

الوكيل المعتمد للشخص غير القادر على التصرف تعليمات للمطالب وقائمة المستندات

الأجازة المدفوعة الأجر
في ولاية أوريغون



هذه الحزمة مخصصة للأشخاص الذين يحتاجون إلى تفويض للتصرف نيابةً عن مُطالب غير قادر على التصرف بنفسه لأغراض برنامج إجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون.

يمكنك إرسال الحزمة بإحدى الطرق التالية:

- استخدم نموذج "اتصل بنا" على الموقع الإلكتروني frances.oregon.gov
- أرسل النموذج المكتمل وجميع المستندات المطلوبة بالبريد إلى العنوان التالي:

Attn: Paid Leave Oregon
Oregon Employment Department
875 Union St NE
Salem, OR 9731

لتجنب التأخير، يُرجى إرسال جميع المستندات والنماذج المطلوبة معًا. إذا لم تتلقَ جميع معلومات المطالبة والوثائق التي نحتاجها في غضون 30 يومًا من الموافقة على طلب التفويض الخاص بك، فقد تضطر إلى إعادة بدء العملية.

ملاحظة: بناءً على حالتك، قد لا تحتاج إلى جميع النماذج الموجودة في هذه الحزمة. على سبيل المثال، إذا كان مقدم الطلب قد تقدم بالفعل بطلب للحصول على جميع الإجازات المطلوبة، فلن تحتاج إلى إرسال نموذج الطلب.

للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على paidleave.oregon.gov أو الاتصال بنا على الرقم 833-854-0166 (رقم مجاني). يمكن لمستخدمي أجهزة الاتصال النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.

حزمة مستندات مخصصة للوكيل المعتمد لمقدم طلب غير قادر على التصرف بنفسه.

طلب وكيل معتمد

يرجى إرفاق المستندات التالية:

1. نموذج وكيل معتمد لمطالب غير قادر على التصرف مكتمل البيانات، يتضمن معلومات مقدم الرعاية الصحية وشهادة تؤكد عدم قدرة المطالب على التصرف.

ملاحظة: إذا كانت لديك رسالة من المحكمة تمنحك الصلاحية أو وكالة رسمية، يمكنك إرسال إحداها بدلاً من النموذج.

2. ما لا يقل عن وثيقتين لإثبات هوية الوكيل المعتمد (انظر النموذج للاطلاع على التعليمات).

3. ما لا يقل عن وثيقتين لإثبات هوية المطالب (انظر النموذج للاطلاع على التعليمات).

4. وثيقة تثبت العلاقة بين الوكيل المعتمد والمطالب (لا ينطبق هذا البند إذا تم منح التمثيل القانوني بموجب إجراءات قانونية).

طلب الحصول على المزايا (إذا لم يكن مقدم الطلب قد تقدم بطلب للحصول على جميع الإجازات المطلوبة بالفعل)

1. نموذج طلب إجازة مدفوعة الأجر للحصول على المزايا (مكتمل)

2. نموذج إثبات الإجازة (يتم تعبئته من قبل مقدم الرعاية الصحية أو أي شخص آخر مخول)

تعليمات نموذج الوكيل المفوض لمُقدِّم الطلب فاقد الأهلية

الأجازة المدفوعة الأجر
في ولاية أوريغون



القسم (1): تعليمات عامة

أكمل هذا النموذج ووقعه توقيعاً خطياً إذا كنت أحد أفراد أسرة مُقدِّم الطلب الذي يعاني من فقدان الأهلية بسبب حالة صحية خطيرة، وكنت تطلب تمثيل مُقدِّم الطلب فاقد الأهلية والتصرُّف نيابةً عنه.

يجوز لك طلب تمثيل مُقدِّم الطلب فاقد الأهلية إذا كنت أحد أفراد الأسرة وفق التعريف الوارد في قسم 657B.010 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون (ORS). يمكنك الاطلاع على تعريف فرد الأسرة في القسم 3 من هذه التعليمات.

يجب أن يوقع مُقدِّم الرعاية الصحية الذي يعالج مُقدِّم الطلب بسبب فقدان أهليته هذا النموذج لتأكيد الحالة الصحية الخطيرة لمُقدِّم الطلب.

يجوز لبرنامج أوريغون للإجازة المدفوعة (Paid Leave Oregon) مناقشة مطالبة قانونية حالية أو قيد النظر تتعلق بالإجازة المدفوعة (Paid Leave) مع الوكيل المفوض. ويُعد ذلك إدناً بتقديم معلومات من سجلاتنا كانت ستُعد سرية لولا ذلك، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات التالية:

- معلومات عن أي مزايا حصل عليها مُقدِّم الطلب أو سيحصل عليها
- المعلومات الواردة في الطلب الأولي الخاص بمُقدِّم الطلب
- معلومات عن أي قرارات قيد النظر أو صادرة بخصوص مطالبة قانونية ما

كما يمنح ذلك الوكيل المفوض صلاحية تقديم معلومات إلى برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، بما في ذلك المعلومات اللازمة من أجل:

- استكمال مطالبة قانونية للحصول على المزايا
 - تقديم طلب جديد للمطالبة القانونية للحصول على مزايا لمُقدِّم الطلب
 - طلب جلسة استماع لمراجعة قرار صادر عن برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، والمثول في جلسة استماع أمام مكتب جلسات الاستماع الإدارية (Office of Administrative Hearings) نيابةً عن مُقدِّم الطلب.
- لا يعترف برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة إلا بوكيل مفوض واحد لكل مُقدِّم طلب في كل مرة. ولا يُقبل طلب تعيين وكيل مفوض إذا كان هناك وصي قانوني أو ولي مُعيّن من المحكمة مخوّل بالتصرف نيابةً عن مُقدِّم الطلب. ينطبق الأمر ذاته على مُقدِّمي الطلبات الذين منحوا توكيلاً رسمياً لشخص آخر للتصرف نيابةً عنهم لأغراض تخصص برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة.

يُرجى تقديم المعلومات المطلوبة كافة. فقد يؤدي نقص المعلومات إلى تأخر معالجة طلبك. التوقيعات على هذا النموذج يجب أن تكون بخط اليد. ولا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.

إذا كنت مستعداً لإرسال طلب للحصول على المزايا نيابةً عن مُقدِّم الطلب، فيمكنك إرساله مع هذا النموذج.

ملحوظة: أنت، باعتبارك الوكيل المفوض، الشخص الوحيد الذي يمكنه إرسال طلب للحصول على المزايا نيابةً عن مُقدِّم الطلب.

هل تحتاج إلى المساعدة؟

هذه المعلومات بالغة الأهمية. تُعد إدارة التوظيف في ولاية أوريغون (OED) جهة توفر تكافؤ الفرص. إذ تقدّم الجهة مساعدة مجانية لتمكينك من استخدام خدماتها، ومن أمثلة ذلك المترجمون الفوريون للغة الإشارة واللغات المنطوقة، والمواد المكتوبة بلغات أخرى، والطباعة بالحجم الكبير، والمواد الصوتية، وتنسيقات أخرى. للحصول على المساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم 833-854-0166 (رقم مجاني). ويُرجى من مستخدمي الهاتف النصي للصم (TTY) الاتصال على 711. كما يمكن إرسال بريد إلكتروني إلى: access.paidleave@oregon.gov.

القسم (2): تعليمات استكمال النموذج

فرد الأسرة: يُرجى استكمال الأجزاء (أ) و(ب) و(ج) من هذا النموذج. ويُرجى تسليم الجزء (د) إلى مقدّم الرعاية الصحية الخاص بمقدّم الطلب لاستكمالها.

- **الجزء (أ):** يُرجى استكمال هذا الجزء ببيانات مُقدّم الطلب.
- **الجزء (ب):** يُرجى استكمال هذا الجزء ببياناتك الشخصية.
- **الجزء (ج):** يُرجى استكمال هذا الجزء بتاريخ بدء التفويض. ويُترك تاريخ انتهاء التفويض فارغاً إذا لم يكن تاريخ انتهاء فقدان أهلية مُقدّم الطلب معلوماً.
- ينتهي التفويض تلقائياً في الحالات التالية:
 - عند زوال فقدان أهلية مُقدّم الطلب
 - عند انتهاء سنة المزايا الحالية الخاصة بمقدّم الطلب
- إذا لم يُقدّم طلب الحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة خلال 30 يوماً من تاريخ اعتمادك وكيلاً مفوضاً.
- في حال وفاة مُقدّم الطلب، ينتهي التفويض في تاريخ الوفاة.
- يجب استكمال هذا الجزء وتوقيعه توقيعاً خطياً مع ذكر التاريخ. ولا يمكننا قبول التوقعات الإلكترونية.
- **الجزء (د):** يُرجى تزويد مقدّم الرعاية الصحية الخاص بمقدّم الطلب بالتعريفات الواردة في القسم 3 من هذه التعليمات. يجب على مقدّم الرعاية الصحية استكمال هذا الجزء وتوقيعه توقيعاً خطياً لتأكيد فقدان أهلية مُقدّم الطلب.
- يُرجى إرفاق المستندات التي تؤكد صلة القرابة الأسرية بينك وبين مُقدّم الطلب، وكذلك المستندات التي تثبت هوية مُقدّم الطلب وهويتك. يمكن الاطلاع على قائمة المستندات المقبولة التي يمكنك استخدامها لهذه الأغراض في القسم 4.
- يجب إرسال هذا النموذج وأي مستندات أخرى مطلوبة إلى برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، إما إلكترونياً عبر نموذج اتصل بنا ([Contact us](https://www.oregon.gov/frances/contact-us)) على [frances.oregon.gov](https://www.oregon.gov/frances) أو بالبريد إلى العنوان التالي:

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

مُقَدِّم الرعاية الصحية الخاص بمُقَدِّم الطلب:

- يُرجى مراجعة تعريفات مُقَدِّم الرعاية الصحية والحالة الصحية الخطيرة وفقدان الأهلية الواردة في القسم 3 من هذه التعليمات.
- يُرجى استكمال الجزء (د) من هذا النموذج وتوقيعه توقيعًا خطيًا مع ذكر التاريخ.
 - من خلال استكمال هذا الجزء وتوقيعه، تؤكد ما يلي:
 - أن مُقَدِّم الطلب فاقد الأهلية بسبب حالة صحية خطيرة وفق (القرار الإداري لولاية أوريغون (OAR 471-070-1000)).
 - أن مُقَدِّم الطلب غير قادر على التقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة
 - أن مُقَدِّم الطلب غير قادر على اختيار ممثل للتصرف نيابةً عنه
 - لا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.
- يُرجى إعادة النموذج المُستكمل والموقع إلى فرد الأسرة الذي يطلب تمثيل مُقَدِّم الطلب فاقد الأهلية. إذ سيتولى هذا الفرد إرسال النموذج إلى برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة.

القسم (3): التعريفات

تعريف فرد الأسرة

يُعرّف قسم 657B.010 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون فرد الأسرة على النحو الآتي:

- زوج أو زوجة الشخص المشمول؛ أو
- ابن أو ابنة الشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة لهذا الابن أو الابنة؛ أو
- والد أو والدة الشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة للوالد أو الوالدة؛ أو
- الأخ أو الأخت، أو الأخ أو الأخت غير الشقيقين للشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة لأيٍّ منهم؛ أو
- الجد أو الجدة للشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة للجد أو الجدة؛ أو
- الحفيد أو الحفيدة للشخص المشمول، أو زوج/ة أو الشريك/ة المنزلي/ة للحفيد أو الحفيدة؛ أو
- الشريك/ة المنزلي/ة للشخص المشمول؛ أو
- أي شخص تربطه صلة قرابة بالدم أو بالمصاهرة، وكانت علاقته الوثيقة بالشخص المشمول تعادل علاقة أسرية.

تعريف مقدم الرعاية الصحية

يُعرّف القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000 مقدم الرعاية الصحية بأنه أحد ما يلي:

(أ) شخص يتحمل المسؤولية الأساسية عن تقديم الرعاية الصحية إلى مُقدِّم الطلب أو أحد أفراد أسرته قبل فترة برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة أو في أثنائها، ويكون مرخصًا أو معتمدًا لممارسة المهنة وفق قوانين الولاية أو الدولة التي يزاول فيها عمله، ويعمل ضمن نطاق الترخيص أو الاعتماد المهني، ويكون من الفئات الآتية:

- طبيب تقويم العمود الفقري (في حدود تقديم علاج يقتصر على المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح خلع جزئي مُثبت بالأشعة السينية)
- طبيب أسنان
- قابلة غير حاصلة على تعليم تمريضي مسبق
- ممارس معالجة بالطبيعة
- ممرض ممارس
- ممرض ممارس متخصص في القبالة التمريضية
- طبيب عيون
- طبيب
- مساعد طبيب
- أخصائي نفسي
- ممرض مُسجَّل
- أخصائي اجتماعي معتمد أو

(ب) شخص يتحمل المسؤولية الأساسية عن علاج مُقدِّم الطلب أو أحد أفراد أسرته بوسائل روحية فقط قبل فترة برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة أو في أثنائها، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، ممارس العلوم المسيحية.

تعريف الحالة الصحية الخطيرة

يُعرّف القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000 «الحالة الصحية الخطيرة» بأنها:

- مرض أو إصابة أو عجز أو حالة جسدية أو نفسية تصيب مُقدّم الطلب أو أحد أفراد أسرته، وتندرج ضمن أيٍّ مما يلي:
 - تتطلب رعاية داخلية في مرفق طبي مثل المستشفى أو دار رعاية للمحتضرين، أو في مرفق سكني مثل، على سبيل المثال لا الحصر، دار رعاية للمسنين أو مركز علاج الإدمان الداخلي
 - تُشكّل، وفق التقدير الطبي لمقدّم الرعاية الصحية المعالج، خطرًا وشيْخًا على الحياة، أو تكون حالتها النهائية وفق التشخيص تنذر بإمكانية معقولة للوفاة في المستقبل القريب
 - تتطلب رعاية مستمرة أو متواصلة، بما في ذلك الرعاية المنزلية التي يقدّمها مختص رعاية صحية
 - تتضمن فترة فقدان أهلية. يُقصد بـ«فقدان الأهلية» عدم القدرة على أداء وظيفة أساسية واحدة على الأقل من وظائف العمل، أو عدم القدرة على الالتحاق بالدراسة أو أداء الأنشطة اليومية المعتادة لأكثر من ثلاثة أيام تقويمية متتالية. وتشمل فترة فقدان الأهلية أي علاج لاحق أو فترة تعافٍ مطلوبة تتعلق بالحالة ذاتها، ويجب أن تتضمن إحدى الحالات التالية:
 - تلقي علاجين أو أكثر لدى مقدّم رعاية صحية
 - تلقي علاج واحد مقرونًا بنظام رعاية مستمرة
 - التسبب في فترة فقدان أهلية أو علاج لحالة صحية خطيرة مزمنة تتطلب زيارات دورية للعلاج لدى مقدّم رعاية صحية، وتستمر على مدى فترة زمنية طويلة، وقد تؤدي إلى نوبات فقدان أهلية متقطعة بدلاً من فقدان أهلية مستمر، مثل الربو أو السكري أو الصرع
 - التسبب في فقدان أهلية دائم أو طويل الأمد نتيجة حالة لا يكون العلاج فعالاً معها، مثل مرض ألزهايمر أو السكتة الدماغية الشديدة أو المراحل النهائية من مرض ما، شريطة خضوع الموظف أو فرد الأسرة لرعاية مستمرة من مقدّم رعاية صحية، دون اشتراط تلقي علاج فعلي
 - التسبب في تلقي علاجات متعددة لجراحة ترميمية أو لحالة مثل العلاج الكيميائي للسرطان، أو العلاج الطبيعي لالتهاب المفاصل، أو غسيل الكلى لأمراض الكلى، والتي يُرجّح في حال عدم علاجها أن تؤدي إلى فقدان أهلية يتجاوز ثلاثة أيام تقويمية
 - التسبب في أي فترة فقدان أهلية نتيجة الحمل أو الولادة أو الإجهاض أو ولادة جنين ميت، أو فترة غياب لرعاية ما قبل الولادة
 - التسبب في أي فترة غياب عن العمل بغرض التبرع بجزء من الجسم أو عضو أو نسيج، بما في ذلك الخدمات السابقة للجراحة أو الخدمات التشخيصية، والجراحة، والعلاج اللاحق للجراحة، وفترة التعافي

تعريف فقدان الأهلية

وفق قسم (5) 125.005 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون، يُقصد بـ«فاقد الأهلية» حالة تتأثر فيها قدرة الشخص على تلقي المعلومات وتقييمها بفعالية أو على التواصل واتخاذ القرارات إلى حد يفقد معه القدرة الحالية على تلبية المتطلبات الأساسية للصحة الجسدية أو السلامة. يُقصد بـ«تلبية المتطلبات الأساسية للصحة الجسدية والسلامة» الأفعال اللازمة لتوفير الرعاية الصحية والغذاء والمأوى والملابس والنظافة الشخصية وغيرها من أوجه الرعاية التي يُرجّح في حال غيابها وقوع إصابة جسدية خطيرة أو مرض.

المستندات المقبولة لتأكيد صلة القرابة الأسرية:

- إقرار شراكة منزلية مُصدّق
- شهادة ميلاد قانونية
- شهادة زواج قانونية
- كما تُقبل مستندات أخرى، وفق تقدير برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، صادرة عن جهة مستقلة، وتُثبت الزواج أو الشراكة المنزلية أو الأبوة أو أي صلة قرابة أسرية أخرى بين مُقدّم الطلب والشخص المتقدم للتصرف نيابةً عن مُقدّم الطلب.

المستندات المقبولة لإثبات هوية مُقدّم الطلب فاقد الأهلية وهوية الشخص المتقدم لتمثيله والتصرف نيابةً عنه:

ملحوظة: يجب أن تُرسل وثيقتي هوية أساسيتين أو وثيقة أساسية واحدة ووثيقتين ثانويتين عن نفسك وعن مُقدّم الطلب الذي ستمثله. ويجب أن تكون الوثائق ممسوحة ضوئيًا ملونة بالكامل وبصيغة PDF.

المستندات الأساسية

- رخصة القيادة (أو تصريح التعلم) من إحدى ولايات أو أقاليم الولايات المتحدة (سنقبل الرخصة منتهية الصلاحية إذا كانت منتهية خلال آخر 12 شهرًا وكانت سليمة).
- بطاقة هوية أخرى صادرة عن جهة حكومية تحتوي على صورة (يجب أن تكون وثيقة دائمة تتضمن صورة). (لا تُقبل البطاقات العسكرية أو الوثائق المؤقتة أو الورقية).
- بطاقة هوية تتضمن صورة صادرة عن إحدى الولايات (سنقبل بطاقات الهوية منتهية الصلاحية إذا كانت منتهية خلال آخر 12 شهرًا وكانت سليمة)
- جواز سفر أمريكي أو بطاقة جواز سفر أمريكي
- بطاقة الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة (I-551)
- بطاقة تصريح العمل الصادرة عن دائرة خدمات المواطن والهجرة الأمريكية ((USCIS (I-766 (لا تُقبل بطاقات الهوية الصادرة عن صاحب العمل)
- جواز سفر أجنبي
- بطاقة هوية صحية لقادمي المحاربين
- بطاقات المسافرين الموثوق من وزارة الأمن الداخلي (DHS) (الدخول العالمي (Global Entry)، (NEXUS، SENTRI)
- رخصة القيادة الكندية
- شهادة التجنس (النموذج N-550 أو N-570)
- بطاقة الهوية الوطنية (فقط في حالة الإقامة خارج الولايات المتحدة)
- بطاقة هوية مصورة قبلية ومُعترف بها على المستوى الفيدرالي
- تأشيرة غير المهاجر صادرة عن وزارة الخارجية الأمريكية (لم يمض على انتهاء صلاحيتها أكثر من خمس سنوات)
- تأشيرة الهجرة المؤقتة (I551) الصادرة عن وزارة الخارجية الأمريكية (لم يمض على انتهاء صلاحيتها أكثر من خمس سنوات)

المستندات الثانوية (الوثائق الممسوحة ضوئيًا الملونة بالكامل وفي صيغة PDF للمستندات التالية مقبولة باعتبارها مستندات ثانوية)

- بطاقة الضمان الاجتماعي
- شهادة الميلاد الأمريكية في الخارج (FS-545)
- تصديق أمريكي لتقرير ميلاد (DS-1350)
- بطاقة الشؤون الهندية والشمالية الكندية
- بطاقة هوية طالب جامعي مرفقة بصورة
- كشف درجات من الكلية أو الجامعة
- بيان تأمين سيارة أو منزل

• تقرير قنصلي أمريكي عن الولادة في الخارج
(FS-240)

• بطاقة تأمين صحي أمريكية

• شهادة ميلاد أمريكية مع ختم رسمي (الاسم الأول والأخير)

• نموذج W-2 (بيان الضرائب والأجور)

• نموذج 1098

• بطاقة تأمين على السيارات

• بطاقة عبور الحدود

• بطاقة بحار تجاري من خفر السواحل الأمريكية

• نموذج بطاقة هوية المواطن الأمريكية (I-197)

المستندات الثانوية (يجب أن تكون صادرة منذ أقل من 90 يومًا)

• فاتورة مرافق (تُظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي)

• فاتورة طبية (تُظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي)

• بيان تأمين سيارة أو منزل

• خطاب إثبات الإقامة في الولاية

• شهادة مستفيد من

• برنامج المساعدات الغذائية التكميلية

(Supplemental Nutrition Assistance)

• وثيقة من إحدى قبائل سكان أمريكا الأصليين

• نموذج 1099 خارج إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (Non SSA)

• نموذج 1099 لإدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA)

• بطاقة أو شهادة تسجيل الناخبين في الولايات المتحدة أو إقليم الولايات المتحدة

• شهادة تلقي مساعدات برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) في بورتوريكو

• كشف حساب بنك أو قرض أو مؤسسة مالية (يُظهر رقم حسابك واسمك الكامل وعنوانك الحالي، صادر عن البنك)

• بيان الراتب (يُظهر اسمك الكامل واسم صاحب العمل أو الشركة والعنوان الحالي، ويجب أن يكون بيان راتب فعلي وليس شيك راتب)



الأجازة المدفوعة الأجر
في ولاية أوريغون

نموذج الوكيل المفوض لمُقدِّم طلب فاقد الأهلية

الجزء (أ): بيانات مُقدِّم الطلب	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ أو _____	
رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN): _____	
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): / /	رقم الهاتف:
العنوان الفعلي:	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي):
البريد الإلكتروني (اختياري):	
الجزء (ب): بيانات الوكيل المفوض	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): / /	صلة القرابة مع مُقدِّم الطلب:
العنوان الفعلي:	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي):
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني (اختياري):
الجزء (ج): تفويض الوكيل المفوض لمُقدِّم الطلب فاقد الأهلية وتوقيعه	
هذا التفويض صالح من (يوم/شهر/سنة): / / حتى: / / (يُرجى ترك تاريخ الانتهاء فارغًا إذا لم يكن معلومًا) كيفية انتهاء حالة اعتمادك وكيلاً مفوضاً لمُقدِّم طلب فاقد الأهلية: • ينتهي التفويض تلقائيًا (أيهما يحدث أولاً): ○ عند زوال فقدان أهلية مُقدِّم الطلب ○ عند انتهاء سنة المزايا الحالية الخاصة لمُقدِّم الطلب • إذا لم تتقدم بطلب الحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة نيابةً عن مُقدِّم الطلب خلال 30 يومًا من تاريخ اعتمادك وكيلاً مفوضاً، ينتهي التفويض. • وفي حال وفاة مُقدِّم الطلب، ينتهي التفويض في تاريخ الوفاة. إقرار الوكيل المفوض لمُقدِّم طلب فاقد الأهلية: أقر بأنني أتصرف بما يحقق مصلحة مُقدِّم الطلب، وأحافظ على سرية أي معلومات أتلقيها من برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة نيابةً عنه. أدرك أن صلاحيتي في التصرف نيابةً عن مُقدِّم الطلب تنتهي عند زوال فقدان الأهلية. وأوافق على إبلاغ برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة خلال ثلاثة أيام تقويمية من تاريخ علمي بقدرة مُقدِّم الطلب على التصرف نيابةً عن نفسه. توقيع الوكيل المفوض لمُقدِّم الطلب فاقد الأهلية: _____ التاريخ: / / يجب أن توقع هذا النموذج توقيعًا خطيًا. ولا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.	

اسم مقدم الطلب:		رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN) لمقدم الطلب:
الجزء (د): معلومات مقدم الرعاية الصحية وإقراره		
اسم مقدم الطلب:	تاريخ الميلاد: / /	
اسم مقدم الرعاية الصحية:	المسمى الوظيفي:	
رقم ترخيص الشهادة (اختياري):	الولاية أو الدولة:	
مجال الترخيص أو مجال الممارسة	رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني (اختياري):		
اسم جهة العمل:		
العنوان:		
☐ أقر بقراءتي لتعريفات مقدم الرعاية الصحية والحالة الصحية الخطيرة (وفق القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000) وفقدان الأهلية (وفق قسم 125.005 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون).		
إقرار مقدم الرعاية الصحية: أصرّح، تحت طائلة المسؤولية القانونية، بما يلي: • أن مُقدّم الطلب المذكور في هذا النموذج فاقد الأهلية (وفق قسم 125.005 بالقانون المُنقح لولاية أوريغون) بسبب حالة صحية خطيرة وفق التعريف الوارد في القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000. • أن مُقدّم الطلب غير قادر على استكمال الخطوات اللازمة للتقدم بطلب الحصول على مزايا برنامج أوريغون للإجازة المدفوعة، وغير قادر على اختيار ممثل للتصرف نيابةً عنه. • أنني مُقدّم رعاية صحية مخوّل بتوثيق حالة مُقدّم الطلب وفق القرار الإداري لولاية أوريغون 471-070-1000، وأقدّم العلاج له بسبب فقدان الأهلية. • يُجدر الإشارة إلى أن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة.		
توقيع مقدم الرعاية الصحية:	التاريخ: / /	
يجب أن توقع هذا النموذج توقيعًا خطيًا. ولا يمكننا قبول التوقيعات الإلكترونية.		



إرشادات

تقديم طلب الاستفادة من المزايا

يمكنك التقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون من خلال إكمال هذا الطلب وتضمين الوثائق المناسبة لنوع الإجازة الذي تطلبه. ونوصي بالاطلاع على جميع متطلبات الأهلية للمزايا قبل إكمال طلبك. يمكنك العثور على هذه المعلومات على الموقع الإلكتروني <https://paidleave.oregon.gov/ar/> أو عبر الاتصال بنا على الرقم 833-854-0166.

يمكنك إرسال طلبك قبل 30 يومًا من تاريخ بدء إجازتك، أو حتى 30 يومًا بعد هذا التاريخ. وإذا كانت الظروف الخارجية عن إرادتك تمنعك من إرسال طلبك في غضون هذا الإطار الزمني البالغ 60 يومًا، فقد يقبل برنامج الإجازة مدفوعة الأجر طلبك حتى عام واحد بعد بدء إجازتك. وإذا واجهت ظروفًا خارجية عن سيطرتك، فيجب عليك إرسال الوثائق إلى برنامج الإجازة مدفوعة الأجر مع توضيح سبب التأخير. وسيراجع برنامج الإجازة مدفوعة الأجر وثائقك ويتخذ قرارًا بشأنك.

تتمثل أسرع وأسهل طريقة لتقديم طلب الحصول على المزايا، ورؤية حالة طلبك، ومعرفة مدفوعات المزايا الخاصة بك في إنشاء حساب في برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون على الموقع الإلكتروني frances.oregon.gov.

التحقق من الإجازة

يجب عليك إظهار التحقق من الحدث الحياتي المحدد لديك من خلال تضمين وثيقة التحقق المناسبة. ويستخدم برنامج الإجازة مدفوعة الأجر هذه الوثائق لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المزايا وتستوفي تعريف نوع الإجازة التي تطلبها وحساب مبلغ الإجازة وكذلك الإطار الزمني الذي يمكنك فيه المطالبة بالمزايا. تفضل زيارة دليل الموظفين على الموقع الإلكتروني <https://paidleave.oregon.gov/ar/resources/resources.html> للحصول على قائمة بوثائق التحقق المقبولة. تأكد من تضمين نسخة مقروءة من وثيقة التحقق المقبولة مع هذا الطلب.

معلومات عن المزايا الأخرى

مزايا التأمين ضد البطالة وتعويضات العاملين عن الوقت الضائع

في أي أسبوع تتلقى فيه مزايا تعويضات العاملين عن الوقت الضائع أو مزايا التأمين ضد البطالة، لا يمكنك الحصول على مزايا الإجازة مدفوعة الأجر لهذا الأسبوع.

مزايا الوقت الضائع هي مزايا تعويضات العاملين التي تحل محل أجور الموظفين.

هل تحتاج إلى المساعدة؟

هذه المعلومات ضرورية. إدارة التوظيف في ولاية أوريغون (The Oregon Employment Department (OED)) هي وكالة متكافئة الفرص. توفر OED مساعدة مجانية حتى تتمكن من الاستفادة من خدماتها والتي تشمل: مترجمين فوريين مختصين في لغة الإشارة واللغات المنطوقة، وكذلك كل ما يتعلق باللغات الأخرى والمستنسخات المطبوعة بالخط الكبير والواضح، بالإضافة إلى الملفات الصوتية والصيغ الأخرى المماثلة للإستفسار أو طلب المساعدة، يُرجى الاتصال على الرقم 833-854-0166 (رقم مجاني). ويتصل مستخدمو أجهزة الهاتف النصية بالرقم 711، أو يمكنك أيضًا إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى access.paidleave@oregon.gov.



طلب الحصول على مزايا

تحديد الهوية

رقم الضمان الاجتماعي (SSN): _____ أو _____

رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN): _____

الاسم الأول القانوني:

الاسم الأوسط القانوني (إن وُجد):

اسم (أسماء) العائلة القانوني:

الاسم المفضل:

الأسماء التي يعرفك بها صاحب (أصحاب) العمل الحالي أو السابق:

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): / /

رخصة القيادة أو رقم تعريف الولاية (إن وُجد):

ولاية الإصدار:

ما الضمانات التي تُستخدم معك؟ (حدّد كل ما ينطبق)

☐ هو/ضمير المفعول والملكية للمفرد المذكر الغائب

☐ هي/ضمير المفعول والملكية للمفرد المؤنث الغائب

☐ هم/ضمير المفعول والملكية للجمع الغائب

☐ أفضل عدم التصريح بذلك

☐ لا يوجد تفضيل

☐ غير مدرج: _____

☐ غير متأكد (للممثل المفوض)

ما اللغة التي تريد الحصول على خدماتنا بها؟

☐ الإنجليزية

☐ الإسبانية

نحن نقدم مساعدةً مجانيةً حتى تتمكن من استخدام خدماتنا. وتشمل بعض الأمثلة على هذه المساعدة: مترجمو لغة الإشارة واللغة المنطوقة، والمواد المكتوبة بلغاتٍ أخرى، والمطبوعات بأحرف كبيرة، والمقاطع السمعية، وغيرها من التنسيقات.

هل تحتاج إلى مساعدة لاستخدام خدماتنا؟

☐ نعم

☐ لا

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
تحديد الهوية (تابع)			
عندما تتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون، فإن قانون الإيرادات الداخلية والقواعد الإدارية لولاية أوريغون يقتضي تقديم رقم تعريف دافع الضرائب (TIN) الخاص بك. ورقم تعريف دافع الضرائب هو رقم الضمان الاجتماعي (SSN) المُخصَّص لك أو رقم تعريف دافع الضرائب الفردي (ITIN). وتستخدمه إدارة التوظيف في ولاية أوريغون (OED) لتأكيد هويتك وإبلاغ دائرة الإيرادات الداخلية وإدارة الشؤون الإدارية في ولاية أوريغون بمدفوعات المزايا الخاصة بك. إذا كان رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك هو رقم الضمان الاجتماعي، فسوف تقوم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون بتأكيد مع إدارة الضمان الاجتماعي. وإذا كان رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك هو رقم تعريف دافع الضرائب الفردي، فقد تقوم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون بتأكيد مع دائرة الإيرادات الداخلية. وتستخدم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك كسجل لمعالجة طلبك وللأغراض الإحصائية المتعلقة ببرنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. ولن تتضمن هذه الإحصائيات معلومات تعريف شخصية. وقد تستخدم إدارة التوظيف في ولاية أوريغون رقم تعريف دافع الضرائب الخاص بك لتحصيل دين.			
معلومات جهة الاتصال			
عنوان البريد الإلكتروني: _____			
ملاحظة: إذا كنت ترغب في تلقي المعلومات من طرفنا إلكترونياً، فقم بإنشاء حساب على موقع Frances Online عبر الرابط frances.oregon.gov.			
رقم الهاتف الأول		رقم الهاتف الثاني (اختياري)	
☐ الهاتف الخليوي		☐ الهاتف الخليوي	
☐ هاتف المنزل		☐ هاتف المنزل	
☐ هاتف العمل		☐ هاتف العمل	
رقم الهاتف: _____ - _____ (____)		رقم الهاتف: _____ - _____ (____)	
العنوان الفعلي			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:		البلد:	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان الفعلي)			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:		البلد:	

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
نوع الإجازة والتواريخ	
ما نوع الإجازة التي تطلبها؟ (حدّد "نعم" لنوع واحد فقط) إجازة الارتباط العائلي. هل تأخذ إجازة عائلية لرعاية طفل وتكوين ارتباط عائلي معه خلال السنة الأولى بعد ولادته أو خلال السنة الأولى بعد إلحاقه بالعائلة عبر رعاية بديلة أو تبني؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة عائلية. هل تأخذ إجازة عائلية لرعاية أحد أفراد الأسرة الذي يعاني من حالة صحية خطيرة؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة مرضية. هل تأخذ إجازة مرضية بسبب حالتك الصحية الخطيرة؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة آمنة. هل تأخذ إجازة آمنة لأنك أنت، أو طفلك، أو أحد الأشخاص المُعالين، ضحية اعتداء جنسي أو عنف منزلي أو مضايقة أو جرائم تحيز أو مطاردة؟ نعم ☐ لا ☐ إجازة ما قبل إلحاق الطفل بالعائلة. هل تأخذ إجازة ما قبل إلحاق الطفل بالعائلة لممارسة أنشطة ضرورية قبل تبني طفل أو انضمامه إلى منزلك عبر نظام الرعاية البديلة؟ (يجب عليك أخذ إجازة في جدول متقطع مع هذا النوع من الإجازات. ويجب عليك تقديم مطالبة أسبوعية عن كل أسبوع إجازة تأخذه.) نعم ☐ لا ☐ ما التاريخ الذي تخطط لبدء إجازتك فيه؟ ____/____/____ (يوم/شهر/سنة) ما تاريخ انتهاء إجازتك المطلوبة؟ ____/____/____ (يوم/شهر/سنة)	

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
أسئلة إضافية متعلقة بنوع الإجازة			
أجب عن الأسئلة المتعلقة بنوع الإجازة التي حدّتها في القسم أعلاه. ليس لكل أنواع الإجازات أسئلة إضافية.			
إجازة رعاية عائلية			
لرعاية أي فرد من أفراد الأسرة ستأخذ الإجازة؟ ☐ الطفل/الطفلة ☐ الحفيد/الحفيدة ☐ الجد/الجدة ☐ الوالد/الوالدة ☐ الأخ/الأخت ☐ الزوج/الزوجة أو الشريك المنزلي/الشريكة المنزلية ☐ غير ذلك إذا كانت الإجابة "غير ذلك" - فيُرجى توضيح طبيعة العلاقة التي تُعدّ بمثابة علاقة أسرية.			
معلومات جهة الاتصال للشخص الذي تتولى رعايته:			
الاسم الأول:			
الاسم الأخير:			
رقم الهاتف:			
عنوان الشخص الذي تتولى رعايته:			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
ما نوع الرعاية أو الدعم الذي تقدمه لفرد الأسرة؟ حدّد الخيار الذي ينطبق بشكل أفضل على موقفك. ☐ الدعم العاطفي أو الراحة ☐ اتخاذ الترتيبات اللازمة للرعاية الطبية أو إكمال المهام الإدارية الأخرى ☐ المساعدة الطبية أو الجسدية ☐ الانتقال إلى الرعاية الطبية ☐ غير ذلك إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، فيُرجى التوضيح:			

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
إجازة آمنة من يحتاج إلى أخذ إجازة آمنة؟ ☐ من أجلي ☐ من أجل طفلي أو الشخص المُعال ملاحظة: يجب أن يكون عمر طفلك أقل من 18 عامًا، وإذا كان 18 عامًا فأكثر، فيجب أن يكون شخصًا بالغًا مُعَالًا يعاني من إعاقة جسدية أو ذهنية تحدّد من قدرته على العيش بصورة مستقلة. يُرجى تحديد الغرض (الأغراض) من الإجازة الآمنة التي تطلبها. (حدّد الخيار (الخيارات) الذي ينطبق بشكل أفضل على وضعك). ☐ طلب المساعدة القانونية أو مساعدة سلطات إنفاذ القانون من أجل الحفاظ على صحتك وسلامتك أو صحة طفلك أو الشخص المُعال وسلامتهما، بما في ذلك التحضير للمثول أمام المحكمة والمشاركة في جلسات الاستماع المتعلقة باعتداء جنسي أو عنف منزلي أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة. ☐ السعي للحصول على علاج طبي لنفسك أو لطفلك أو للشخص المُعال، أو للتعافي من إصابات ناجمة عن اعتداء جنسي أو عنف منزلي أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة ☐ للحصول على المشورة لنفسك أو لطفلك أو للشخص المُعال من اختصاصي صحة نفسية مرخّص له لأنك أنت أو طفلك أو الشخص المُعال ناج من اعتداء جنسي أو عنف أسري أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة ☐ للحصول على خدمات لنفسك أو لطفلك أو للشخص المُعال من مقدم خدمات الضحايا لأنك أنت أو طفلك أو الشخص المُعال ناج من اعتداء جنسي أو عنف أسري أو مضايقة أو جرائم تحيّز أو مطاردة ☐ لنقل مكان الإقامة واتخاذ خطوات لتأمين منزل قائم لحماية نفسك أو لحماية صحة طفلك أو الشخص المُعال وسلامتهما ☐ لا ينطبق أيٌّ منها	
معلومات التوظيف أكمل المعلومات المتعلقة بجميع الوظائف التي شغلتها في ولاية أوريغون خلال الأطر الزمنية التالية: • خلال 18 شهرًا قبل الحصول على الإجازة مدفوعة الأجر • أثناء الحصول على الإجازة مدفوعة الأجر ملاحظة: إذا لم تكن إجازتك قد بدأت بعد أو إذا كنت في منتصف فترة إجازتك مدفوعة الأجر، فلا تدرج سوى الوظائف التي شغلتها حتى تاريخ اليوم. أدرج أي أنشطة أعمال حرة في حال اختيارك تغطية إجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. أدرج هذه الوظائف كلها، حتى إذا: • لم تأخذ إجازة منها جميعًا • كان هناك صاحب عمل واحد (أو أكثر) لديك يطبّق خطة مكافئة ملاحظة: إذا قدم جميع أصحاب العمل خطط الإجازات مدفوعة الأجر المكافئة الخاصة بهم، فتوقّف هنا. وسيتعيّن عليك التقدم من خلال خطة صاحب العمل بدلاً من برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. يجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة لكل وظيفة. يتعيّن على صاحب عملك (أو أنت بصفتك صاحب عمل حر، إذا اخترت التغطية بموجبه) تقديم معلومات الأجور الخاصة بك كل ثلاثة أشهر. وسوف يستخدم برنامج الإجازة مدفوعة الأجر هذه المعلومات لاحتساب المزايا الأسبوعية. وإذا لم تتمكن من مطابقة أجورك أو التحقق منها، فستصل بك للحصول على مزيد من المعلومات.	

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
صاحب العمل رقم 1			
الاسم التجاري لصاحب العمل:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN):			
رقم تعريف العمل (BIN):			
عنوان صاحب العمل			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:		البلد:	
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
تاريخ التعيين: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تعمل لدى صاحب العمل هذا: ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عمل ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
تكرار دفع الأجور:			
☐ كل ساعة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين		☐ نصف شهري ☐ شهريًا ☐ سنويًا	
بالنسبة لتكرار دفع الأجور الذي حدّدته، ما مبلغ الأجر الذي تحصل عليه؟ هل أخذت إجازة أو تخطط لأخذها من صاحب العمل هذا؟ ☐ نعم ☐ لا في حالة أخذ إجازة من صاحب العمل هذا، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع لدى صاحب العمل هذا؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1 إذا كنت تأخذ إجازة من صاحب العمل هذا، فهل أبلغت صاحب العمل هذا بإجازاتك؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى أخطرت صاحب العمل هذا؟ ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
صاحب العمل رقم 2			
الاسم التجاري لصاحب العمل:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN):			
رقم تعريف العمل (BIN):			
عنوان صاحب العمل			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:	البلد:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
تاريخ التعيين: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تعمل لدى صاحب العمل هذا: ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عمل ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
تكرار دفع الأجور:			
☐ كل ساعة	☐ نصف شهري		
☐ يوميًا	☐ شهريًا		
☐ أسبوعيًا	☐ سنويًا		
☐ كل أسبوعين			
بالنسبة لتكرار دفع الأجور الذي حدّدته، ما مبلغ الأجر الذي تحصل عليه؟			
هل أخذت إجازة أو تخطط لأخذها من صاحب العمل هذا؟ ☐ نعم ☐ لا			
في حالة أخذ إجازة من صاحب العمل هذا، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع لدى صاحب العمل هذا؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1			
إذا كنت تأخذ إجازة من صاحب العمل هذا، فهل أبلغت صاحب العمل هذا بإجازاتك؟ ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى أخطرت صاحب العمل هذا: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
صاحب العمل رقم 3			
الاسم التجاري لصاحب العمل:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN):			
رقم تعريف العمل (BIN):			
عنوان صاحب العمل			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:	البلد:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
تاريخ التعيين: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تعمل لدى صاحب العمل هذا: ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عم: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
تكرار دفع الأجور:			
☐ كل ساعة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين		☐ نصف شهري ☐ شهريًا ☐ سنويًا	
بالنسبة لتكرار دفع الأجور الذي حدّدته، ما مبلغ الأجر الذي تحصل عليه؟ هل أخذت إجازة أو تخطط لأخذها من صاحب العمل هذا؟ ☐ نعم ☐ لا في حالة أخذ إجازة من صاحب العمل هذا، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع لدى صاحب العمل هذا؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1 إذا كنت تأخذ إجازة من صاحب العمل هذا، فهل أبلغت صاحب العمل هذا بإجازاتك؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى أخطرت صاحب العمل هذا: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	
العمل الحر رقم 1			
الاسم التجاري، إن وُجد:			
رقم تعريف التوظيف الفيدرالي (FEIN)، إن وُجد:			
رقم تعريف العمل (BIN)، إن وُجد:			
العنوان			
الشارع - السطر 1:			
الشارع - السطر 2:			
نوع الوحدة:		رقم الوحدة:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
عناية:	البلد:		
اسم جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال الخاصة بصاحب العمل:			
معلومات العمل والإجازات			
اليوم الأول للعمل في هذا النشاط التجاري: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
هل ما زلت تزاوّل أعمالاً حرة وتمارس هذا النشاط التجاري ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة "لا"، فأدرج آخر يوم عمل ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)			
المهنة: (المُسَمَّى الوظيفي)			
تكرار الدخل المُستلم من النشاط التجاري:			
☐ كل ساعة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين		☐ نصف شهري (مرتين في الشهر) ☐ شهريًا ☐ سنويًا	
بالنسبة إلى تكرار الدخل الذي حدّدته، ما هو صافي دخلك من هذا النشاط التجاري؟ هل أخذت إجازة من العمل الحر هذا أو تخطط لأخذها؟ ☐ نعم ☐ لا في حالة أخذ إجازة من هذا النشاط التجاري، كم عدد الأيام التي تمارس العمل فيها عادةً في الأسبوع في هذا النشاط التجاري؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1			

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
أصحاب العمل الإضافيون أو العمل الحر الإضافي ☐ حدّد هذا المربع إذا كان لديك مزيد من الوظائف أو الأعمال الحرة. ثم املأ النموذج وأرفقه نموذج أصحاب العمل التكميلي (يمكن العثور عليه على موقع الإجازة مدفوعة الأجر على https://paidleave.oregon.gov/ar/resources/forms-and-checklists.html).	
معلومات جميع أصحاب العمل (والنشاط التجاري الحر)	
في المتوسط، كم عدد الأيام في الأسبوع التي تعمل فيها لدى جميع أصحاب العمل في ولاية أوريغون؟ يُرجى إدراج عملك كصاحب عمل حر، إذا اخترت التغطية بموجب ذلك. ملاحظة: إذا كنت ترسل طلبك بعد بدء إجازتك، فاذكر متوسط عدد الأيام التي عملت فيها في ولاية أوريغون عند بدء إجازتك.	
ضع دائرة حول خيار واحد: 1 2 3 4 5 6 7	
إجازة الحمل الإضافية	
لا يتوافر هذا الخيار إلا إذا كنت تأخذين إجازة ارتباط عائلي أو إجازة مرضية. هل أنت حامل حالياً أو وضعت حملك في العام الماضي، وهل تطلبين إجازة إضافية لمدة أسبوعين بسبب مشكلات صحية متعلقة بالحمل أو الولادة أو حالة طبية ذات صلة؟ ☐ نعم ☐ لا إن لم تكوني حامل في الوقت الحالي، فيُرجى ذكر تاريخ انتهاء حملك: ____ / ____ / ____ (يوم/شهر/سنة)	
جدول الإجازات	
ما نوع جدول الإجازات الخاص بك؟ (حدّد خياراً واحداً فقط) ☐ جدول إجازة متقطعة. تأخذ إجازة ما بين تاريخ بدء إجازتك وتاريخ انتهائها، ولكنك تعمل أيضاً في بعض الأيام أو الأسابيع ضمن هذه الفترة. قد تحصل أيضاً على إجازة لنوعين أو أكثر من الإجازات في الوقت نفسه أو تحصل على إجازة قبل إلحاق الطفل بالعائلة. ملاحظة: بتحديد هذا الخيار، يجب أن ترسل لنا نموذج المطالبة الأسبوعية في كل أسبوع تأخذ فيه إجازة. ويجب أن ترسل النموذج إلينا في غضون 30 يوماً من نهاية كل أسبوع تحصل فيه على إجازة. وإذا بدأت إجازتك مؤخراً، فقم بتضمين نموذج المطالبة الأسبوعية مع طلبك. راجع تعليمات نموذج المطالبة الأسبوعية للحصول على معلومات إضافية. اتصل بنا على الرقم 833-854-0116 لطلب النموذج. لتقديم المطالبات الأسبوعية بشكل أسرع وللإطلاع على حالة مطالبتك الأسبوعية، أنشئ حساب Frances Online على frances.oregon.gov . ☐ جدول إجازة متتالية. تحصل على إجازة لحدث مؤهل واحد في كل مرة، ولا تعمل لدى أي من أصحاب العمل (أو تمارس عملاً حرّاً) خلال الإطار الزمني المعتمد للإجازة.	

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
لحساب مزاياك، قَدِّم المعلومات التالية. بالنسبة للإجازة مدفوعة الأجر، يبدأ الأسبوع من الأحد إلى السبت. كم عدد أيام الإجازة مدفوعة الأجر التي ستأخذها خلال الأسبوع الأول من بدء الإجازة؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1 كم عدد أيام الإجازة مدفوعة الأجر التي ستأخذها خلال الأسبوع الأخير من إجازتك؟ ضع دائرة حول خيار واحد: 7 6 5 4 3 2 1	
مزايا أخرى	
هل حصلت على مزايا تعويض العاملين عن الوقت الضائع أثناء إجازتك أو تتوقع الحصول عليها؟ ☐ نعم ☐ لا هل حصلت على مزايا التأمين ضد البطالة أثناء إجازتك أو تتوقع الحصول عليها؟ ☐ نعم ☐ لا	

رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:	الاسم:
الإفصاح الطوعي	
لن نستخدم إجاباتك في هذا القسم من التطبيق لاتخاذ قرارات بشأن مطالتك. سنستخدم إجاباتك حصريًا لأغراض تحليل البيانات على مستوى المجموعات. لمساعدتنا على فهم المجتمعات المختلفة التي نخدمها بشكل أفضل، نشجّعك على الإجابة عن المعلومات الديموغرافية الواردة أدناه. يمكنك اختيار "أفضل عدم التصريح بذلك" فيما يتعلق بأي أسئلة.	
ما حالة المحاربين القدامى أو حالتك العسكرية؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ أنا أحد المحاربين القدامى في القوات المسلحة الأمريكية، أو قوات الاحتياط العسكرية، أو الحرس الوطني ☐ أنا عضو نشط في القوات المسلحة الأمريكية، أو قوات الاحتياط العسكرية، أو الحرس الوطني ☐ لست من المحاربين القدامى أو ليس لدي حالة عسكرية ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) أي مما يلي يصفك على أفضل نحو؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق) ☐ من الهنود الأمريكيين، أو الأمريكيين الأصليين، أو سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيوي ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ من أصل أمريكي/لاتيني ☐ من سكان هاواي الأصليين، من جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ من الشرق الأوسط/شمال أفريقيا ☐ اختر وصفًا لنفسك: ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)	ما أعلى درجة أو مستوى دراسي أكملته؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ لم ألتحق بأي مدرسة ☐ دون المدرسة الثانوية ☐ التحقت بالمدرسة الثانوية، ولكن لم أحصل على شهادة ☐ خريج مدرسة ثانوية، بما في ذلك برنامج تطوير التعليم العام أو ما يعادله ☐ مدرسة فنية أو تجارية أو مهنية ☐ التحقت بالتعليم الجامعي أو درجة الزمالة ☐ درجة البكالوريوس ☐ درجة الدراسات العليا ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) هل تعاني من أي إعاقة؟ (اختر إجابة واحدة) سيتم اعتبارك تعاني من إعاقة إذا كان لديك إعاقة جسدية و/أو فكرية و/أو إعاقة في النمو أو حالة طبية تحدّ بشكل كبير من نشاط رئيسي، أو إذا كان لديك تاريخ أو سجل إعاقة أو حالة طبية. ويشمل ذلك أيضًا ما إذا تم اعتبارك تعاني من إعاقة. ☐ نعم ☐ لا ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
هل أنت من أصل أمريكي لاتيني، أو لاتيني، أو إسباني؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ نعم، أنا من أصل أمريكي لاتيني، أو لاتيني، أو إسباني ☐ لا، لست من أصل أمريكي لاتيني، أو لاتيني، أو إسباني ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) ما نوع جنسك؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ امرأة/أنثى ☐ رجل/ذكر ☐ أفضل عدم التصريح بذلك هل أنت متحول جنسيًا؟ (اختر إجابة واحدة) ☐ نعم ☐ لا ☐ متساءل/مستكشف ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ لا أعرف ما الذي يطرحه هذا السؤال ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)	ما نوع جنسك؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق) ☐ بدون جنس ☐ لاثنائي ☐ امرأة/بنت ☐ رجل/ولد ☐ جنس آخر غير مدرج. يُرجى التحديد: ☐ متساءل/مستكشف ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ لا أعرف ما الذي يطرحه هذا السؤال ☐ غير متأكد (للممثل المفوض) كيف تصف توجهك الجنسي أو هويتك الجنسية؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق) ☐ لاجنسي ☐ ثنائي الجنس ☐ مثلي ☐ سحاقية ☐ مائل إلى الشمولية الجنسية ☐ حر الجنس ☐ متساءل/مستكشف ☐ مُحِب النوع الاجتماعي نفسه ☐ مُحِب نوع الجنس نفسه ☐ مغاير جنسيًا (ينجذب أساسًا أو حصريًا إلى النوع/الجنس الآخر) ☐ توجه جنسي آخر غير مدرج. يُرجى التحديد: ☐ أفضل عدم التصريح بذلك ☐ لا أعرف ما الذي يطرحه هذا السؤال ☐ غير متأكد (للممثل المفوض)

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
الحصول على المزايا الخاصة بك	
كيف ترغب في الحصول على مدفوعات المزايا إذا تمت الموافقة عليها؟ (حدّد خيارًا واحدًا فقط)	
☐ إيداع مباشر	
☐ حساب جارٍ	☐ حساب توفير
المؤسسة المالية:	
رقم توجيه البنك:	
رقم الحساب:	
يُرجى التأشير في المربع أدناه لتأكيد اختيارك للإيداع المباشر كطريقة دفع:	
☐ أُمُنح برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون التابع لإدارة التوظيف في ولاية أوريغون الإذن بإيداع المدفوعات إلكترونيًا في المؤسسة المالية المذكورة أعلاه. أُمُنح المؤسسة المذكورة أعلاه الإذن بقبول هذه المدفوعات وإيداعها في الحساب الذي ذكرته أعلاه.	
أفهم أن هذا الإذن سيحل محل أي إذن سابق، وسيظل ساريًا حتى أرسل إشعارًا كتابيًا إلى برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بإلغائه، أو حتى مرور عام واحد منذ آخر مرة قدمت فيها مطالبة.	
أفهم أنه إذا تعذّر إيداع مدفوعات المزايا الخاصة بي في حساب المؤسسة المالية المذكور أعلاه، فسيتم دفع مدفوعات المزايا الخاصة بي تلقائيًا على بطاقة ReliaCard® من بنك الولايات المتحدة. لقد راجعتُ إفصاحات ReliaCard® المضمّنة قبل إجراء عملية الدفع الخاصة بي.	
☐ بطاقة الخصم (ReliaCard®).	
ملاحظة: إذا كنت قد تلقيت مدفوعات مزايا الإجازة مدفوعة الأجر على بطاقة ReliaCard® في الماضي، فسوف تستخدم بطاقة ReliaCard® نفسها لهذه المطالبة. يُرجى إعلام برنامج الإجازة مدفوعة الأجر إذا كنت بحاجة إلى بطاقة جديدة.	
☐ لقد راجعتُ إفصاح ReliaCard® المضمّن.	
اختيار اقتطاع الضريبة	
كيف تريد أن يتم اقتطاع ضرائبك من مدفوعات المزايا؟	
☐ أريدُ اقتطاع 10% لضرائب الدخل الشخصي الفيدرالية و8% لضرائب الدخل الشخصي الخاصة بالولاية من مدفوعات المزايا الخاصة بي.	
☐ أريدُ اقتطاع 10% فقط من مدفوعات المزايا الخاصة بي لضرائب الدخل الشخصي الفيدرالية.	
☐ أريدُ اقتطاع 8% فقط من مدفوعات المزايا الخاصة بي لضرائب الدخل الشخصي الخاصة بالولاية.	
☐ لا أريدُ اقتطاع الضرائب من مدفوعات المزايا الخاصة بي.	

الاسم:		رقم الضمان الاجتماعي/رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
☐ أشهدُ متحملاً المساءلة القانونية بأن المعلومات التي قدمتها حقيقية وصحيحة على حد علمي واعتقادي. أدركُ أنَّ القانون يفرض عقوبات على الإدلاء بإفادات كاذبة من أجل الحصول على مزايا من خلال برنامج الإجازات مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون. من خلال التوقيع أدناه، أتقدمُ بمطالبة للحصول على مزايا برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون.		
أصرّح لبرنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بالإفصاح عن معلومات المطالبة ذات الصلة لصاحب (أصحاب) العمل، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- معلومات حول طلبي للحصول على إجازة؛ والموافقة على مطالبتني أو رفضها؛ وتواريخ الإجازة ومدتها وتكرارها؛ ومبلغ المزايا الأسبوعي الخاص بي.		
أصرّح لبرنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بالإفصاح عن معلومات المطالبة ذات الصلة إلى مقدمي الرعاية الصحية المعنيين بمطالبة الإجازة مدفوعة الأجر المقدمة من طرفي.		
أدركُ أنه يجب عليّ إخطار برنامج الإجازة مدفوعة الأجر في ولاية أوريغون بأي تغيير يطرأ على المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك تواريخ الإجازات ومقدارها والتغييرات التي تطرأ على عملي.		
التوقيع:	التاريخ (يوم/شهر/سنة):	
توقيع الممثل المُعيّن من قبل مقدم الطلب:	التاريخ (يوم/شهر/سنة):	
الممثل المُعيّن من قبل مقدم الطلب (الاسم بخط واضح):		
توقيع الوكيل المُصرّح له لمقدم الطلب العاجز أو المتوفى:	التاريخ (يوم/شهر/سنة):	
الوكيل المُصرّح له لمقدم الطلب العاجز أو المتوفى (الاسم بخط واضح):		
ملاحظة: يجب أن تحصل على موافقة من الإدارة للتصرّف نيابة عن مقدّم الطلب كـممثل مُعيّن من قبل مقدّم الطلب أو وكيل مُصرّح له قبل أن نقبل أي طلب مقدّم أو معلومات أخرى منك. إنَّ النماذج التي تطلبها لهذه الحالة متاحة على موقعنا الإلكتروني.		
يمكن أن تنتسبب المعلومات أو الوثائق المفقودة في تأخير معالجة طلبك للحصول على المزايا. أرسل طلبك المكتمل وجميع الوثائق المطلوبة عبر البريد إلى:		
Attn: Paid Leave Oregon Oregon Employment Department 875 Union St NE Salem, OR 97311		

الإفصاح قبل الحصول على بطاقة ReliaCard® الصادرة عن U.S. Bank
اسم البرنامج: Oregon State Government Programs (برنامج حكومة ولاية أوريغون)

قد تتوفر بعض المواد والخدمات باللغة الإنجليزية فقط.

لديك خيارات حول كيفية تلقي مدفوعاتك، بما في ذلك الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو هذه البطاقة المدفوعة مسبقًا. اسأل الجهة التي تتعامل معها عن الخيارات المتاحة وحدد خيارك.			
رسوم الشهرية	لكل عملية شراء	السحب من ماكينة الصراف الآلي	إعادة تعبئة النقد
0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي ضمن الشبكة	لا ينطبق
		2.00 دولار أمريكي* خارج الشبكة	
الاستعلام عن الرصيد من خلال ماكينات الصراف الآلي (ضمن الشبكة أو خارج الشبكة). 0 دولار أمريكي			
خدمة العملاء (الآلية أو المقدمة من خلال موظف خدمة العملاء) 0 دولار أمريكي لكل مكالمة			
الخمول (بعد 365 يومًا بدون معاملات) 2.00 دولار أمريكي كل شهر			
نحن نفرض 3 أنواع أخرى من الرسوم. نتمثل إحداها فيما يلي:			
معاملة دولية 3%			
* يمكن أن تكون هذه الرسوم أقل بحسب كيفية ومكان استخدام هذه البطاقة. انظر جدول الرسوم المرفق للتعرف على الطرق المجانية للوصول إلى أموالك ومعلومات الرصيد.			
لا توجد ميزة السحب على المكشوف أو الائتمان. أموالك مؤهلة للحصول على تأمين شركة FDIC.			
للحصول على معلومات عامة حول الحسابات مسبقًا الدفع، تفضل بزيارة cfpb.gov/prepaid (باللغة الإنجليزية). ابحث عن التفاصيل والشروط لجميع الرسوم والخدمات داخل حزمة البطاقة أو اتصل بالرقم 1-855-282-6161 أو قم بزيارة usbankreliacard.com (باللغة الإنجليزية).			

جدول رسوم بطاقة U.S. Bank ReliaCard®
اسم البرنامج: Oregon State Government Programs (برامج حكومة ولاية أوريغون)

جميع الرسوم	المبلغ	التفاصيل
الحصول على النقد		
السحب من ماكينة الصراف الآلي (ضمن الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass®. يمكن العثور على المواقع في usbank.com/locations (باللغة الإنجليزية) أو moneypass.com/atm-locator.html (باللغة الإنجليزية).
السحب من ماكينة الصراف الآلي (خارج الشبكة)	2 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يتم التنازل عن هذه الرسوم لأول عمليتي سحب من ماكينات الصراف الآلي شهريًا، والتي تشمل كلًا من عمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي (خارج الشبكة) وعمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي الدولية. يشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي الموجودة خارج شبكات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass. قد يتم أيضًا تحميل رسوم منك من قبل مشغل الصراف الآلي حتى لو لم تكمل المعاملة.
السحب من الصراف	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومتنا عند قيامك بسحب النقود من بطاقتك من صراف في بنك أو اتحاد التمتاني بقل Visa®.
المعلومات		
الاستعانة عن الرصيد من خلال ماكينات الصراف الآلي (ضمن)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية استعانة. يشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass. يمكن العثور على المواقع في usbank.com/locations (باللغة الإنجليزية) أو moneypass.com/atm-locator.html (باللغة الإنجليزية).
الاستعانة عن الرصيد من خلال ماكينات الصراف الآلي (خارج)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية استعانة. يشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي الموجودة خارج شبكات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass. قد يتم أيضًا تحميل رسوم منك من قبل مشغل ماكينات الصراف الآلي.
استخدام بطاقتك خارج الولايات المتحدة		
معاملة دولية	3%	هذه هي الرسوم التي تطبقها عند استخدام بطاقتك في إجراء معاملات الشراء من التجار الأجانب والسحب النقدي من ماكينات الصراف الآلي الأجنبية، وهي نسبة مئوية من قيمة المعاملة بالدولار بعد أي عملية تحويل للمعاملة. تعتبر بعض المعاملات من قبيل المعاملات الأجنبية وفقًا للقواعد المعمول بها لدى الشبكة حتى في حالة تواجده أنت و/أو التاجر أو ماكينة الصراف الآلي داخل الولايات المتحدة، وليست لدينا أي سلطة بشأن كيفية تصنيف هؤلاء التجار وماكينات الصراف الآلي والمعاملات لهذا الغرض.
ماكينات الصراف الآلي الدولية	2 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يتم التنازل عن هذه الرسوم لأول عمليتي سحب من ماكينات الصراف الآلي شهريًا، والتي تشمل كلًا من عمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي (خارج الشبكة) وعمليات السحب من ماكينات الصراف الآلي الدولية. قد يتم أيضًا تحميل رسوم منك من قبل مشغل الصراف الآلي حتى لو لم تكمل المعاملة.
أخرى		
استبدال البطاقة	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومتنا لكل بطاقة بديلة يتم إرسالها إليك بالبريد مع التوصيل العادي (حتى 10 أيام عمل).
التوصيل السريع للبطاقة البديلة	15 دولارًا	هذه هي الرسوم التي نفرضها نظير خدمة التوصيل السريع (حتى 3 أيام عمل)، بالإضافة إلى رسوم استبدال البطاقة.
الخمول	2 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها كل شهر بعد عدم إتمامك لمعاملة باستخدام بطاقتك لمدة 365 يومًا متتاليًا.

بينما يتم تقديم هذا البيان باللغة العربية، فإن ما يتبع ذلك من بيانات U.S. Bank والمستندات المتعلقة بالانفصالات التعاقدية الخاصة بك، والإيصالات، والإشعارات، والكشوف المصرفية، والخدمات المصرفية عبر الإنترنت والهاتف المحمول، قد يتوفر باللغة الإنجليزية فقط. يجب أن تكون قادرًا على قراءة هذه الوثائق وفهمها، أو يمكنك الحصول على مساعدة في ترجمتها، لفهم واستخدام هذا المنتج أو هذه الخدمة. الوثائق المكتوبة باللغة الإنجليزية متاحة عند الطلب.

أموالك مؤهلة للحصول على تأمين شركة FDIC. سيتم الاحتفاظ بأموالك لدى US Bank National Association، وهي مؤسسة حاصلة على التأمين من شركة FDIC، ويمكن تأمينها بمبلغ يصل إلى 250 ألف دولار أمريكي من قبل FDIC في حالة فشل U.S. Bank. تفضل زيارة fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (باللغة الإنجليزية) للحصول على التفاصيل.

لا توجد ميزة السحب على المكشوف أو الائتمان.

اتصل بـ Cardholder Services (خدمات حامل البطاقة) عن طريق الاتصال بالرقم 1-855-282-6161 أو بالبريد على P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 أو قم بزيارة usbankreliacard.com (باللغة الإنجليزية).

للحصول على معلومات عامة حول الحسابات مسبق الدفع، تفضل زيارة cfpb.gov/prepaid (باللغة الإنجليزية). إذا كانت لديك شكوى بخصوص حساب مفتوح مسبقًا، فانصل على Consumer Financial Protection Bureau (مكتب حماية المستهلك المالي) على الرقم 1-855-411-2372 أو تفضل زيارة cfpb.gov/complaint (باللغة الإنجليزية).

CR-36991804

تم إصدار بطاقة ReliaCard بواسطة U.S. Bank National Association بموجب ترخيص من U.S.A. Inc. © 2023 U.S. Bank. Member FDIC.