

این بسته برای افرادی است که برای اقدام از طرف یک درخواست‌کننده ناتوان برای اهداف Paid Leave Oregon به مجوز نیاز دارند.

شما می‌توانید بسته را به یکی از روش‌های زیر ارسال کنید:

- از فرم تماس با ما به نشانی [frances.oregon.gov](https://frances.oregon.gov) استفاده کنید
- فرم تکمیل شده خود و تمام مدارک مورد نیاز را به آدرس زیر پست کنید:

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

برای جلوگیری از تأخیر، لطفاً تمام مدارک مورد نیاز و فرم‌ها را با هم ارسال کنید. اگر ما تمام اطلاعات و مدارک مربوط به پرونده را ظرف مدت 30 روز از تأیید درخواست مجوز شما دریافت نکنیم، باید فرآیند را دوباره آغاز کنید.

**توجه:** بسته به موقعیت شما، ممکن است تمام فرم‌های این بسته را نیاز نداشته باشید. به عنوان مثال، اگر درخواست‌کننده از قبل برای تمام مرخصی‌های درخواستی اقدام کرده باشد، نیازی به ارسال فرم درخواست نیست.

برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به وبسایت ما به نشانی [paidleave.oregon.gov](https://paidleave.oregon.gov) مراجعه کنید یا با شماره 833-854-0166 (رایگان) با ما تماس بگیرید. کاربران TTY با 711 تماس بگیرند.

### بسته مربوط به نماینده مجاز درخواست‌کننده ناتوان

#### درخواست نماینده مجاز

لطفاً مدارک زیر را ضمیمه کنید:

1. فرم تکمیل شده «نماینده مجاز درخواست‌کننده ناتوان» که شامل اطلاعات ارائه‌دهنده خدمات درمانی و گواهی تأییدکننده ناتوانی درخواست‌کننده باشد
- توجه:** اگر نامه‌ای از دادگاه مبنی بر اعطای اختیار یا یک وکالتنامه دارید، می‌توانید یکی از آنها را به جای فرم ارسال کنید.
2. حداقل دو مدرک احراز هویت برای نماینده مجاز (برای دستورالعمل‌ها به فرم مراجعه کنید)
3. حداقل دو مدرک احراز هویت برای درخواست‌کننده (برای دستورالعمل‌ها به فرم مراجعه کنید)
4. مدرکی که اثبات کننده رابطه بین نماینده مجاز و درخواست‌کننده باشد (در صورتی که نمایندگی از طریق فرآیند قانونی اعطا شده باشد، نیاز نیست).

#### درخواست مزایا (اگر درخواست‌کننده قبلاً برای همه مرخصی‌های درخواستی اقدام نکرده باشد)

1. «فرم درخواست Paid Leave برای مزایا» تکمیل شده
2. فرم تأیید مرخصی (تکمیل شده توسط ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا فرد مجاز دیگر)

**بند 1: دستورالعمل کلی**

اگر شما عضوی از خانواده متقاضی هستید که به دلیل وضعیت سلامتی جدی ازکارافتاده شده است و درخواست وکالت متقاضی ازکارافتاده به‌منظور اقدام از طرف او را دارید، این فرم را تکمیل و به‌صورت دستی امضا کنید.

اگر طبق تعریف ماده ORS 657B.010 عضو خانواده یک متقاضی ازکارافتاده هستید، می‌توانید درخواست کنید که وکالت او را بر عهده بگیرید. می‌توانید تعریف عضو خانواده را در بند 3 دستورالعمل بیابید.

ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که به دلیل ازکارافتادگی متقاضی، او را تحت درمان قرار می‌دهد، باید این فرم را امضا کند تا وضعیت سلامتی جدی متقاضی را تأیید کند.

اداره مرخصی با حقوق اورگان می‌تواند درخواست مرخصی با حقوق فعلی یا در حال بررسی را با نماینده مجاز در میان بگذارد. این سند به ما اجازه می‌دهد اطلاعاتی از پرونده‌های خود را که در غیر این صورت محرمانه تلقی می‌شدند، ارائه دهیم. این شامل اطلاعات زیر می‌شود، اما محدود به آنها نیست:

- اطلاعات مربوط به هرگونه مزایایی که متقاضی دریافت کرده یا دریافت خواهد کرد
- اطلاعات ارائه‌شده در درخواست اولیه متقاضی
- اطلاعات مربوط به هرگونه تصمیم در حال بررسی یا صادرشده‌ای که در مورد یک درخواست اتخاذ کرده‌ایم

همچنین به نماینده مجاز اجازه می‌دهد تا اطلاعات لازم برای اقدامات زیر را به بخش مرخصی با حقوق ارائه دهد:

- تکمیل درخواست مزایا
- ثبت درخواست جدید جهت دریافت مزایا برای متقاضی
- درخواست جلسه دادرسی برای بررسی رأی بخش مرخصی با حقوق و حضور در جلسه دادرسی در دفتر جلسات دادرسی اداری از طرف متقاضی

بخش مرخصی با حقوق برای هر متقاضی در آن واحد فقط یک نماینده مجاز را می‌پذیرد. در صورتی که سرپرست قانونی یا سرپرست منصوب دادگاه مجاز به اقدام از طرف متقاضی باشد، درخواست نماینده مجاز پذیرفته نمی‌شود. این امر در مورد متقاضیانی که به کسی وکالت‌نامه داده‌اند تا از طرف آنها برای اداره مرخصی با حقوق اورگان اقدام کند، نیز صادق می‌کند.

**لطفاً تمام اطلاعات مورد نیاز را ارائه دهید. اطلاعات ناقص می‌تواند باعث تأخیر در رسیدگی به درخواست شما شود. این فرم باید به‌صورت دستی امضا شود. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.**

اگر آماده ارسال فرم درخواست مزایا از طرف متقاضی هستید، می‌توانید آن را همراه با این فرم ارسال کنید.

توجه: شما، به‌عنوان نماینده مجاز، تنها شخصی هستید که می‌توانید از طرف متقاضی، فرم درخواست مزایا ارسال کنید.

**به کمک و راهنمایی نیاز دارید؟**

این اطلاعات ضروری است. اداره کار اورگون، یک آژانس با فرصت‌های برابری استخدامی است. اداره کار اورگون، به شما کمک رایگان ارائه می‌دهد تا بتوانید از خدمات ما استفاده کنید. به عنوان مثال: زبان اشاره و مترجم برای زبانهای مختلف، نشریات و مطالب نوشتاری به زبان‌های دیگر، چاپ با حروف درشت، به صورت صوتی و دیگر قالبها و فرمت‌های مختلف. برای دریافت کمک، لطفاً با شماره تلفن (رایگان) 833-854-0166 تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا کم‌شنوا می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید ایمیل یا رایانامه به این آدرس بفرستید

[access.paidleave@oregon.gov](mailto:access.paidleave@oregon.gov)

## بند 2: دستورالعمل تکمیل فرم

**عضو خانواده:** بخش‌های الف، ب و ج از این فرم را تکمیل کنید. بخش د را برای تکمیل شدن در اختیار ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متقاضی قرار دهید.

- **بخش الف:** این بخش را با مشخصات متقاضی تکمیل کنید.
- **بخش ب:** این بخش را با مشخصات خودتان تکمیل کنید.
- **بخش ج:** این بخش را با تاریخ شروع مجوز تکمیل کنید. اگر تاریخ پایان از کارافتادگی متقاضی را نمی‌دانید، تاریخ پایان مجوز را خالی بگذارید.
- مجوز به‌طور خودکار پایان می‌یابد اگر:
  - متقاضی دیگر از کارافتاده نباشد
  - سال مزایای فعلی متقاضی به پایان برسد
- اگر ظرف 30 روز از تاریخ تأیید شما به‌عنوان نماینده مجاز توسط اداره، درخواست مزایای مرخصی با حقوق (Paid Leave) را ارسال نکنید [مجوز پایان می‌یابد].
- در صورت فوت متقاضی، مجوز در تاریخ فوت به پایان می‌رسد.
- این بخش را نیز باید تکمیل کرده، به‌صورت دستی امضا کنید و تاریخ بزنید. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.
- **بخش د:** تعاریف مندرج در بند 3 دستورالعمل را در اختیار ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متقاضی قرار دهید. به‌منظور تأیید از کارافتادگی متقاضی، از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متقاضی بخواهید که این بخش را تکمیل و به‌صورت دستی امضا کند.
- مدارکی را که نسبت خانوادگی شما را با متقاضی تأیید می‌کند و مدارکی را که هویت متقاضی و هویت خودتان را احراز می‌کند، پیوست کنید. می‌توانید فهرستی از مدارک قابل قبول را که امکان استفاده برای این منظور را دارید، در بند 4 بیابید.
- شما باید این فرم و سایر مدارک مورد نیاز را به اداره مرخصی با حقوق اورگان ارسال کنید. می‌توانید آنها را به‌صورت آنلاین از طریق فرم [تماس با ما](#) در وبسایت [frances.oregon.gov](http://frances.oregon.gov) یا از طریق پست به آدرس زیر ارسال کنید:

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

### ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی متقاضی:

- تعاریف ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، وضعیت سلامتی جدی و ازکارافتادگی را که در بند ۳ دستورالعمل آمده است، مرور کنید.
- بخش د این فرم را تکمیل کرده، به صورت دستی امضا کنید و تاریخ بزنید.
  - با تکمیل و امضای این بخش، شما تأیید می‌کنید که متقاضی:
    - به دلیل وضعیت سلامتی جدی ازکارافتاده است (OAR 471-070-1000)،
    - نمی‌تواند به‌منظور دریافت مزایای مرخصی اداره مرخصی با حقوق اورگان درخواست دهد و
    - نمی‌تواند نماینده‌ای برای اقدام از طرف خود انتخاب کند.
  - از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.
- فرم تکمیل‌شده و امضا شده را به عضو خانواده‌ای که می‌خواهد نماینده متقاضی ازکارافتاده باشد، برگردانید. او این فرم را به اداره مرخصی با حقوق اورگان ارسال خواهد کرد.

### بند 3: تعاریف

#### تعریف عضو خانواده

ماده ORS 657B.010 عضو خانواده را اینگونه تعریف می‌کند:

- همسر فرد تحت پوشش؛
- پدر بزرگ یا مادر بزرگ فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی پدر بزرگ یا مادر بزرگ؛
- فرزند فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی او؛
- نوه فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی او؛
- یکی از والدین فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی او؛
- شریک زندگی فرد تحت پوشش؛ یا
- خواهر/برادر یا خواهر/برادر ناتنی فرد تحت پوشش یا همسر یا شریک زندگی خواهر/برادر یا خواهر/برادر ناتنی؛
- هر فردی که نسبت خونی یا خویشاوندی با فرد تحت پوشش داشته باشد و ارتباط نزدیکی با او معادل نسبت خانوادگی باشد.

## تعریف ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی

ماده OAR 471-070-1000 ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی را به‌صورت زیر تعریف می‌کند:

(الف) شخصی که در درجه اول مسئولیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی به متقاضی یا عضو خانواده متقاضی را قبل یا در طول دوره مرخصی با حقوق بر عهده دارد و دارای مجوز یا گواهینامه طبابت مطابق با قوانین ایالت یا کشوری است که در آن طبابت می‌کند و در محدوده مجوز یا گواهینامه تخصصی خود فعالیت می‌کند و جزو اشخاص زیر است:

- متخصص کایروپراکتیک (فقط تا حدی که متخصص کایروپراکتیک درمانی شامل دستکاری دستی ستون فقرات برای اصلاح دررفتگی جزئی که توسط اشعه ایکس نشان داده شده است، ارائه می‌دهد)
- دندانپزشک
- مامای دارای مدرک مستقیم
- متخصص طب طبیعی
- پرستار متخصص
- پرستار متخصص با گرایش مامایی
- بینایی‌سنج
- پزشک عمومی
- دستیار پزشک عمومی
- روانشناس
- پرستار رسمی
- مددکار اجتماعی دارای مجوز (یا)

(ب) شخصی که در درجه اول مسئولیت درمان متقاضی یا عضو خانواده متقاضی را صرفاً از طریق روش‌های معنوی قبل یا در طول دوره مرخصی با حقوق بر عهده دارد (شامل پزشک علوم مسیحی اما نه محدود به آن).

## تعریف وضعیت سلامتی جدی

ماده OAR 471-070-1000 «وضعیت سلامتی جدی» را اینگونه تعریف می‌کند:

بیماری، آسیب، نقص یا وضعیت جسمی یا روانی متقاضی یا یکی از اعضای خانواده او که:

- نیاز به مراقبت بستری در یک مرکز مراقبت‌های پزشکی مانند بیمارستان، آسایشگاه یا مرکز اقامتی مانند خانه سالمندان یا مرکز درمان سوء مصرف مواد برای موارد بستری دارد، اما محدود به این موارد نیست.
- بنا به قضاوت پزشکی ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، بیمار در معرض خطر قریب‌الوقوع مرگ قرار دارد یا به‌صورت پیش‌شناختی، بیمار لا‌علاج است و احتمال منطقی برای مرگ در آینده نزدیک وجود دارد.
- نیاز به مراقبت مداوم یا مستمر، از جمله مراقبت در منزل دارد که توسط متخصص مراقبت‌های بهداشتی انجام می‌شود.
- شامل یک دوره از کار افتادگی می‌شود. «ازکار افتادگی» به معنی ناتوانی از انجام حداقل یکی از وظایف اساسی شغلی، حضور در مدرسه یا انجام فعالیت‌های روزمره معمول، به مدت بیش از سه روز تقویمی متوالی است. دوره ازکار افتادگی شامل هرگونه درمان یا دوره بهبودی مورد نیاز بعدی مربوط به همان بیماری می‌شود. این ازکار افتادگی باید شامل یکی از موارد زیر باشد:
  - دو یا چند جلسه درمان توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی
  - یک جلسه درمان به علاوه یک دوره مراقبت مداوم
- منجر به یک دوره ازکار افتادگی یا درمان برای وضعیت سلامتی جدی و مزمن می‌شود که نیاز به ویزیت‌های دوره‌ای برای درمان توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دارد، برای مدت طولانی ادامه می‌یابد و ممکن است باعث دوره‌های اپیزودیک ازکار افتادگی به جای دوره‌های مداوم شود (مانند آسم، دیابت یا صرع).
- شامل ازکار افتادگی دائمی یا طولانی‌مدت به دلیل بیماری می‌شود که درمان نمی‌تواند برای آن مؤثر باشد (مانند بیماری آلزایمر، سکتة مغزی شدید یا مراحل پایانی یک بیماری). کارمند یا عضو خانواده باید تحت مراقبت مداوم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی باشند، اما نیازی به دریافت درمان فعال ندارند.
- شامل جلسات درمانی متعدد برای جراحی ترمیمی یا برای شرایطی مانند شیمی‌درمانی برای سرطان، فیزیوتراپی برای آرتروز یا دیالیز برای بیماری کلیوی است که در صورت عدم درمان احتمالاً منجر به ازکار افتادگی به مدت بیش از سه روز تقویمی می‌شود.
- شامل هر دوره ازکار افتادگی ناشی از بارداری، زایمان، سقط جنین یا مرده‌زایی یا دوره غیبت برای مراقبت‌های دوران بارداری می‌شود.
- شامل هرگونه دوره غیبت از کار برای اهدای عضو، عضو یا بافت بدن، از جمله خدمات قبل از عمل یا تشخیصی، جراحی، درمان پس از عمل و بهبودی می‌شود.

## تعریف ازکار افتادگی

طبق ماده (5) ORS 125.005، «ازکار افتادگی» به معنای شرایطی است که در آن توانایی فرد برای دریافت و ارزیابی موثر اطلاعات یا برای برقراری ارتباط جهت تصمیم‌گیری مختل شده باشد، به‌گونه‌ای که فرد نمی‌تواند نیازهای اساسی مربوط به سلامت جسمی یا ایمنی خود را شخصاً برآورده کند. برآورده کردن نیازهای اساسی برای سلامت جسمی و ایمنی به معنای انجام اقداماتی است که جهت تأمین مراقبت‌های بهداشتی، غذا، سرپناه، لباس، بهداشت شخصی و سایر مراقبت‌ها ضروری است و بدون آنها احتمال بروز آسیب جدی جسمی یا بیماری وجود دارد.

**مدارک قابل قبول برای تأیید نسبت خانوادگی:**

- تأییدیه همخانگی بدون ازدواج رسمی
- گواهی رسمی تولد
- گواهی رسمی ازدواج
- سایر مدارک، به صلاحدید اداره مرخصی با حقوق اورگان، که توسط شخص ثالث مستقلی صادر شده و تأهل، همخانگی بدون ازدواج رسمی، والدین بودن یا سایر نسبت‌های خانوادگی بین متقاضی و شخصی که برای اقدام از طرف متقاضی درخواست می‌دهد را اثبات می‌کند.

**مدارک قابل قبول برای احراز هویت متقاضی از کارافتاده و شخصی که درخواست نمایندگی متقاضی را برای اقدام از طرف او دارد، شامل موارد زیر می‌شود:**

**توجه:** شما باید دو مدرک شناسایی اولیه یا یک مدرک اولیه و دو مدرک ثانویه برای خودتان و متقاضی که نماینده او خواهید بود، ارسال کنید. آنها باید تصاویر اسکن‌شده تمام‌رنگی و فایل PDF باشند.

**مدارک اولیه**

- گواهینامه رانندگی (یا جواز تعلیم) از یکی از ایالت‌ها یا قلمروهای ایالات متحده (گواهینامه منقضی‌شده که حداکثر ۱۲ ماه از تاریخ انقضای آن گذشته و سالم باشد، پذیرفته می‌شود).
- سایر کارت‌های شناسایی عکس‌دار صادرشده توسط دولت (باید یک سند دائمی عکس‌دار باشد. کارت شناسایی نظامی، مدارک موقت یا کاغذی پذیرفته نمی‌شوند).
- کارت شناسایی عکس‌دار صادرشده توسط ایالت (کارت شناسایی منقضی‌شده که حداکثر ۱۲ ماه از تاریخ انقضای آن گذشته و سالم باشد، پذیرفته می‌شود).
- گذرنامه ایالات متحده یا کارت گذرنامه ایالات متحده
- کارت اقامت دائم ایالات متحده (فرم I-551)
- کارت مجوز اشتغال صادرشده توسط USCIS (فرم I-766) (کارت شناسایی صادرشده توسط کارفرما پذیرفته نمی‌شود).
- گذرنامه خارجی
- کارت سلامت کهنه‌سربازان
- کارت مسافر قابل‌اعتماد DHS (برنامه‌های، SENTRI، Global Entry، NEXUS)
- گواهینامه رانندگی کانادا
- گواهی تابعیت (فرم N-550 یا N-570)
- کارت شناسایی ملی (فقط در صورت اقامت در خارج از ایالات متحده)
- کارت شناسایی عکس‌دار صادرشده توسط قبیله و مورد تأیید دولت فدرال
- ویزای غیرمهاجرتی صادرشده توسط وزارت امور خارجه ایالات متحده (بیش از پنج سال از تاریخ انقضای آن نگذشته باشد)
- ویزای مهاجرت موقت (I551) صادرشده توسط وزارت امور خارجه ایالات متحده (بیش از پنج سال از تاریخ انقضای آن نگذشته باشد)

**مدارک ثانویه (تصاویر اسکن‌شده تمام‌رنگی و فایل‌های PDF مدارک زیر به‌عنوان مدارک ثانویه قابل قبول هستند)**

- کارت تأمین اجتماعی
- گواهی تولد خارج از کشور برای اتباع ایالات متحده (FS-545)
- گواهی ثبت تولد خارج از کشور برای اتباع ایالات متحده (DS-1350)
- کارت امور سرخپوستان و بومیان شمالی کانادا
- کارت دانشجویی عکس‌دار کالج یا دانشگاه
- ریزنمرات کالج یا دانشگاه

- گزارش کنسولی تولد خارج از کشور برای اتباع ایالات متحده (FS-240)
- کارت بیمه سلامت ایالات متحده
- گواهی تولد ایالات متحده با مهر رسمی (نام و نام خانوادگی)
- فرم W-2
- فرم 1098
- کارت بیمه خودرو
- کارت عبور از مرز
- کارت دریانوردی بازرگانی گارد ساحلی ایالات متحده
- کارت شناسایی شهروندی ایالات متحده (فرم 197)
- مدارک ثانویه (باید کمتر از ۹۰ روز از صدور آنها گذشته باشد)
- قبض آب و برق (شامل شماره حساب، نام کامل و آدرس فعلی شما)
- صورت حساب پزشکی (شامل شماره حساب، نام کامل و آدرس فعلی شما)
- گواهی ترخیص از وزارت دفاع
- صورت حساب بیمه خودرو یا خانه
- نامه تأییدیه اقامت ایالتی
- مساعدت تغذیه تکمیلی
- گواهی دریافت کننده برنامه
- سند قبیله ای بومیان آمریکا
- فرم غیر از SSA-1099
- فرم SSA-1099
- کارت یا گواهی ثبت نام رأی دهندگان ایالات متحده یا قلمرو ایالات متحده
- گواهی دریافت کننده برنامه زنان، نوزادان و کودکان (WIC) پورتوریگو
- صورت حساب بانکی، وام یا موسسه مالی (شامل شماره حساب، نام کامل و آدرس فعلی شما؛ صادر شده توسط بانک)
- فیش حقوقی (شامل نام کامل، نام کارفرما یا شرکت، آدرس فعلی شما؛ باید فیش حقوقی واقعی باشد، نه چک حقوقی)

**فرم نماینده مجاز  
برای متقاضی از کارافتادگی**

<b>بخش الف - مشخصات متقاضی</b>	
نام:	نام خانوادگی:
شماره تأمین اجتماعی (SSN): _____ یا _____	
شماره شناسایی مالیاتی اشخاص حقیقی (ITIN): _____	
تاریخ تولد (سال/روز/ماه):	شماره تلفن:
آدرس فیزیکی:	آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن با آدرس فیزیکی):
آدرس ایمیل (اختیاری):	
<b>بخش ب - مشخصات نماینده مجاز</b>	
نام:	نام خانوادگی:
تاریخ تولد (سال/روز/ماه):	نسبت با متقاضی:
آدرس فیزیکی:	آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن با آدرس فیزیکی):
شماره تلفن:	آدرس ایمیل (اختیاری):
<b>بخش ج - تأییدیه و امضای نماینده مجاز متقاضی از کارافتاده</b>	
مدت اعتبار این مجوز (سال/روز/ماه): _____ / _____ / _____ لغایت: _____ / _____ / _____ (در صورت مشخص نبودن تاریخ پایان، آن را خالی بگذارید)	
<p>نحوه خاتمه وضعیت تأییدشده شما به عنوان نماینده مجاز متقاضی از کارافتاده:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مجوز شما به طور خودکار پایان می یابد (هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ وقتی متقاضی دیگر از کارافتاده نباشد، یا</li> <li>○ وقتی مزایای فعلی در یکسال متقاضی به پایان برسد</li> </ul> </li> <li>• اگر ظرف 30 روز از تاریخ تأیید خود به عنوان نماینده مجاز جهت دریافت مزایای مرخصی با حقوق برای متقاضی درخواست ندهید، مجوز شما پایان خواهد یافت.</li> <li>• در صورت فوت متقاضی، مجوز شما در تاریخ فوت به پایان می رسد.</li> </ul>	
<p>تأییدیه نماینده مجاز متقاضی از کارافتادگی: من به نفع متقاضی اقدام می کنم و هرگونه اطلاعاتی را که از طرف متقاضی از اداره مرخصی با حقوق اورگان دریافت می کنم، محرمانه نگه خواهم داشت. متوجه هستم زمانی که متقاضی دیگر از کارافتاده نباشد، اختیار من برای اقدام از طرف متقاضی پایان خواهد یافت. موافقت می کنم که ظرف سه روز تقویمی از اطلاع از اینکه متقاضی می تواند از طرف خود اقدام کند، به اداره مرخصی با حقوق اورگان اطلاع دهم.</p>	
امضای نماینده مجاز متقاضی از کارافتاده:	تاریخ: _____ / _____ / _____
شما باید این فرم را به صورت دستی امضا کنید. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.	

نام متقاضی:		SSN یا ITIN متقاضی:	
<b>بخش د - مشخصات و تأییدیه ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی</b>			
نام متقاضی:		تاریخ تولد: / /	
نام ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی:		عنوان:	
شماره مجوز گواهینامه (اختیاری):		ایالت یا کشور:	
حوزه مجوز یا حوزه فعالیت		تلفن:	
آدرس ایمیل (اختیاری):			
نام محل کار:			
آدرس:			
<input type="checkbox"/> من تعریف ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، وضعیت سلامتی جدی (ماده OAR 471-070-1000) و از کار افتادگی (ماده ORS 125.005) را مطالعه کرده‌ام.			
<p><b>تأییدیه ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی:</b> من با آگاهی از پیامدهای نقض عهد اعلام می‌کنم که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• متقاضی نامبرده در این فرم به دلیل وضعیت سلامتی جدی طبق تعریف ماده OAR 471-070-1000، از کار افتاده (ماده ORS 125.005) است.</li> <li>• متقاضی نمی‌تواند مراحل لازم برای دریافت مزایای اداره مرخصی با حقوق اورگان را تکمیل کند و نمی‌تواند نماینده‌ای را برای اقدام از طرف خود انتخاب نماید؛</li> <li>• من یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی هستم که طبق تعریف ماده OAR 471-070-1000 مجاز به تأیید بیماری متقاضی هستم و به دلیل از کار افتادگی متقاضی، او را درمان می‌کنم.</li> <li>• اطلاعات ارائه‌شده در این فرم صحیح و درست است.</li> </ul>			
امضای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی:		تاریخ: / /	
شما باید این فرم را به صورت دستی امضا کنید. از پذیرفتن امضاهای الکترونیکی معذوریم.			

**دستورالعمل‌ها برای  
درخواست مزایا**

شما می‌توانید با تکمیل این درخواست و ضمیمه کردن مدارک لازم جهت نوع مرخصی خود، برای مزایای Paid Leave Oregon درخواست دهید. ما توصیه می‌کنیم که قبل از تکمیل درخواست خود، در مورد کلیه الزامات و اجده شرایط بودن مزایا، اطلاعات کسب نمایید. شما می‌توانید این اطلاعات را در [paidleave.oregon.gov](http://paidleave.oregon.gov) بیابید یا از طریق شماره 833-854-0166 با ما تماس بگیرید.

شما می‌توانید درخواست خود را 30 روز قبل از تاریخ شروع مرخصی‌تان یا حداکثر 30 روز پس از این تاریخ ارسال نمایید. اگر به علت شرایط خارج از کنترل‌تان، امکان ارسال درخواست شما در این بازه زمانی 60 روزه وجود نداشته باشد، Paid Leave ممکن است این تقاضانامه را حداکثر تا یک سال پس از شروع مرخصی‌تان بپذیرد. اگر شرایط خارج از کنترلی داشته باشید، باید مدارکی را به Paid Leave ارسال کنید که علت تأخیر شما را توضیح دهد. Paid Leave این مدارک را بررسی کرده و در مورد آن تصمیم می‌گیرد.

سریع‌ترین و آسان‌ترین راه تشکیل پرونده برای مزایا، مشاهده وضعیت درخواست خود و مشاهده پرداخت‌های مزایای خود، ایجاد یک حساب Paid Leave Oregon در [frances.oregon.gov](http://frances.oregon.gov) است.

**صحت‌سنجی مرخصی**

شما باید از طریق ضمیمه کردن مدرک صحت‌سنجی مناسب، پیش‌آمد خاص زندگی خاص خود را تصدیق نمایید. Paid Leave با استفاده از این مدارک در مورد واجده شرایط بودن شما برای دریافت مزایا، بررسی مطابقت داشتن با نوع مرخصی درخواستی شما، محاسبه مبلغ مرخصی و همچنین بازه زمانی برای مطالبه مزایا، تصمیم گیری می‌کند. جهت دریافت فهرستی از مدارک صحت‌سنجی مورد قبول، به دفترچه راهنمای کارمندان ما در آدرس [paidleave.oregon.gov/resources/resources.html](http://paidleave.oregon.gov/resources/resources.html) مراجعه کنید. حتماً نسخه خوانایی از یک مدرک صحت‌سنجی مورد قبول را به این تقاضانامه ضمیمه کنید.

**اطلاعات درباره مزایای دیگر****بیمه بیکاری و غرامت کارگران، مزایای از دست دادن زمان کار**

در هر هفته‌ای که شما مزایای از دست دادن زمان کار در جبران خسارت کارگران یا مزایای بیمه بیکاری دریافت می‌کنید، نمی‌توانید برای آن هفته مزایای مرخصی با حقوق دریافت کنید.

مزایای از دست دادن زمان کار، مزایای جبران خسارت کارگران است که جایگزین دستمزد کارکنان می‌شود.

**به کمک و راهنمایی نیاز دارید؟**

این اطلاعات ضروری است • اداره کار اورگون ، یک آژانس با فرصت های برابری استخدامی است • اداره کار اورگون ، به شما کمک رایگان ارائه می دهد تا بتوانید از خدمات ما استفاده کنید • به عنوان مثال : زبان اشاره و مترجم برای زبانهای مختلف ، نشریات و مطالب نوشتاری به زبان‌های دیگر ، چاپ با حروف درشت ، به صورت صوتی و دیگر قالبها و فرمت‌های مختلف • برای دریافت کمک ، لطفاً با شماره تلفن (رایگان) ۸۳۳ ۸۵۴ ۰۱۶۶ تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا کم شنوا میتوانند با شماره ۷۱۱ تماس بگیرند • همچنین می‌توانید ایمیل یا رایانامه به این آدرس بفرستید

[access.paidleave@oregon.gov](mailto:access.paidleave@oregon.gov)

# درخواست برای مزایا



## شناسایی

شماره تأمین اجتماعی (SSN): \_\_\_\_\_ یا \_\_\_\_\_

شماره شناسایی مالیاتی فردی (ITIN): \_\_\_\_\_

نام کوچک قانونی:

نام میانی قانونی (اگر دارید):

نام خانوادگی قانونی:

نام ترجیحی:

نام‌هایی که کارفرما(های) فعلی یا قبلی شما، شما را با آنها می‌شناسند:

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): / /

گواهینامه رانندگی یا شماره شناسایی ایالتی (در صورت وجود):

ایالت صادرکننده:

ضمایر شما چیست؟ (همه مواردی که صدق می‌کند را انتخاب کنید)

او/به او/مال او (مرد)

او/به او/مال او (زن)

آنها/به آنها/مال آنها

ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

ترجیحی ندارم

ذکر نشده: \_\_\_\_\_

مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)

به چه زبانی تمایل دارید که خدمات ما را دریافت کنید؟

انگلیسی

اسپانیایی

ما پشتیبانی رایگان فراهم می‌کنیم تا بتوانید از خدمات ما بهره‌مند شوید. برخی از مثال‌ها عبارتند از: مترجمان زبان اشاره، مترجمان زبان گفتاری، مطالب نوشته شده به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، صوتی و قالب‌های دیگر.

آیا برای استفاده از خدمات ما به کمک نیاز دارید؟

بله

خیر

نام:		:SSN/ITIN	
<b>شناسایی (ادامه)</b>			
<p>بر اساس «قانون درآمد داخلی» و «قوانین اداری اورگان»، هنگامی که برای مزایای Paid Leave Oregon درخواست می‌کنید، لازم است که شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN) خود را ارائه دهید. شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN) شما یا شماره تأمین اجتماعی (SSN) شماست و یا شماره شناسایی فردی مالیات دهنده شما (ITIN). اداره استخدام اورگان (OED) جهت تأیید هویت شما و گزارش پرداخت‌های مزایای شما به «خدمات درآمد داخلی» و «سازمان درآمد اورگان» از آن استفاده می‌کند. اگر شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN) شما، شماره تأمین اجتماعی (SSN) باشد، اداره استخدام اورگان (OED) آن را از طریق «اداره تأمین اجتماعی» مورد تأیید قرار می‌دهد. اگر شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN) شما، شماره شناسایی فردی مالیات دهنده (ITIN) باشد، اداره استخدام اورگان (OED) ممکن است آن را از طریق «خدمات درآمد داخلی» مورد تأیید قرار دهد. اداره استخدام اورگان (OED) از شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN) شما به عنوان یک سابقه جهت پردازش مطالبه شما و برای اهداف آماری مربوط به Paid Leave Oregon استفاده می‌کند. این آمار، اطلاعات شخصی قابل شناسایی را در بر نخواهد داشت. اداره استخدام اورگان (OED) ممکن است از شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN) شما برای دریافت بدهی استفاده کند.</p>			
<b>اطلاعات تماس</b>			
آدرس ایمیل: _____			
<p><b>توجه:</b> اگر تمایل دارید که به صورت الکترونیکی از ما اطلاعات دریافت کنید، یک حساب کاربری Frances Online در آدرس <a href="http://frances.oregon.gov">frances.oregon.gov</a> ایجاد نمایید.</p>			
شماره تلفن اول		شماره تلفن دوم (اختیاری)	
<input type="checkbox"/> تلفن همراه		<input type="checkbox"/> تلفن همراه	
<input type="checkbox"/> تلفن منزل		<input type="checkbox"/> تلفن منزل	
<input type="checkbox"/> تلفن محل کار		<input type="checkbox"/> تلفن محل کار	
شماره تلفن: _____ - _____ (____)		شماره تلفن: _____ - _____ (____)	
<b>آدرس فیزیکی</b>			
خیابان خط اول:			
خیابان خط دوم:			
شماره واحد:		نوع واحد:	
شهر:		ایالت:	
کد پستی:		شهرستان:	
کشور:		گیرنده:	
<b>آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن از آدرس فیزیکی)</b>			
خیابان خط اول:			
خیابان خط دوم:			
شماره واحد:		نوع واحد:	
شهر:		ایالت:	
کد پستی:		شهرستان:	
کشور:		گیرنده:	

## نوع مرخصی و تاریخها

شما چه نوع مرخصی درخواست می‌کنید؟ (فقط برای یک مورد «بله» را انتخاب کنید)

**مرخصی دل‌بستگی.** آیا مرخصی خانوادگی می‌گیرید تا از کودک مراقبت کنید و در سال اول پس از تولد کودک یا سال اول پس از قرارگیری کودک از طریق سرپرستی موقت یا فرزندخواندگی با او پیوند برقرار کنید؟

بله  خیر

**مرخصی خانوادگی.** آیا مرخصی خانوادگی می‌گیرید تا از یکی از اعضای خانواده که دارای وضعیت جدی سلامت است مراقبت کنید؟

بله  خیر

**مرخصی درمانی.** آیا به دلیل بیماری جدی خودتان مرخصی پزشکی می‌گیرید؟  بله  خیر

**مرخصی ایمنی.** آیا به این دلیل که شما، فرزندتان یا افراد تحت تکفلتان از تجاوز جنسی، خشونت خانگی، آزار و اذیت، جرایم تعصب‌آمیز یا تعقیب و آزار جان سالم به در برده‌اید، مرخصی امن می‌گیرید؟  بله  خیر

**مرخصی پیش از استقرار.** آیا برای انجام فعالیت‌های ضروری پیش از فرزندخواندگی یک کودک یا پیوستن یک کودک سرپرستی به خانه‌تان، مرخصی پیش از استقرار می‌گیرید؟ (برای این نوع مرخصی باید به صورت متناوب مرخصی بگیرید. برای هر هفته‌ای که مرخصی می‌گیرید باید درخواست هفتگی ثبت کنید.)  بله  خیر

قصد دارید مرخصی خود را از چه تاریخی شروع کنید؟ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (ماه/روز/سال)

تاریخ پایان مرخصی درخواست‌شده چیست؟ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (ماه/روز/سال)

نام:		:SSN/ITIN	
<b>سوالات تکمیلی مربوط به نوع مرخصی</b>			
به سوالاتی که مربوط به نوع مرخصی انتخابی شما در قسمت بالاست، پاسخ دهید. همه انواع مرخصی دارای سوالات اضافی نمی باشند.			
<b>مرخصی مراقبت خانوادگی</b>			
برای مراقبت از کدام عضو خانواده مرخصی می‌گیرید؟ <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> نوه <input type="checkbox"/> پدربزرگ/مادربزرگ <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> خواهر/برادر <input type="checkbox"/> همسر یا شریک خانگی <input type="checkbox"/> سایر اگر «سایر» – لطفاً رابطه‌ای را توضیح دهید که معادل عضو خانواده است.			
<hr/> <hr/>			
<b>اطلاعات تماس فردی که از او مراقبت می‌کنید:</b>			
نام:			
نام خانوادگی:			
شماره تلفن:			
<b>آدرس شخصی که از او مراقبت می‌کنید:</b>			
خیابان خط اول:			
خیابان خط دوم:			
نوع واحد:		شماره واحد:	
شهر:		ایالت:	کد پستی:
شهرستان:			
نوع مراقبت یا حمایتی که برای عضو خانواده خود ارائه می‌دهید چیست؟ گزینه‌ای را انتخاب کنید که به بهترین نحو، در مورد شرایط شما صدق می‌کند.			
<input type="checkbox"/> حمایت یا آرامبخشی عاطفی <input type="checkbox"/> انجام هماهنگی‌های لازم برای مراقبت‌های پزشکی یا انجام سایر کارهای اداری <input type="checkbox"/> کمک پزشکی یا جسمی <input type="checkbox"/> حمل‌ونقل جهت مراقبت‌های درمانی <input type="checkbox"/> سایر اگر «سایر»، لطفاً توضیح دهید:			

**مرخصی ایمنی**

چه کسی نیاز به گرفتن مرخصی ایمنی دارد؟  خودم  کودک یا فرد تحت تکفل من

**توجه:** فرزند شما باید زیر 18 سال سن داشته باشد و اگر 18 سال یا بیشتر دارد، باید بزرگسال وابسته با معلولیت جسمی یا روانی باشد که توانایی او را برای زندگی مستقل محدود می‌کند.

لطفاً هدف/هدف‌های مرخصی ایمنی خود را انتخاب کنید. (گزینه (گزینه‌های) را انتخاب کنید که به بهترین وجه با شرایط شما مطابقت دارند.)

- برای دریافت کمک‌های قانونی یا انتظامی برای سلامت و ایمنی خود، فرزند یا افراد تحت تکفلتان، از جمله آماده شدن برای جلسات دادگاه و شرکت در آنها که مربوط به تجاوز جنسی، خشونت خانگی، آزار و اذیت، جرایم تعصب‌آمیز یا تعقیب و آزار و اذیت است،
- برای درمان پزشکی خود، فرزند یا افراد تحت تکفلتان یا برای بهبودی از آسیب‌های ناشی از تجاوز جنسی، خشونت خانگی، آزار و اذیت، جرایم تعصب‌آمیز یا تعقیب و گریز
- برای دریافت مشاوره برای خود، فرزندتان یا افراد تحت تکفلتان از یک متخصص سلامت روان دارای مجوز، به این دلیل که شما، فرزندتان یا افراد تحت تکفلتان بازمانده تجاوز جنسی، خشونت خانگی، آزار و اذیت، جرایم تعصب‌آمیز یا تعقیب و آزار و اذیت هستید
- برای دریافت خدمات برای خود، کودک یا فرد تحت تکفل از یک ارائه‌دهنده خدمات قربانیان، به این دلیل که شما، کودک یا فرد تحت تکفل قربانی تعرض جنسی، خشونت خانگی، آزار و اذیت، جرایم مبتنی بر تعصب یا تعقیب و مزاحمت هستید
- برای نقل مکان یا انجام اقداماتی جهت ایمن‌سازی محل سکونت فعلی برای حفاظت از خود یا حفظ سلامت و ایمنی کودک یا فرد تحت تکفل
- هیچکدام صدق نمی‌کند

**اطلاعات اشتغال**

اطلاعات کامل در مورد تمام مشاغلی که در بازه‌های زمانی زیر در اورگان داشته‌اید:

- در طول 18 ماه قبل از شروع مرخصی با حقوق
- در طول مدت گرفتن مرخصی با حقوق

**توجه:** اگر مرخصی شما شروع نشده است یا در میانه مرخصی با حقوق خود هستید، فقط مشاغلی را که تا تاریخ امروز داشته‌اید، ذکر کنید. اگر پوشش Paid Leave Oregon را انتخاب کرده‌اید، هرگونه کسب‌وکار خوداشتغالی را نیز وارد کنید.

همه این شغل‌ها را وارد کنید، حتی اگر:

- تو از همه آنها مرخصی نمی‌گیری
- یکی (یا بیشتر) از کارفرمایانتان طرح معادل دارند

**توجه:** اگر تمام کارفرمایان شما طرح‌های مرخصی با حقوق معادل خودشان را ارائه می‌دهند، همین‌جا متوقف شوید. شما باید از طریق طرح کارفرمای خود درخواست بدهید، نه از طریق Paid Leave Oregon.

شما باید تمام اطلاعات موردنیاز را برای هر شغل ارائه کنید.

کارفرمای شما (یا شما به عنوان یک کسب و کار آزاد اگر پوشش بیمه‌ای را انتخاب کرده‌اید) باید اطلاعات دستمزد شما را هر سه ماه یکبار ارسال کند. Paid Leave از این اطلاعات برای محاسبه مزایای هفتگی شما استفاده خواهد کرد. اگر نتوانیم دستمزد شما را مطابقت دهیم یا تأیید کنیم، برای اطلاعات بیشتر با شما تماس خواهیم گرفت.

نام:		:SSN/ITIN	
کارفرما شماره 1			
نام کسب و کار کارفرما:			
شماره شناسایی مالیات دهنده فدرال (FEIN):			
شماره شناسایی کسب و کار (BIN):			
نشانی کارفرما			
خیابان خط اول:			
خیابان خط دوم:			
نوع واحد:		شماره واحد:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:	شهرستان:
گیرنده:		کشور:	
نام شخص تماس در کارفرما:			
شماره تلفن تماس کارفرما:			
آدرس ایمیل تماس کارفرما:			
اطلاعات کار و مرخصی			
تاریخ استخدام: ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			
آیا هنوز برای این کارفرما کار می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر «خیر»، آخرین روز کار: ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			
تناوب پرداخت:			
<input type="checkbox"/> ساعتی		<input type="checkbox"/> پانزده روز یکبار	
<input type="checkbox"/> روزانه		<input type="checkbox"/> ماهانه	
<input type="checkbox"/> هفتگی		<input type="checkbox"/> سالانه	
<input type="checkbox"/> دو هفته‌ای (هر دو هفته یکبار)			
برای تعداد دفعات پرداختی که انتخاب کرده‌اید، میزان پرداختی شما چقدر است؟			
آیا از این کارفرما مرخصی گرفته‌اید یا قصد دارید مرخصی بگیرید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر از این کارفرما مرخصی می‌گیرید، معمولاً چند روز در هفته برای این کارفرما کار می‌کنید؟ یکی را دایره بکشید:			
7 6 5 4 3 2 1			
اگر از این کارفرما مرخصی می‌گیرید، آیا او را از مرخصی خود مطلع کرده‌اید؟			
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر «بله»، چه زمانی این کارفرما را مطلع کردید؟ ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			

نام:		:SSN/ITIN	
کارفرما شماره 2			
نام کسب و کار کارفرما:			
شماره شناسایی مالیات دهنده فدرال (FEIN):			
شماره شناسایی کسب و کار (BIN):			
نشانی کارفرما			
خیابان خط اول:			
خیابان خط دوم:			
نوع واحد:		شماره واحد:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:	شهرستان:
گیرنده:		کشور:	
نام شخص تماس در کارفرما:			
شماره تلفن تماس کارفرما:			
آدرس ایمیل تماس کارفرما:			
اطلاعات کار و مرخصی			
تاریخ استخدام: ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			
آیا هنوز برای این کارفرما کار می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر «خیر»، آخرین روز کار ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			
تناوب پرداخت:			
<input type="checkbox"/> ساعتی	<input type="checkbox"/> پانزده روز یکبار	<input type="checkbox"/> روزانه	<input type="checkbox"/> ماهانه
<input type="checkbox"/> هفتگی	<input type="checkbox"/> سالانه	<input type="checkbox"/> دو هفته‌ای (هر دو هفته یکبار)	
برای تعداد دفعات پرداختی که انتخاب کرده‌اید، میزان پرداختی شما چقدر است؟			
آیا از این کارفرما مرخصی گرفته‌اید یا قصد دارید مرخصی بگیرید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر از این کارفرما مرخصی می‌گیرید، معمولاً چند روز در هفته برای این کارفرما کار می‌کنید؟ یکی را دایره بکشید:			
7 6 5 4 3 2 1			
اگر از این کارفرما مرخصی می‌گیرید، آیا او را از مرخصی خود مطلع کرده‌اید؟			
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر «بله»، چه زمانی این کارفرما را مطلع کردید؟ ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			

نام:		:SSN/ITIN	
کارفرما شماره 3			
نام کسب و کار کارفرما:			
شماره شناسایی مالیات دهنده فدرال (FEIN):			
شماره شناسایی کسب و کار (BIN):			
نشانی کارفرما			
خیابان خط اول:			
خیابان خط دوم:			
نوع واحد:		شماره واحد:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:	شهرستان:
گیرنده:		کشور:	
نام شخص تماس در کارفرما:			
شماره تلفن تماس کارفرما:			
آدرس ایمیل تماس کارفرما:			
اطلاعات کار و مرخصی			
تاریخ استخدام: ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			
آیا هنوز برای این کارفرما کار می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر «خیر»، آخرین روز کار ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			
تناوب پرداخت:			
<input type="checkbox"/> ساعتی	<input type="checkbox"/> پانزده روز یکبار	<input type="checkbox"/> روزانه	<input type="checkbox"/> ماهانه
<input type="checkbox"/> هفتگی	<input type="checkbox"/> سالانه	<input type="checkbox"/> دو هفته‌ای (هر دو هفته یکبار)	
برای تعداد دفعات پرداختی که انتخاب کرده‌اید، میزان پرداختی شما چقدر است؟			
آیا از این کارفرما مرخصی گرفته‌اید یا قصد دارید مرخصی بگیرید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر از این کارفرما مرخصی می‌گیرید، معمولاً چند روز در هفته برای این کارفرما کار می‌کنید؟ یکی را دایره بکشید:			
7 6 5 4 3 2 1			
اگر از این کارفرما مرخصی می‌گیرید، آیا او را از مرخصی خود مطلع کرده‌اید؟			
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر «بله»، چه زمانی این کارفرما را مطلع کردید؟ ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)			

نام:		:SSN/ITIN	
خوداشتغالی شماره 1			
نام کسب و کار، در صورت وجود:			
شماره شناسایی مالیات دهنده فدرال (FEIN)، در صورت وجود:			
شماره شناسایی کسب و کار (BIN)، در صورت وجود:			
نشانی			
خیابان خط اول:			
خیابان خط دوم:			
نوع واحد:		شماره واحد:	
شهر:	ایالت:	کد پستی:	شهرستان:
گیرنده:		کشور:	
نام شخص تماس در کارفرما:			
شماره تلفن تماس کارفرما:			
آدرس ایمیل تماس کارفرما:			
اطلاعات کار و مرخصی			
اولین روز کار در این کسب و کار: _____ / _____ / _____ (ماه/روز/سال)			
آیا هنوز خوداشتغال هستید و در این کسب و کار کار می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر «خیر»، آخرین روز کار _____ / _____ / _____ (ماه/روز/سال)			
شغل: (عنوان شغلی)			
تناوب دریافت درآمد از کسب و کار:			
<input type="checkbox"/> ساعتی		<input type="checkbox"/> نیمه‌ماهانه (دو بار در ماه)	
<input type="checkbox"/> روزانه		<input type="checkbox"/> ماهانه	
<input type="checkbox"/> هفتگی		<input type="checkbox"/> سالانه	
<input type="checkbox"/> دو هفته‌ای (هر دو هفته یکبار)			
با توجه به فراوانی درآمدی که انتخاب کرده‌اید، درآمد خالص شما از این کسب و کار چقدر است؟			
آیا از این خوداشتغالی مرخصی گرفته‌اید یا قصد دارید مرخصی بگیرید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر از این کسب و کار مرخصی می‌گیرید، معمولاً چند روز در هفته در این			
کسب و کار کار می‌کنید؟ دور یک مورد را دایره بکشید: 7 6 5 4 3 2 1			

نام:	:SSN/ITIN
<b>کارفرمایان یا خوداشتغالی‌های اضافی</b>	
<input type="checkbox"/> اگر شغل‌های بیشتری یا خوداشتغالی بیشتری دارید، این گزینه را علامت بزنید. سپس فرم تکمیلی کارفرمایان را تکمیل کرده و پیوست کنید (این فرم را در وبسایت Paid Leave در نشانی <a href="http://paidleave.oregon.gov/resources/forms-and-checklists.html">paidleave.oregon.gov/resources/forms-and-checklists.html</a> پیدا کنید).	
<b>تمام اطلاعات کارفرما (و کسب‌وکار خوداشتغالی)</b>	
به طور میانگین در هر هفته چند روز برای تمام کارفرمایان خود در ایالت اورگان کار می‌کنید؟ اگر پوشش را انتخاب کرده‌اید، کار خود به عنوان فرد خوداشتغال را نیز شامل کنید. <b>توجه:</b> اگر درخواست خود را پس از شروع مرخصی ارسال می‌کنید، میانگین تعداد روزهایی را که در زمان شروع مرخصی در اورگان کار کرده‌اید، ذکر کنید. دور یک مورد را دایره بکشید: 7 6 5 4 3 2 1	
<b>مرخصی اضافی بارداری</b>	
این گزینه فقط در صورتی در دسترس است که شما مرخصی روابط خانوادگی یا مرخصی پزشکی بگیرید. آیا در حال حاضر باردار هستید یا در سال گذشته زایمان کرده‌اید و درخواست دو هفته مرخصی اضافی برای مسائل سلامت مربوط به بارداری، زایمان یا یک وضعیت پزشکی مرتبط دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر در حال حاضر باردار نیستید، لطفاً تاریخ پایان بارداری خود را ذکر کنید: ____ / ____ / ____ (ماه/روز/سال)	
<b>برنامه مرخصی</b>	
نوع برنامه مرخصی شما چیست؟ (فقط یکی را انتخاب کنید)	
<input type="checkbox"/> <b>برنامه مرخصی متناوب.</b> شما بین تاریخ شروع و پایان مرخصی خود مرخصی می‌گیرید، اما در این بازه زمانی، چند روز یا چند هفته نیز کار می‌کنید. ممکن است همزمان برای دو یا چند نوع مرخصی واجد شرایط باشید یا در حال گرفتن مرخصی پیش از واگذاری باشید. <b>توجه:</b> با انتخاب این گزینه، هر هفته که مرخصی می‌گیرید، باید یک فرم درخواست هفتگی برای ما ارسال کنید. شما باید فرم را ظرف 30 روز از پایان هر هفته‌ای که مرخصی می‌گیرید، برای ما ارسال کنید. اگر به تازگی مرخصی شما شروع شده، فرم درخواست هفتگی را همراه با درخواست خود ارسال کنید. برای اطلاعات بیشتر، دستورالعمل‌های فرم درخواست هفتگی را ببینید. برای درخواست این فرم با ما به شماره 833-854-0116 تماس بگیرید. برای ارسال سریع‌تر درخواست‌های هفتگی و مشاهده وضعیت آن‌ها، یک حساب Frances Online در <a href="http://frances.oregon.gov">frances.oregon.gov</a> ایجاد کنید.	
<input type="checkbox"/> <b>برنامه مرخصی پیوسته.</b> شما برای یک رویداد واجد شرایط در هر زمان مرخصی می‌گیرید و در مدت زمان تأیید شده مرخصی خود برای هیچ‌یک از کارفرمایان (یا خوداشتغالی) خود کار نمی‌کنید.	

نام:	:SSN/ITIN
<p>برای محاسبه مزایای خود، اطلاعات زیر را ارائه دهید. برای Paid Leave، یک هفته، از یکشنبه تا شنبه در نظر گرفته می‌شود.</p> <p>در هفته اولی که مرخصی خود را شروع می‌کنید، چند روز از رخصتی استحقاقی (Paid Leave) استفاده خواهید کرد؟</p> <p>دور یک مورد را دایره بکشید: 7 6 5 4 3 2 1</p> <p>در آخرین هفته مرخصی خود چند روز از رخصتی استحقاقی (Paid Leave) استفاده خواهید کرد؟</p> <p>دور یک مورد را دایره بکشید: 7 6 5 4 3 2 1</p>	
<b>مزایای دیگر</b>	
<p>آیا در طول مرخصی خود مزایای جبران خسارت کارگران را دریافت کرده‌اید یا انتظار دارید که دریافت کنید؟</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا در طول مرخصی خود مزایای بیمه بیکاری دریافت کرده‌اید یا انتظار دارید دریافت کنید؟</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	

نام:	:SSN/ITIN
<b>افشای داوطلبانه</b>	
<p>ما از پاسخ‌های شما در این بخش برای تصمیم‌گیری درباره درخواست شما استفاده خواهیم کرد. ما فقط از پاسخ‌های شما برای تحلیل داده‌های گروهی استفاده خواهیم کرد. برای کمک به درک بهتر جوامع مختلفی که خدمت‌رسانی می‌کنیم، شما را تشویق می‌کنیم به سؤالات اطلاعات جمعیت‌شناختی زیر پاسخ دهید. شما می‌توانید برای هر سؤال گزینه «ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم» را انتخاب کنید.</p>	
<p><b>وضعیت کهنه‌سربازی یا نظامی شما چیست؟ (یک گزینه انتخاب کنید)</b></p> <p><input type="checkbox"/> من کهنه‌سرباز نیروهای مسلح ایالات متحده، ذخیره نظامی یا گارد ملی هستم</p> <p><input type="checkbox"/> من عضو فعال نیروهای مسلح ایالات متحده، ذخیره نظامی یا گارد ملی هستم</p> <p><input type="checkbox"/> من کهنه‌سرباز نیستم یا وضعیت نظامی ندارم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p> <p><b>کدام یک از موارد زیر بهترین توصیف شماست؟ (همه مواردی که صدق می‌کند را انتخاب کنید)</b></p> <p><input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی، بومی آمریکا یا بومی آلاسکا</p> <p><input type="checkbox"/> آسیایی</p> <p><input type="checkbox"/> سیاه‌پوست یا آفریقایی‌تبار آمریکایی</p> <p><input type="checkbox"/> اسپانیایی‌تبار / لاتین / لاتینو/لاتین/لاتینکس</p> <p><input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام</p> <p><input type="checkbox"/> سفیدپوست</p> <p><input type="checkbox"/> خاورمیانه‌ای / شمال آفریقایی</p> <p><input type="checkbox"/> برای توصیف خودی انتخاب کنید:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p>	<p><b>بالاترین مدرک یا سطح تحصیلاتی که تکمیل کرده‌اید چیست؟ (یک گزینه انتخاب کنید)</b></p> <p><input type="checkbox"/> بدون تحصیل</p> <p><input type="checkbox"/> کمتر از دبیرستان</p> <p><input type="checkbox"/> بخشی از دبیرستان، بدون دیپلم</p> <p><input type="checkbox"/> فارغ التحصیل دبیرستان، شامل GED یا معادل آن</p> <p><input type="checkbox"/> مدرسه فنی، حرفه‌ای یا مهارتی</p> <p><input type="checkbox"/> مقداری آموزش دانشگاهی یا مدرک کاردانی</p> <p><input type="checkbox"/> مدرک کارشناسی</p> <p><input type="checkbox"/> مدرک کارشناسی ارشد</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p> <p><b>آیا شما دارای ناتوانی هستید؟ (یک گزینه انتخاب کنید)</b></p> <p>اگر ناتوانی جسمی، ذهنی و/یا رشدی یا مشکل پزشکی داشته باشید که به طور قابل ملاحظه‌ای یک فعالیت اصلی را محدود کند یا اگر پیش زمینه یا سابقه معلولیت یا مشکل پزشکی داشته باشید، به عنوان معلول در نظر گرفته می‌شوید. اگر شما به عنوان معلول شناخته می‌شوید، آن را نیز شامل می‌شود.</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p>

نام: :SSN/ITIN	نام:
<p><b>جنسیت شما چیست؟</b> (همه مواردی که صدق می‌کند علامت بزنید)</p> <p><input type="checkbox"/> فاقد جنسیت / بدون جنسیت</p> <p><input type="checkbox"/> نان‌باینری</p> <p><input type="checkbox"/> زن / دختر</p> <p><input type="checkbox"/> مرد / پسر</p> <p><input type="checkbox"/> جنسیت دیگری که ذکر نشده است. لطفاً مشخص کنید:</p>	<p><b>آیا شما اسپانیایی‌تبار، لاتینو/لاتینا/لاتینکس، یا اسپانیایی هستید؟</b></p> <p>(یک پاسخ را انتخاب کنید)</p> <p><input type="checkbox"/> بله، من اسپانیایی‌تبار / لاتینو/لاتینا/لاتینکس یا اسپانیایی هستم</p> <p><input type="checkbox"/> خیر، من اسپانیایی‌تبار / لاتینو/لاتینا/لاتینکس یا اسپانیایی نیستم</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p>
<p><input type="checkbox"/> بلا تکلیف / در حال بررسی</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> من نمی‌دانم که منظور این سؤال چیست</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p>	<p><b>جنس بیولوژیکی شما چیست؟</b> (یک پاسخ را انتخاب کنید)</p> <p><input type="checkbox"/> زن / مؤنث</p> <p><input type="checkbox"/> مرد / مذکر</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p>
<p><b>گرایش جنسی یا هویت جنسی خود را چگونه توصیف می‌کنید؟</b> (همه مواردی که صدق می‌کند علامت بزنید)</p> <p><input type="checkbox"/> بی‌جنس‌گرا</p> <p><input type="checkbox"/> دوجنس‌گرا</p> <p><input type="checkbox"/> مرد همجنس‌گرا</p> <p><input type="checkbox"/> زن همجنس‌گرا</p> <p><input type="checkbox"/> همه جنس‌گرا</p> <p><input type="checkbox"/> کوئیر</p> <p><input type="checkbox"/> بلا تکلیف / در حال بررسی</p> <p><input type="checkbox"/> عشق به همجنس</p> <p><input type="checkbox"/> عشق به جنسیت مشابه</p> <p><input type="checkbox"/> دگرجنس‌گرا (جذب عمدتاً یا فقط به جنس(ها) یا سکس(های) دیگر)</p> <p><input type="checkbox"/> گرایش جنسی دیگری که ذکر نشده است. لطفاً مشخص کنید:</p>	<p><b>آیا شما ترنسجندر هستید؟</b> (یک پاسخ را انتخاب کنید)</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بلا تکلیف / در حال بررسی</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> من نمی‌دانم که منظور این سؤال چیست</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p>
<p><input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم</p> <p><input type="checkbox"/> من نمی‌دانم که منظور این سؤال چیست</p> <p><input type="checkbox"/> مطمئن نیستم (برای نماینده مجاز)</p>	

نام:

:SSN/ITIN

### دریافت مزایای شما

در صورت تأیید، تمایل دارید که چگونه پرداخت‌های مزایا را دریافت کنید؟ (فقط یکی را انتخاب کنید)

#### واریز مستقیم

حساب جاری

حساب پس انداز

موسسه مالی: \_\_\_\_\_

شماره مسیریابی بانک» \_\_\_\_\_

شماره حساب: \_\_\_\_\_

لطفاً برای تأیید انتخاب واریز مستقیم به عنوان روش پرداخت خود، مربع زیر را علامت بزنید:

من به برنامه مرخصی با حقوق اداره اشتغال اورگان (Paid Leave Oregon) اجازه می‌دهم که مبلغ

مزایا را به صورت الکترونیکی به موسسه مالی ذکر شده در بالا واریز کند. من همچنین به موسسه مالی نامبرده اجازه می‌دهم این پرداخت را بپذیرد و به حسابی که در بالا ذکر کرده‌ام واریز نماید.

من درک می‌کنم که این اجازه جایگزین هر اجازه قبلی می‌شود و تا زمانی که اطلاعیه کتبی لغو را به Paid Leave Oregon ارسال کنم، یا یک سال از آخرین باری که درخواست ثبت کرده‌ام بگذرد، معتبر خواهد بود.

من درک می‌کنم که اگر پرداخت مزایای من نتواند به حساب اعلام شده در موسسه مالی فوق واریز شود، پرداخت مزایای من به طور خودکار از طریق کارت ReliaCard® بانک U.S. Bank انجام خواهد شد. من اطلاعات افشای ReliaCard® پیوست شده را قبل از انتخاب روش پرداخت خود مرور کرده‌ام.

#### کارت نقدی (ReliaCard®).

**توجه:** اگر در گذشته از طریق ReliaCard® مزایای مرخصی با حقوق دریافت کرده‌اید، Paid Leave Oregon از همان ReliaCard® برای این درخواست استفاده خواهد کرد. لطفاً اگر به کارت جدید نیاز دارید به Paid Leave اطلاع دهید.

من اطلاعات افشای ReliaCard® پیوست شده را بررسی کرده‌ام.

### انتخاب کسر مالیات

تمایل دارید که چگونه مالیات‌های شما از پرداخت‌های مزایا کسر شود؟

من می‌خواهم که هر دو مالیات 10 درصد فدرال و 8 درصد مالیات بر درآمد شخصی ایالتی من از پرداخت‌های مزایای من کسر شود.

من می‌خواهم فقط 10 درصد از پرداخت‌های مزایای من برای مالیات بر درآمد شخصی فدرال کسر شود.

من می‌خواهم فقط 8 درصد از پرداخت‌های مزایای من برای مالیات بر درآمد شخصی ایالتی کسر شود.

من نمی‌خواهم از پرداخت‌های مزایای من، مالیات کسر شود.

نام:	:SSN/ITIN
<p><input type="checkbox"/> من گواهی می‌کنم که با آگاهی از مجازات‌های قانونی، اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام به بهترین دانش و باورم صحیح و درست است. من متوجه هستم که قانون، مجازات‌هایی را برای اظهارات نادرست جهت دریافت موفقیت‌آمیز مزایا از طریق Paid Leave Oregon در نظر گرفته است. با امضای زیر، من برای دریافت مزایای Paid Leave Oregon درخواست می‌کنم.</p> <p>من به Paid Leave Oregon اجازه می‌دهم اطلاعات مرتبط با درخواست من را در اختیار کارفرمایانم قرار دهد، از جمله اما نه محدود به، اطلاعات مربوط به درخواست مرخصی من؛ تایید یا رد درخواست؛ تاریخ‌ها، مدت و تعداد دفعات مرخصی؛ و مبلغ مزایای هفتگی من.</p> <p>من به Paid Leave Oregon اجازه می‌دهم اطلاعات مرتبط با درخواست مرخصی با حقوق من را در اختیار ارائه دهندگان خدمات درمانی قرار دهد.</p> <p>من متوجه هستم که باید هرگونه تغییر در اطلاعات ارائه شده در این درخواست، از جمله تاریخ و میزان مرخصی و تغییرات در شغلم را به اداره Paid Leave Oregon اطلاع دهم.</p>	
امضا:	تاریخ (ماه/روز/سال):
امضای نماینده تعیین شده توسط مطالبه کننده:	تاریخ (ماه/روز/سال):
نام نماینده تعیین شده توسط مطالبه کننده (خوانا بنویسید):	
امضای نماینده مجاز یک مطالبه کننده ناتوان یا متوفی:	تاریخ (ماه/روز/سال):
نام نماینده مجاز یک مطالبه کننده ناتوان یا متوفی (خوانا بنویسید):	
<p>توجه: پیش از آنکه بتوانیم درخواست یا اطلاعات دیگری از طرف شما بپذیریم، باید از اداره مجوز داشته باشید که به عنوان نماینده تعیین شده مطالبه کننده یا نماینده مجاز اقدام کنید. فرم‌های درخواست این وضعیت در وبسایت ما موجود است.</p>	
<p>نبودن اطلاعات یا مدارک لازم ممکن است باعث تاخیر در بررسی درخواست مزایای شما شود.</p> <p>درخواست تکمیل شده و کلیه مدارک مورد نیاز خود را به ایمیل زیر ارسال کنید:</p> <p style="text-align: center;"><b>Attn: Paid Leave Oregon</b>  <b>Oregon Employment Department</b>  <b>875 Union St NE</b>  <b>Salem, OR 97311</b></p>	

U.S. Bank ReliaCard® Pre-Acquisition Disclosure  
 نام برنامه: Oregon State Government Programs

برخی از اطلاعات و خدمات ممکن است فقط به زبان انگلیسی در دسترس باشند.

شما درباره زمان دریافت پرداخت‌های خود شامل واریز مستقیم به حساب بانکی با این کارت پیش پرداختی، حق انتخاب دارید. از آژانس خود بخواهید گزینه‌های موجود را به شما بگوید تا یکی را انتخاب کنید.			
هزینه ماهیانه	بابت خرید	برداشت از عبورست	بارگذاری نقدی مجدد
\$0	\$0	\$0 درون شبکه \$*2.00 خارج شبکه	N/A
درخواست موجودی از عبوربانک (در شبکه با خارج از شبکه)		0\$	
خدمات مشتری (نماینده ماشینی یا زنده)		0\$ به ازای هر تماس	
عدم فعالیت (بعد از 365 روز بدون تراکنش)		2.00\$ در ماه	
ما 3 نوع کارمزد دیگر دریافت می‌کنیم. یکی از آنها:			
تراکنش بین‌المللی		3%	
<p>* این هزینه می‌تواند بسته به روش و مکان استفاده از کارت متفاوت باشد. در رابطه با روش‌های رایگان دسترسی به اطلاعات وجوه و موجودی خود، جدول هزینه بیوست را ببینید.</p> <p>شده سرویس اضافه پرداختی/عبور. وجوه شما واجد شرایط بیمه FDIC است.</p> <p>برای دریافت اطلاعات عمومی درباره حساب‌های از پیش پرداخت شده، از <a href="http://cfpb.gov/prepaid">cfpb.gov/prepaid</a> (به انگلیسی) بازدید کنید. جزئیات و شرایط کلیه هزینه‌ها و خدمات را در داخل بسته کارت ببینید یا با شماره 1-855-282-6161 تماس بگیرید یا به <a href="http://usbankreliacard.com">usbankreliacard.com</a> (به زبان انگلیسی) مراجعه کنید.</p>			

CR-36991804

هزینه ها	مبلغ	جزئیات
<b>دریافت پول نقد</b>		
برداشت از عابریانک یا خودپرداز (داخل شبکه)	\$0	این هزینه ما برای هر برداشت است. «داخل شبکه» به معنی شبکه های عابریانک U.S. Bank با MoneyPass® است. مکان ها را می توانید در <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (به انگلیسی) یا <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (به انگلیسی) ببینید.
برداشت از عابریانک یا خودپرداز (خارج از شبکه)	\$2.00	این هزینه ما برای هر برداشت است. در 2 برداشت اول ماهانه هزینه لغو شده است که شامل برداشتهای ATM (خارج از شبکه) و برداشتهای ATM بین المللی است. «خارج از شبکه» به معنی همه عابریانک های خارج از شبکه های U.S. Bank با MoneyPass است. ممکن است حتی در صورت عدم تکمیل یک تراکنش، بابت استفاده از اپراتور عابریانک مشمول هزینه شوید.
برداشت نقدی از طریق متصدی باجه	\$0	این هزینه برداشت نقدی از کارت از طریق یک متصدی باجه در بانک با اتحادیه اعتباری است که Visa® را قبول می کند.
<b>اطلاعات</b>		
درخواست موجودی از عابریانک یا خودپرداز (در شبکه)	\$0	این هزینه ما برای هر درخواست است. «داخل شبکه» به شبکه عابریانک U.S. Bank با MoneyPass گفته می شود. مکان ها را می توانید در <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (به انگلیسی) یا <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (به انگلیسی) ببینید.
درخواست موجودی از عابریانک (خارج از شبکه)	\$0	این هزینه هر درخواست است. «خارج از شبکه» به معنی همه عابریانک های خارج از شبکه های U.S. Bank یا MoneyPass است. ممکن است اپراتور عابریانک نیز هزینه ای از شما دریافت کند.
<b>استفاده از کارتتان در خارج از ایالات متحده</b>		
تراکنش بین المللی	3%	این هزینه زمانی اعمال می شود که شما از کارت خود برای خرید در پذیرنده های خارجی و برداشت نقدی از عابریانک های خارجی استفاده می کنید و درصدی از مبلغ دلاری تراکنش بعد از تبدیل ارز است. حتی اگر شما و/یا پذیرنده یا خودپرداز در داخل ایالات متحده باشید، طبق قوانین شبکه، بعضی تراکنش ها، تراکنش خارجی محسوب می شوند و ما کنترلی بر روش طبقه بندی این پذیرنده ها، عابریانک ها و تراکنش ها نداریم.
برداشت از خودپرداز بین المللی	\$2.00	این هزینه ما برای هر برداشت است. در 2 برداشت اول ماهانه هزینه لغو شده است که شامل برداشتهای ATM (خارج از شبکه) و برداشتهای ATM بین المللی است. ممکن است حتی در صورت عدم تکمیل یک تراکنش، بابت استفاده از اپراتور عابریانک مشمول هزینه شوید.
<b>سایر</b>		
جابگیری کارت	\$0	این هزینه ما برای کارت جایگزین ارسال توسط پست از طریق پست عادی است (تا 10 روز کاری).
تحويل فوری کارت جایگزین	\$15.00	این هزینه تحويل فوری (تا 3 روز کاری) است که علاوه بر هزینه جابگیری کارت دریافت می شود.
عدم فعالیت	\$2.00	این هزینه ای است که هر ماه بعد از عدم تکمیل تراکنش با استفاده از کارت به مدت 365 متوالی اعمال می شود.

اگرچه این مطلب به زبان فارسی ارائه شده است، پرو مکتوبات U.S. Bank و اسناد مربوط به توافقنامه ها، اسنادهای اثناء اعلامیه ها و میانه ها، خدمات بانکاری اینترنتی و همراه فقط به زبان انگلیسی در دسترس است. شما باید قادر به خواندن و تفهیم این اسناد باشید یا برای ترجمه آنها کمک بگیرید تا این محصول با خدمات را فهمیده و استفاده کنید. اسناد انگلیسی حسب درخواست موجود هستند.

وجوه شما واجد شرایط بیمه FDIC است. وجوه شما در U.S. Bank National Association، یک موسسه تحت بیمه FDIC نگهداری شده و در صورت قصور U.S. Bank تا 250000 دلار بیمه دارند. برای دریافت جزئیات [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](http://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) (به زبان انگلیسی) ببینید.

فقد سرویس اضافه برداشت/اعتبار

با خدمات دارنده کارت از طریق تماس (Contact Cardholder Services by calling) با شماره 1-855-282-6161، از طریق پست در P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255، [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com) (به انگلیسی) مراجعه کنید.

(برای دریافت اطلاعات عمومی درباره حساب های از پیش پرداخت شده، به [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid) مراجعه کنید). اگر شکایتی درباره یک حساب از پیش پرداخت شده دارید، با Consumer Financial Protection Bureau به شماره 1-855-411-2372 تماس گرفته یا به [cfpb.gov/complain](http://cfpb.gov/complain) (به زبان انگلیسی) مراجعه کنید.

CR-36991804