 SSA-1099 表格
- SSA-1099 表格
- 美國或美國領地選民登記卡或證書
- 波多黎各婦女、嬰兒與兒童 (WIC) 受益人證明

輔助文件 (必須是90天以內的文件)

- **水電費帳單** (顯示您的帳號、全名及目前地址)
- **醫療帳單** (顯示您的帳號、全名及目前地址)
- **銀行、貸款或金融機構對帳單** (顯示您的帳號)
- **薪資單** (顯示您的全名、僱主或公司名稱及目前地址；必須是實際的薪資單，而非薪資支票)

A 部分- 福利申請人訊息

名字:	姓氏:
社會安全號 (SSN): _____ 或	
個人稅務識別號 (ITIN): _____	
出生日期 (月/日/年): / /	電話號碼:
實際地址:	郵寄地址 (如果與實際地址不同):
電郵地址 (可選):	

B 部分- 授權代理人訊息

名字:	姓氏:
出生日期 (月/日/年): / /	與福利申請人的關係:
實際地址:	郵寄地址 (如果與實際地址不同):
電話號碼:	電郵地址 (可選):

C 部分- 無行動能力申請人的授權代理人之授權與簽名

此授權生效日期為 (月/日/年): / / 結束日期: / /
(如結束日期未知, 請留空)

您作為無行動能力申請人的授權代理人, 其核准狀態可能在以下情況下終止:

- 您的授權將自動終止 (以先發生者為準):
 - 當申請人不再處於無行動能力狀態時, 或
 - 當申請人目前的福利年度結束時
- 若您在獲准成為授權代理人後 30 天內, 未替申請人提交帶薪休假福利申請, 您的授權將終止。
- 若申請人去世, 您的授權將於其死亡之日終止。

福利申請人姓名:	福利申請人SSN/ITIN:
<p>無行動能力申請人的授權代理人聲明: 我將以申請人的最佳利益為優先，並對我代表申請人自「俄勒岡帶薪休假」所取得的任何資訊予以保密。我了解，當申請人不再處於無行動能力狀態時，我代表其行事的授權將終止。我同意在得知申請人已能自行處理事務後的三個日曆日內，通知俄勒岡帶薪休假部門。</p>	
無行動能力申請人的授權代理人簽名:	日期: / /
<p>您必須親筆簽署此表格。我們不接受電子簽名。</p>	
<p>D 部分-醫療保健提供者訊息與認證</p>	
福利申請人姓名:	出生日期: / /
醫療保健提供者姓名:	職稱:
證明執照編號 (可選):	州或國家:
執照領域 / 執業領域	電話號碼:
電郵地址 (可選):	
企業名稱:	
地址:	
<input type="checkbox"/> 我已閱讀醫療保健提供者、嚴重健康狀況 (OAR 471-070-1000) 及無行動能力 (ORS 125.005) 的定義。	
<p>醫療保健提供者認證: 本人聲明，如作偽證，願受處罰:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本表格所列之申請人，因符合 OAR 471-070-1000 所定義之嚴重健康狀況，而處於 ORS 125.005 所定義之無行動能力狀態; ● 申請人無法完成申請「俄勒岡帶薪休假」福利所需之步驟，亦無法選擇一名代表代其行事; ● 本人係 OAR 471-070-1000 所定義、獲授權為申請人狀況出具證明之醫療保健提供者，且目前正因其無行動能力狀態提供治療; ● 本表格中所提供之資訊均為真實且正確。 	
醫療保健提供者簽名:	日期: / /
<p>您必須親筆簽署此表格。我們不接受電子簽名。</p>	