

PHẦN 1: HƯỚNG DẪN CHUNG

Xin vui lòng **điền** và **ký tên** vào mẫu đơn này nếu quý vị là **thành viên gia đình** của một người yêu cầu phúc lợi bị **mất năng lực** do **tình trạng sức khỏe nghiêm trọng**, và quý vị yêu cầu để được đại diện và hành động thay cho họ.

Quý vị có thể yêu cầu được làm đại diện cho một người đang yêu cầu phúc lợi bị mất năng lực nếu quý vị là thành viên gia đình đúng với định nghĩa trong định luật số ORS 657B.010. Quý vị có thể tìm thấy định nghĩa về thành viên gia đình trong mục 3 của hướng dẫn này.

Một **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe** đang điều trị cho người yêu cầu phúc lợi với tình trạng mất năng lực của họ cần phải ký vào mẫu đơn này để xác nhận tình trạng sức khỏe nghiêm trọng của họ.

Chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon có thể thảo luận về yêu cầu phúc lợi nghỉ phép hiện tại hoặc đang chờ xử lý với người đại diện được ủy quyền. Việc này cho phép chúng tôi cung cấp thông tin từ hồ sơ của mình mà lẽ ra phải được bảo mật. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các thông tin:

- Về bất kỳ **quyền lợi** nào mà người yêu cầu bồi thường đã hoặc sẽ nhận được
- Được cung cấp trong đơn ghi danh ban đầu của người yêu cầu phúc lợi
- Về bất kỳ quyết định nào đang chờ xử lý hoặc quyết định chấp thuận mà chúng tôi đã đưa ra đối với một yêu cầu phúc lợi

Đơn này cũng cho phép người đại diện được ủy quyền cung cấp những thông tin sau đây cho Nghỉ Phép Có Lương với mục đích để:

- Hoàn thành yêu cầu phúc lợi
- Nộp một yêu cầu trợ cấp phúc lợi mới cho người yêu cầu phúc lợi
- Yêu cầu phiên điều trần để xem xét quyết định của Nghỉ Phép Có Lương và xuất hiện tại phiên điều trần trước Văn Phòng Điều Trăn Hành Chính thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi

Chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon chỉ công nhận một người đại diện được ủy quyền cho mỗi người yêu cầu phúc lợi tại một thời điểm. Chúng tôi sẽ không chấp nhận yêu cầu đại diện được ủy quyền nếu một người giám hộ hợp pháp khác hoặc người bảo tồn do tòa án chỉ định đã được ủy quyền hành động thay mặt cho người yêu cầu bồi thường. Điều này cũng đúng đối trường hợp người yêu cầu phúc lợi đã cấp giấy ủy quyền cho một người khác được quyền hành động thay mặt họ cho các mục đích của chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon.

Xin vui lòng cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu. Việc không cung cấp đủ thông tin có thể gây chậm trễ trong việc xử lý yêu cầu phúc lợi của quý vị. Chữ ký trên mẫu đơn này phải là chữ ký viết bằng tay. Chúng tôi không thể chấp nhận các chữ ký bằng điện tử.

Nếu quý vị đã sẵn sàng để nộp đơn xin phúc lợi thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi, quý vị có thể gửi kèm theo với mẫu đơn này.

Lưu ý: Quý vị, với tư cách là người đại diện được ủy quyền, là người duy nhất có thể gửi đơn xin quyền lợi thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi.

Cần trợ giúp?

Thông tin này rất quan trọng. Sở Việc Làm Oregon (OED) là một cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng. OED cung cấp trợ giúp miễn phí để quý vị có thể sử dụng các dịch vụ của chúng tôi. Trong đó bao gồm thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu và ngôn ngữ nói, các tài liệu bằng văn bản với các ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, âm thanh và các định dạng khác. Để được trợ giúp, xin vui lòng gọi 833-854-0166 (số điện thoại miễn phí). Người khiếm thị dùng TTY xin gọi số 711. Quý vị cũng có thể gửi điện thư tới access.paidleave@oregon.gov.

PHẦN 2: HƯỚNG DẪN CÁCH HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN

Thành Viên Gia Đình: Điền vào Phần A, B và C của mẫu đơn này. Xin chuyển Phần D cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi để họ có thể điền.

- **Phần A:** Hoàn thành phần này với thông tin của **người yêu cầu phúc lợi**.
- **Phần B:** Hoàn thành phần này với thông tin của **chính quý vị**.
- **Phần C:** Hoàn thành phần này với **ngày bắt đầu được ủy quyền**. Để trống ngày kết thúc ủy quyền nếu quý vị không biết ngày kết thúc tình trạng mất năng lực của người yêu cầu phúc lợi.
- Việc ủy quyền sẽ tự động kết thúc khi:
 - Người yêu cầu phúc lợi không còn bị mất năng lực nữa
 - Năm hưởng quyền lợi hiện tại của người yêu cầu phúc lợi đã được kết thúc
- Nếu quý vị không gửi đơn xin quyền lợi nghỉ phép trong vòng 30 ngày kể từ khi đơn vị phê duyệt quý vị là người đại diện được ủy quyền.
- Trong trường hợp người yêu cầu phúc lợi tử vong, việc ủy quyền sẽ được kết thúc vào ngày tử vong.

Quý vị cũng phải điền, **ký bằng tay** và ghi ngày vào phần này. Chúng tôi không thể chấp nhận các chữ ký bằng điện tử.

- **Phần D:** Cung cấp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi các định nghĩa trong mục 3 của hướng dẫn. Yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi hoàn thành phần yêu cầu và **ký bằng tay** vào

phần này để xác nhận tình trạng mất năng lực của người yêu cầu phúc lợi.

- Đính kèm các tài liệu xác nhận mối quan hệ gia đình của quý vị đối với người yêu cầu phúc lợi và các tài liệu chứng minh danh tính của người yêu cầu phúc lợi và danh tính của chính quý vị. Quý vị có thể tìm thấy danh sách các tài liệu chấp nhận được mà quý vị có thể sử dụng cho các mục đích này trong Mục số 4.
- Quý vị phải gửi mẫu đơn này và bất kỳ tài liệu bắt buộc nào khác đến Nghỉ Phép Có Lương Oregon. Quý vị có thể gửi chúng bằng điện tử thông qua biểu mẫu “Liên Lạc Với Chúng Tôi” (Contact Us) tại trang mạng **frances.oregon.gov**, hoặc qua bưu điện đến địa chỉ này:

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

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi:

- Xin xem lại các định nghĩa về **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tình trạng sức khỏe nghiêm trọng** và **mất năng lực** trong Mục số 3 của hướng dẫn.
- Điền vào Phần D của mẫu đơn này và **ký bằng tay** và ghi ngày vào mục này.
 - Bằng việc hoàn thành và ký vào mục này, bạn xác nhận rằng người yêu cầu bồi thường:
 - Bị **mất năng lực** do **tình trạng sức khỏe nghiêm trọng** (OAR 471-070-1000),
 - **Không thể** nộp đơn xin quyền lợi Nghỉ Phép Có Lương Oregon, và
 - **Không thể** chọn người đại diện để hành động thay mặt họ.
 - Chúng tôi sẽ không chấp nhận các chữ ký bằng điện tử.
- Gửi lại mẫu đơn đã hoàn thành và có chữ ký cho thành viên gia đình đang yêu cầu đại diện cho người yêu cầu phúc lợi bị mất năng lực. Họ sẽ gửi mẫu đơn này đến chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon.

PHẦN 3: ĐỊNH NGHĨA

Định nghĩa thành viên gia đình

ORS 657B.010 định nghĩa thành viên gia đình là:

- The Vợ/Chồng của một cá nhân được bảo hiểm;
- Con của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của đứa trẻ;
- Cha mẹ của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của cha mẹ;
- Anh chị em ruột hoặc anh chị em kế của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của anh chị em ruột hoặc anh chị em kế;
- Ông bà của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của ông bà;
- Cháu của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của cháu;
- Người bạn đời của một cá nhân được bảo hiểm; hoặc
- Bất kỳ cá nhân nào có quan hệ huyết thống hoặc quan hệ thân thuộc mà sự gắn bó gần gũi của họ với một cá nhân được bảo hiểm tương đương với mối quan hệ gia đình.

Định nghĩa Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

OAR 471-070-1000 định nghĩa nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là:

(a) Một người chịu trách nhiệm chính trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người yêu cầu phúc lợi hoặc thành viên gia đình của người yêu cầu phúc lợi trước hoặc trong thời gian nghỉ phép, người được cấp phép hoặc chứng nhận để hành nghề theo luật pháp của tiểu bang hoặc quốc gia nơi họ hành nghề, người đang thực hiện trong phạm vi giấy phép hoặc chứng nhận chuyên môn của người đó, và là một:

- Bác sĩ chỉnh hình cột sống (chỉ trong phạm vi bác sĩ chỉnh hình cột sống cung cấp điều trị bao gồm thao tác thủ công cột sống để điều chỉnh tình trạng bán trật được chứng minh bằng X-quang)
- Nha sĩ
- Nữ hộ sinh
- Bác sĩ y học tự nhiên
- Y tá chuyên khoa
- Y tá chuyên khoa chuyên về hộ sinh
- Bác sĩ nhãn khoa
- Bác sĩ
- Trợ lý bác sĩ
- Nhà tâm lý học
- Y tá/điều dưỡng đã đăng ký hành nghề
- Nhân viên xã hội (hoặc)

(b) Một người chịu trách nhiệm chính trong việc điều trị cho người yêu cầu phúc lợi hoặc thành viên gia đình của người yêu cầu phúc lợi chỉ thông qua các biện pháp tâm linh trước hoặc trong thời gian nghỉ phép, bao gồm nhưng không giới hạn ở một học viên khoa học Cơ Đốc Giáo.

Định nghĩa tình trạng sức khỏe nghiêm trọng

OAR 471-070-1000 định nghĩa “tình trạng sức khỏe nghiêm trọng” là:

Một bệnh tật, thương tích, suy giảm, hoặc tình trạng thể chất hoặc tinh thần của người yêu cầu phúc lợi hoặc thành viên gia đình của họ mà:

- Yêu cầu chăm sóc nội trú tại cơ sở chăm sóc y tế như bệnh viện, nhà tế bần, hoặc cơ sở nội trú như, nhưng không giới hạn ở, nhà dưỡng lão hoặc trung tâm điều trị lạm dụng chất gây nghiện nội trú
- Theo đánh giá y tế của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều trị, có nguy cơ tử vong sắp xảy ra, hoặc là bệnh nan y với khả năng tử vong hợp lý trong tương lai gần
- Yêu cầu chăm sóc liên tục hoặc thường xuyên, bao gồm chăm sóc tại nhà do chuyên gia chăm sóc sức khỏe thực hiện
- Liên quan đến một khoảng thời gian mất năng lực. “Mất Năng Lực” là không có khả năng thực hiện ít nhất một chức năng công việc thiết yếu, hoặc không thể đi học hoặc thực hiện các hoạt động hàng ngày thông thường trong hơn ba ngày dương lịch liên tiếp. Một khoảng thời gian mất năng lực bao gồm bất kỳ điều trị hoặc thời gian phục hồi bắt buộc nào sau đó liên quan đến cùng một tình trạng. Tình trạng mất năng lực phải liên quan đến một trong những điều sau:
 - Hai lần điều trị trở lên bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe
 - Một lần điều trị cộng với một phác đồ chăm sóc liên tục
- Dẫn đến một khoảng thời gian mất năng lực hoặc điều trị cho một tình trạng sức khỏe nghiêm trọng mãn tính mà yêu cầu thăm khám định kỳ để điều trị bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, kéo dài trong một khoảng thời gian dài, và có thể gây ra tình trạng mất năng lực theo từng đợt chứ không phải liên tục, chẳng hạn như hen suyễn, tiểu đường, hoặc động kinh
- Liên quan đến tình trạng mất năng lực vĩnh viễn hoặc dài hạn do một tình trạng mà việc điều trị có thể không hiệu quả, chẳng hạn như Bệnh Alzheimer, đột quỵ nặng, hoặc giai đoạn cuối của một căn bệnh. Nhân viên hoặc thành viên gia đình phải được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chăm sóc liên tục, nhưng không cần phải được điều trị tích cực
- Liên quan đến nhiều lần điều trị để phẫu thuật phục hồi hoặc cho một tình trạng như hóa trị liệu cho ung thư, vật lý trị liệu cho viêm khớp, hoặc lọc máu cho bệnh thận mà nếu không được điều trị có thể dẫn đến mất năng lực hơn ba ngày dương lịch
- Liên quan đến bất kỳ khoảng thời gian ốm yếu nào do mang thai, sinh nở, sảy thai hoặc thai chết lưu, hoặc khoảng thời gian vắng mặt để chăm sóc trước khi sinh
- Liên quan đến bất kỳ khoảng thời gian vắng mặt nào từ công việc để hiến tặng một bộ phận cơ thể, cơ quan, hoặc mô, bao gồm các dịch vụ tiền phẫu thuật hoặc chẩn đoán, phẫu thuật, điều trị sau phẫu thuật và phục hồi

Định nghĩa Mất Năng Lực

Theo bộ luật số ORS 125.005 (5), “Mất năng lực” có nghĩa là một tình trạng trong đó khả năng nhận và đánh giá thông tin một cách hiệu quả hoặc khả năng truyền đạt quyết định của một người bị suy giảm đến mức người đó hiện tại thiếu khả năng đáp ứng các yêu cầu thiết yếu cho sức khỏe thể chất hoặc sự an toàn của họ. “Đáp ứng các yêu cầu thiết yếu cho sức khỏe thể chất và sự an toàn” có nghĩa là những hành động cần thiết để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thức ăn, chỗ ở, quần áo, vệ sinh cá nhân và các dịch vụ chăm sóc khác mà nếu không có chúng thì có khả năng xảy ra thương tích hoặc bệnh tật nghiêm trọng.

PHẦN 4: CÁC TÀI LIỆU ĐƯỢC CHẤP THUẬN

Tài liệu chấp nhận được để xác nhận mối quan hệ gia đình:

- Giấy chứng nhận bạn đời ở chung nhà.
- Giấy khai sinh hợp pháp
- Giấy chứng nhận kết hôn hợp pháp
- Các tài liệu khác, theo quyết định của Nghị Phép Có Lương Oregon, được cấp bởi một bên thứ ba độc lập mà thiết lập hôn nhân, đối tác trong nước, quan hệ cha mẹ hoặc mối quan hệ gia đình khác giữa người yêu cầu phúc lợi và người nộp đơn để hành động thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi.

Những tài liệu được chấp nhận nhằm thiết lập danh tính của người yêu cầu phúc lợi bị mất năng lực và người nộp đơn để đại diện cho người yêu cầu phúc lợi hành động thay mặt họ bao gồm:

Lưu ý: Quý vị phải gửi hai tài liệu nhận dạng chính hoặc một tài liệu chính và hai tài liệu phụ cho chính quý vị và cho người yêu cầu phúc lợi mà quý vị sẽ đại diện. Chúng cần phải là bản sao màu đầy đủ và ở định dạng PDF.

Tài liệu chính

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Giấy phép lái xe (hoặc giấy phép học lái xe) từ một tiểu bang hoặc lãnh thổ Hoa Kỳ (Chúng tôi sẽ chấp nhận giấy phép đã hết hạn nếu nó hết hạn trong vòng 12 tháng qua và còn nguyên vẹn).• Thẻ ID có ảnh do chính phủ khác cấp (Phải là tài liệu vĩnh viễn có ảnh. Thẻ ID quân sự, tài liệu tạm thời hoặc giấy tờ không được chấp nhận).• Thẻ ID có ảnh do tiểu bang cấp (Chúng tôi sẽ chấp nhận ID đã hết hạn nếu nó hết hạn trong vòng 12 tháng qua và còn nguyên vẹn). | <ul style="list-style-type: none">• Thẻ ID Sức khỏe Cựu chiến binh• Thẻ Du khách Tin cậy DHS (Global Entry, NEXUS, SENTRI)• Giấy phép lái xe của Canada• Giấy chứng nhận Nhập tịch (Mẫu N-550 hoặc N-570)• Thẻ ID Quốc gia (chỉ nếu cư trú bên ngoài Hoa Kỳ)• Thẻ ID có ảnh do Bộ Lạc được Liên Bang công nhận cấp• Thị thực không định cư do Bộ Ngoại giao |
|--|---|

- Hộ chiếu Hoa Kỳ hoặc Thẻ Hộ chiếu Hoa Kỳ
- Thẻ Thường trú nhân Hoa Kỳ (I-551)
- Thẻ Ủy quyền Lao động do USCIS cấp (I-766) (Không chấp nhận thẻ ID do nhà tuyển dụng cấp)
- Hộ chiếu nước ngoài

Hoa Kỳ cấp (chưa hết hạn quá năm năm)

- Thị thực nhập cư tạm thời (I551) do Bộ Ngoại giao Hoa Kỳ cấp (chưa hết hạn quá năm năm)

Tài Liệu phụ/thứ cấp (Bản sao màu đầy đủ và PDF của các tài liệu sau được chấp nhận là tài liệu phụ/thứ cấp)

- Thẻ An sinh Xã hội
- Giấy chứng nhận Khai sinh ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FS-545)
- Giấy chứng nhận Báo cáo Khai sinh của Hoa Kỳ (DS-1350)
- Báo cáo Lãnh sự Hoa Kỳ về Khai sinh ở nước ngoài (FS-240)
- Thẻ bảo hiểm y tế Hoa Kỳ
- Giấy khai sinh Hoa Kỳ có con dấu chính thức (tên và họ)
- Mẫu W-2
- Mẫu 1098
- Thẻ bảo hiểm ô tô
- Thẻ qua biên giới
- Thẻ thủy thủ thương mại của Lực Lượng Tuần Duyên Hoa Kỳ
- Thẻ Nhận dạng Công dân Hoa Kỳ mẫu (I-197)

- Thẻ Công việc Thổ Dân và Bắc Canada
- Thẻ ID sinh viên có ảnh của trường cao đẳng hoặc đại học
- Bảng điểm trường cao đẳng hoặc đại học.
- Giấy chứng nhận xuất ngũ DOD
- Bảng báo cáo bảo hiểm ô tô hoặc nhà cửa
- Thư chứng thực cư trú tiểu bang
- Giấy chứng nhận người nhận chương trình hỗ trợ dinh dưỡng bổ sung
- Giấy chứng nhận dành cho người nhận phúc lợi của chương trình
- Tài liệu bộ lạc Thổ dân Mỹ
- Mẫu Non SSA-1099
- Mẫu SSA-1099
- Thẻ hoặc giấy chứng nhận đăng ký cử tri Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ Hoa Kỳ
- Giấy chứng nhận người nhận chương trình phụ nữ, trẻ sơ sinh và trẻ em (WIC) Puerto Rico

Tài liệu phụ (Phải dưới 90 ngày)

- **Hóa đơn điện ích** (hiển thị số tài khoản, tên đầy đủ và địa chỉ hiện tại của quý vị)

- **Bảng sao kê ngân hàng, khoản vay, hoặc tổ chức tài chính** (hiển thị số tài

- **Hóa đơn y tế** (hiển thị số tài khoản, tên đầy đủ và địa chỉ hiện tại của quý vị)

khoản, tên đầy đủ và địa chỉ hiện tại của quý vị; do ngân hàng cấp)

- **Phiếu lương** (hiển thị tên đầy đủ, tên chủ lao động hoặc công ty, địa chỉ hiện tại của quý vị; phải là phiếu lương thực tế chứ không phải bảng sao lương)



PHẦN A - THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên:	Họ:
Số An Sinh Xã Hội (SSN): _____ hoặc	
Số Định Danh Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN): _____	
Ngày tháng năm sinh (MM/DD/YYYY): / /	Số điện thoại:
Địa chỉ hiện đang cư ngụ:	Địa chỉ thư tín (Nếu khác với địa chỉ cư ngụ):
Địa chỉ điện thư (không bắt buộc):	

PHẦN B – THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Tên:	Họ:
Ngày tháng năm sinh (MM/DD/YYYY): / /	Mối quan hệ với người nộp đơn:
Địa chỉ hiện đang cư ngụ:	Địa chỉ thư tín (Nếu khác với địa chỉ cư ngụ):
Số điện thoại:	Địa chỉ điện thư (không bắt buộc):

PHẦN C – ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN BỊ MẤT NĂNG LỰC & CHỮ KÝ

Giấy ủy quyền này có hiệu lực từ (MM/DD/YYYY): / / đến ngày: / /
(Để trống ngày kết thúc nếu chưa biết)

Khi nào tình trạng được chấp thuận của người được ủy quyền cho người nộp đơn bị mất năng lực chấm dứt:

- Việc ủy quyền của quý vị sẽ tự động chấm dứt (tùy theo điều nào xảy ra trước):
 - Khi người nộp đơn không còn bị mất năng lực nữa, hoặc
 - Khi năm phúc lợi hiện tại của người nộp đơn kết thúc
- Nếu quý vị không nộp đơn xin phúc lợi Nghỉ Phép Có Lương thay cho người nộp đơn trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị được chấp thuận làm người được ủy quyền, việc ủy quyền của quý vị sẽ được chấm dứt.
- Trong trường hợp người nộp đơn qua đời, việc ủy quyền của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày người đó mất.

Họ và tên người nộp đơn:	Số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc Số Định Danh Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) của người nộp đơn:
Cam kết của người được ủy quyền cho người nộp đơn bị mất năng lực: Tôi cam kết hành động vì lợi ích tốt nhất của người nộp đơn và sẽ giữ bí mật mọi thông tin tôi nhận được từ chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon thay mặt cho người nộp đơn. Tôi hiểu rằng quyền đại diện cho người nộp đơn của tôi sẽ chấm dứt khi người nộp đơn không còn bị mất năng lực. Tôi đồng ý thông báo cho chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon trong vòng ba (3) ngày kể từ khi tôi biết rằng người nộp đơn có thể tự thực hiện các bước thay cho chính họ.	
Chữ ký của người được ủy quyền:	Ngày: / /
Quý vị phải ký tên trực tiếp bằng tay. Chúng tôi sẽ không chấp nhận chữ ký bằng điện tử.	
PHẦN D – THÔNG TIN & CHỨNG NHẬN CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ	
Tên người nộp đơn:	Ngày Sinh: / /
Tên của nhà cung cấp dịch vụ y tế:	Chức danh:
Số giấy phép hành nghề (không bắt buộc):	Tiểu bang hoặc quốc gia:
Lĩnh vực hành nghề:	Số điện thoại:
Địa chỉ điện thư (không bắt buộc):	
Tên cơ sở y tế :	
Địa Chỉ:	
☐ Tôi đã đọc các định nghĩa về nhà cung cấp dịch vụ y tế, tình trạng sức khỏe nghiêm trọng (OAR 471-070-1000), và mất năng lực (ORS 125.005).	
Chứng nhận của nhà cung cấp dịch vụ y tế: Tôi tuyên bố dưới hình phạt khai man rằng: • Người nộp đơn ghi trong mẫu này bị mất năng lực được định nghĩa trong (ORS 125.005) do tình trạng sức khỏe nghiêm trọng được định nghĩa trong OAR 471-070-1000. • Người nộp đơn không thể tự hoàn thành các bước cần thiết để nộp đơn xin phúc lợi với chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon và không thể tự chọn người đại diện để hành động thay họ. • Tôi là nhà cung cấp dịch vụ y tế được phép chứng nhận tình trạng của người nộp đơn theo định nghĩa trong OAR 471-070-1000 và tôi đang điều trị cho người nộp đơn do tình trạng mất năng lực của họ. • Tất cả thông tin cung cấp trong mẫu này là đúng và đầy đủ.	
Chữ ký nhà cung cấp dịch vụ y tế:	Ngày: / /
Quý vị phải ký tên trực tiếp bằng tay. Chúng tôi sẽ không chấp nhận chữ ký bằng điện tử.	