



ຄໍາແນະນໍາ ແລະ ລາຍຊື່ເອກະສານ ຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງ ທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົວເອງໄດ້

ຊຸດເອກະສານນີ້ໃຊ້ໄດ້ກັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການອະນຸຍາດໃຫ້ປະຕິບັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົວເອງໄດ້ ເພື່ອຈຸດປະສົງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຈ້າງໃນລັດ Oregon.

ທ່ານສາມາດສົ່ງຊຸດເອກະສານໄດ້ໃນໜຶ່ງວິທີຕໍ່ໄປນີ້:

- ໃຊ້ແບບຟອມ ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ ຂອງພວກເຮົາທີ່ frances.oregon.gov
- ສົ່ງແບບຟອມທີ່ສໍາເລັດແລ້ວ ແລະ ເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນທັງໝົດໄປທີ່:

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

ເພື່ອຫຼີກເວັ້ນການຊັກຊ້າ, ກະລຸນາສົ່ງເອກະສານ ແລະ ແບບຟອມທີ່ຈໍາເປັນທັງໝົດມາພ້ອມກັນ. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ ເອກະສານການຮຽກຮ້ອງທັງໝົດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການພາຍໃນ 30 ມື້ນັບຈາກມື້ອະນຸມັດໃບຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງເລີ່ມຂະບວນການຄືນໃໝ່.

ໝາຍເຫດ: ຂຶ້ນກັບສະຖານະການຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຊ້ແບບຟອມທັງໝົດໃນຊຸດເອກະສານນີ້. ຕົວຢ່າງ, ຖ້າຜູ້ຮຽກຮ້ອງໄດ້ຢືນສະໝັກຂໍລາພັກທີ່ຮ້ອງຂໍທັງໝົດແລ້ວ, ທ່ານຈະບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສົ່ງໃບຮ້ອງຂໍ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່ paidleave.oregon.gov ຫຼື ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ 833-854-0166 (ໂທພຣີ). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711.

ຊຸດເອກະສານສໍາລັບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົວເອງໄດ້

ໃບສະໝັກຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ກະລຸນາແບບເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້:

1. ແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົວເອງໄດ້ທີ່ເຮັດສໍາເລັດແລ້ວ ເຊິ່ງປະກອບມີຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ໃບຢັ້ງຢືນທີ່ຢືນຢັນວ່າຜູ້ຮຽກຮ້ອງບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົວເອງໄດ້
ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານມີຈິດໝາຍຈາກສານທີ່ມອບອໍານາດ ຫຼື ໃບມອບອໍານາດ , ທ່ານສາມາດສົ່ງໃບມອບອໍານາດອັນໜຶ່ງແທນແບບຟອມນີ້ໄດ້.
2. ແບບຟອມເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຢ່າງໜ້ອຍສອງແບບຟອມສໍາລັບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ເບິ່ງແບບຟອມສໍາລັບຄໍາແນະນໍາ)
3. ແບບຟອມເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຢ່າງໜ້ອຍສອງແບບຟອມສໍາລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງ (ເບິ່ງແບບຟອມສໍາລັບຄໍາແນະນໍາ)
4. ເອກະສານທີ່ພິສູດຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ແລະ ຜູ້ຮຽກຮ້ອງ

(ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ຖ້າການເປັນຕົວແທນໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຜ່ານການດໍາເນີນຄະດີທາງກົດໝາຍ).

ໃບສະໜັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ (ຖ້າຜູ້ຮຽກຮ້ອງຍັງບໍ່ທັນໄດ້ສະໜັກຂໍຜົນປະໂຫຍດລາພັກທັງໝົດ)

1. ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງທີ່ສໍາເລັດແລ້ວ
2. ແບບຟອມຍັ້ງຍືນການລາພັກ (ຕົ້ມໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດອື່ນໆ)



ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້

ສ່ວນທີ 1: ຂໍແນະນຳໂດຍທົ່ວໄປ

ກະລຸນາອອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນຊີດ້ວຍຕົນເອງໃນແບບຟອມນີ້ ຫາກ **ທ່ານເປັນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້** ເນື່ອງຈາກມີສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ, ແລະ ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ນັ້ນເພື່ອດຳເນີນການແທນພວກເຂົາ.

ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ຫາກທ່ານເປັນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນ ORS 657B.010. ທ່ານສາມາດອ່ານຄຳນິຍາມຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວໄດ້ໃນສ່ວນທີ 3 ຂອງຄຳແນະນຳ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ທີ່ປິ່ນປົວຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເນື່ອງຈາກສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ຈະຕ້ອງເຊັນຊີໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອຢືນຢັນສະພາວະທາງສຸຂະພາບ ທີ່ຮຸນແຮງຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.

ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດອໍເຣກອນ (Paid Leave Oregon) ອາດຈະສົນທະນາການຮ້ອງຂໍການພັກຜ່ອນທີ່ຈ່າຍໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ຍັງຄ້າງຢູ່ກັບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ສິ່ງນີ້ຈະເປັນການໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ພວກເຮົາໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນຈາກບັນທຶກຂອງພວກເຮົາ ເຊິ່ງປົກກະຕິແລ້ວຈະເປັນຂໍ້ມູນລັບ. ສິ່ງນີ້ລວມເຖິງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ຂໍ້ມູນ:

- ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດໃດໆທີ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫຼື ຈະໄດ້ຮັບ
- ທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບສະໝັກເບື້ອງຕົ້ນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ
- ກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈໃດໆທີ່ກຳລັງລໍຖ້າການພິຈາລະນາ ຫຼື ທີ່ໄດ້ອອກແລ້ວ ເຊິ່ງພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການຕໍ່ການຮຽກຮ້ອງສິດ

ມັນຍັງເປັນການໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ Paid Leave, ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນ ເພື່ອ:

- ປະກອບແບບຟອມສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ
- ຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍສິດປະໂຫຍດໃໝ່ໃຫ້ໃຈດ
- ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ແລະ ປະກົດຕົວຢູ່ໃນການພິຈາລະນາຄະດີຕໍ່ໜ້າຫ້ອງການພິຈາລະນາຄະດີດ້ານການບໍລິຫານໃນນາມຂອງໃຈດ

ການລາພັກແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ (Paid Leave) ຈະຮັບຮູ້ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພຽງຄົນດຽວຕໍ່ໃຈດໃນແຕ່ລະຄັ້ງ. ພວກເຮົາຈະບໍ່ຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂໍຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫາກມີຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ຈັດການຊັບສິນທີ່ສາມແຕ່ງຕັ້ງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ດຳເນີນການແທນຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດແລ້ວ. ສິ່ງນີ້ຍັງລວມເຖິງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ໄດ້ມອບອຳນາດ ໃຫ້ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງດຳເນີນການແທນພວກເຂົາສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງ Paid Leave Oregon.

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການທັງໝົດ.
ຂໍ້ມູນທີ່ຂາດຫາຍໄປອາດເຮັດໃຫ້ການດຳເນີນການຕາມຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຊັກຊ້າລົງ. ລາຍເຊັນໃນແບບຟອມນີ້ຕ້ອງຂຽນດ້ວຍມື. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.

ຖ້າທ່ານພ້ອມທີ່ຈະຍື່ນໃບສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດໃນນາມຂອງໃຈດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນໄດ້ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມນີ້.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານ, ໃນຖານະເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ແມ່ນບຸກຄົນດຽວທີ່ສາມາດຍື່ນໃບສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດໃນນາມຂອງໃຈດໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວນີ້ມີຄວາມສໍາຄັນຢ່າງຍິ່ງ. Oregon Employment Department (OED) ເຊິ່ງເປັນອົງການສະໜອງໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ. OED ຈະສະໜອງການຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ. ບາງຕົວຢ່າງແມ່ນພາສາມື ແລະ ພາສາເວົ້າ, ເອກະສານຂຽນເປັນພາສາອື່ນໆ, ພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆ. To get help, please call 833-854-0166 (toll-free). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງອີເມວໄປຫາ access.paidleave@oregon.gov.

ສ່ວນທີ 2: ຄໍາແນະນໍາໃນການກອກແບບຟອມ

ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນພາກ A, B ແລະ C ຂອງແບບຟອມນີ້. ມອບພາກ D ໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເປັນຜູ້ກອກຂໍ້ມູນ.

- **ພາກ A:** ກອກຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນີ້ດ້ວຍ ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.
- **ພາກ B:** ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນພາກນີ້ດ້ວຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.
- **ພາກ C:** ກອກຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນີ້ດ້ວຍວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການມອບອໍານາດ. ກະລຸນາປະຊ່ອງວັນທີສິ້ນສຸດການມອບອໍານາດໄວ້ວ່າງ ຫາກທ່ານບໍ່ຮູ້ວັນທີສິ້ນສຸດສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.
- ການມອບອໍານາດຈະສິ້ນສຸດລົງໂດຍອັດຕະໂນມັດເມື່ອ:
 - ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດບໍ່ຢູ່ໃນສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ອີກຕໍ່ໄປ
 - ປິດເຫງ່າການຮັບຜິດປະໂຫຍກບັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດສິ້ນສຸດລົງ
- ຫາກທ່ານບໍ່ສົ່ງໃບສະໝັກຂໍຮັບຜິດປະໂຫຍດ Paid Leave ພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີພາກສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອະນຸມັດໃຫ້ທ່ານເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.
- ໃນກໍລະນີທີ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເສຍຊີວິດ, ການມອບອໍານາດຈະສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີ່ເສຍຊີວິດ. ທ່ານຈະຕ້ອງກອກຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ເຊັ່ນຊື່ **ດ້ວຍລາຍມື**, ແລະ ລົງວັນທີໃນສ່ວນນີ້. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນ ອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.
- **ພາກ D:** ກະລຸນາແຈ້ງຄໍານິຍາມໃນສ່ວນທີ 3 ຂອງ ຄໍາແນະນໍາ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດຊາບ. ໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດກອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັ່ນຊື່ **ດ້ວຍລາຍມື** ໃນສ່ວນນີ້ເພື່ອຢືນຢັນສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.
- ແນບເອກະສານທີ່ຢືນຢັນຄວາມສໍາພັນທາງຄອບຄົວຂອງທ່ານກັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ແລະ ເອກະສານທີ່ສະແດງຕົວຕົນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດລວມທັງຕົວຕົນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານສາມາດອ່ານລາຍການເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ເຊິ່ງທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ເຂົ້າໃນຈຸດປະສົງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ໃນສ່ວນທີ 4.
- ທ່ານຈະຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມນີ້ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆທີ່ຈໍາເປັນໃຫ້ແກ່ Paid Leave Oregon. ທ່ານສາມາດສົ່ງພວກມັນ ທາງອີເລັກໂທຣນິກຜ່ານແບບຟອມ **ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ** ທີ່ frances.oregon.gov ຫຼື ທາງໄປສະນີໄປທີ່ທີ່ຢູ່ນີ້:

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

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ:

- ກວດສອບຄຳນິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ, ແລະ ສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ໃນ ສ່ວນທີ 3 ຂອງ ຄຳແນະນ.
- ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນໃນພາກ D ຂອງ ແບບຟອມນີ້ ແລະ ເຊັນຊີ້ **ດ້ວຍລາຍມື**, ພ້ອມທັງລົງວັນທີໃນສ່ວນນີ້.
 - ໃນການກອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນຊີ້ໃນສ່ວນນີ້, ທ່ານກຳລັງຢືນຢັນວ່າຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ:
 - ຢູ່ໃນສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ເນື່ອງຈາກສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ (OAR 471-070-1000),
 - ບໍ່ສາມາດສະໜັກຂໍຮັບຜົນປະໂຫຍດ Paid Leave Oregon ໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ, ແລະ
 - ບໍ່ສາມາດເລືອກຕົວແທນເພື່ອດຳເນີນການແທນພວກເຂົາໄດ້.
 - ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.
- ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມທີ່ກອກຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນຊີ້ແລ້ວຄືນໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ຮ້ອງຂໍເປັນຕົວແທນ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້. ພວກເຂົາຈະເປັນຜູ້ສົ່ງແບບຟອມນີ້ໃຫ້ແກ່ Paid Leave Oregon.

ສ່ວນທີ 3: ຄຳນິຍາມ

ຄຳນິຍາມຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ

ORS 657B.010 ກຳນົດຄຳນິຍາມຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວໄວ້ດັ່ງນີ້:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ຄູ່ລົມລົດຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ; • ບຸດຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງບຸດ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ; • ບົດາມານດາຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງບົດາມານດາ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ; • ອ້າຍນ້ອງ ຫຼື ອ້າຍນ້ອງຕ່າງບົດາມານດາຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງອ້າຍນ້ອງ ຫຼື ອ້າຍນ້ອງຕ່າງບົດາມານດາ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ; | <ul style="list-style-type: none"> • ປູ່ຍ່າຕາຍຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງປູ່ຍ່າຕາຍ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ; • ຫຼານຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄູ່ລົມລົດຂອງຫຼານ ຫຼື ຄູ່ຄອງຊີວິດ; • ຄູ່ຄອງຊີວິດຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ; ຫຼື • ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນທາງສາຍເລືອດ ຫຼື ໂດຍການແຕ່ງດອງ ເຊິ່ງມີຄວາມສຳພັນທີ່ໃກ້ຊິດກັບບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງທຽບເທົ່າກັບຄວາມສຳພັນທາງຄອບຄົວ. |
|--|---|

ຄຳນິຍາມຂອງ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ

OAR 471-070-1000 ກຳນົດຄຳນິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບວ່າແມ່ນ ຢ່າງໃດຢ່າງໜຶ່ງດັ່ງນີ້:

(ກ) ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຕົກໃນການໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ກ່ອນ ຫຼື ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາຂອງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ, ເຊິ່ງເປັນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຍິ້ງຢືນໃຫ້ປະກອບວິຊາຊີບຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ປະເທດທີ່ພວກເຂົາປະຕິບັດງານ, ເຊິ່ງກຳລັງປະຕິບັດງານພາຍໃຕ້ຂອບເຂດຂອງໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ໃບຍິ້ງຢືນວິຊາຊີບຂອງບຸກຄົນນັ້ນ, ແລະ ເປັນ:

- ແພດຈັດກະດູກ (ສະເພາະໃນຂອບເຂດທີ່ແພດຈັດກະດູກໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ປະກອບດ້ວຍ ຍການຈັດກະດູກສັນຫຼັງດ້ວຍມື ເພື່ອແກ້ໄຂສະພາວະຂໍ້ກະດູກເຄື່ອນທີ່ພິສູດໄດ້ວ່າມີຢູ່ຈິງໂດຍການສາຍ ເອັກຊະເລ)
- ທັນຕະແພດ
- ໜ່ວຍແຍ ທີ່ໄດ້ຮັບການຍິ້ງຢືນໂດຍກົງ
- ແພດທຳມະຊາດບຳບັດ
- ພະຍາບານ ວິຊາຊີບ
- ພະຍາບານວິຊາຊີບທີ່ມີຄວາມຊ່ຽວຊານ ດ້ານການຜະດຸງຄົ້ນ
- ແພດສາຍຕາ
- ແພດ
- ຜູ້ຊ່ວຍ ແພດ
- ນັກຈິດຕະວິທະຍາ
- ພະຍາບານ ຈິດທະບຽນ
- ນັກສັງຄົມສົງເຄາະທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການກຳ ກັບດູແລ (ຫຼື)

(b) ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຫຼັກໃນການປິ່ນປົວຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ໂດຍຜ່ານວິທີການທາງຈິດວິນຍານພຽງຢ່າງດຽວ ກ່ອນ ຫຼື ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາຂອງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ຜູ້ປະຕິບັດຕາມຫຼັກຄຣິສຕຽນໄຊເອັນສ.

ຄຳນິຍາມຂອງ ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ

OR 471-070-1000 ກຳນົດຄຳນິຍາມຂອງ “ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ” ໄວ້ດັ່ງນີ້:

ພະຍາດ, ການບາດເຈັບ, ຄວາມບົກຜ່ອງ, ຫຼື ສະພາວະທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງພວກເຂົາ ທີ່:

- ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລແບບຄົນເຈັບພາຍໃນໃນສະຖານພະຍາບານ ເຊັ່ນ ໂຮງໝໍ, ສະຖານເບິ່ງແຍງຜູ້ປ່ວຍໄລຍະສູດທ້າຍ, ຫຼື ສະຖານ ສົງເຄາະ ເຊັ່ນ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່, ເຮືອນພັກພື້ນ ຫຼື ສູນບຳບັດຜູ້ຕິດສານເສບຕິດແບບຄົນເຈັບພາຍໃນ
- ຕາມການວິນິດໄສທາງການແພດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ປິ່ນປົວເຫັນວ່າ ມີອັນຕະລາຍເຖິງແກ່ຊີວິດຢ່າງກະທັນຫັນ, ຫຼື ເປັນການພະຍາກອນໂລກໃນໄລຍະສູດທ້າຍທີ່ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ສົມເຫດສົມຜົນວ່າຈະເສຍຊີວິດໃນອະນາຄົດອັນໃກ້
- ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລຢ່າງສະໝໍ່າສະເໝີ ຫຼື ຕໍ່ເນື່ອງ, ລວມທັງການດູແລຢູ່ເຮືອນທີ່ດຳເນີນການໂດຍຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້. “ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້” ແມ່ນການບໍ່ສາມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ວຽກງານທີ່ສຳຄັນຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງ, ຫຼື ບໍ່ສາມາດໄປໂຮງຮຽນ ຫຼື ປະຕິບັດກິດຈະວັດປະຈຳວັນຕາມປົກກະຕິໄດ້ເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າສາມວັນປະຕິທິນຕິດຕໍ່ກັນ. ໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ລວມເຖິງການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນໃນຄັ້ງຕໍ່ໆມາ ຫຼື ໄລຍະເວລາການຟື້ນຟູທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາວະດຽວກັນນັ້ນ. ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຈະຕ້ອງກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ໃດຂໍ້ໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 - ການປິ່ນປົວສອງຄັ້ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ
 - ການປິ່ນປົວໜຶ່ງຄັ້ງ ບວກກັບແຜນການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ
- ສິ່ງຜົນໃຫ້ເກີດໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ຫຼື ການປິ່ນປົວສຳລັບສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງແບບຊື່ເຮື້ອ ທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວເປັນໄລຍະໆຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ເຊິ່ງດຳເນີນໄປເປັນເວລາດົນນານ, ແລະ ອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ເປັນບາງຄັ້ງຄາວ ແທນທີ່ຈະເປັນແບບຕໍ່ເນື່ອງ ເຊັ່ນ ພະຍາດຫຼັດ, ເບົາຫວານ, ຫຼື ລົມບ້ຳໝູ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ແບບຖາວອນ ຫຼື ໄລຍະຍາວ ເນື່ອງຈາກສະພາວະທີ່ການປິ່ນປົວອາດຈະບໍ່ໄດ້ຜົນ ເຊັ່ນ ພະຍາດອັນໄຊເມີ (Alzheimer’s), ພະຍາດຫຼອດເລືອດສະໝອງຮຸນແຮງ, ຫຼື ໄລຍະສູດທ້າຍຂອງໂລກໄພໄຂ້ເຈັບ. ພະນັກງານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຕ້ອງຢູ່ພາຍໃຕ້ການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ແຕ່ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງກຳລັງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວແບບທີ່ຍັງດຳເນີນຢູ່
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວຫຼາຍຄັ້ງສຳລັບການຜ່າຕັດຕິບແຕ່ງ ຫຼື ສຳລັບສະພາວະຕ່າງໆ ເຊັ່ນ ການໃຫ້ເຄມີບຳບັດສຳລັບມະເຮັງ, ກາຍະພາບບຳບັດສຳລັບພະຍາດຂ້ອກເສບ, ຫຼື ການຟອກໄຕສຳລັບພະຍາດໄຕ ເຊິ່ງຫາກບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວກໍອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າສາມວັນປະຕິທິນ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງຄວາມທຸບພົນລະພາບໃດໆ ເນື່ອງຈາກການຖືພາ, ການເກີດລູກ, ການແທ້ງລູກ ຫຼື ການຕາຍຄອດ, ຫຼື ໄລຍະເວລາ ຂອງການຂາດວຽກເພື່ອຮັບ ການດູແລກ່ອນເກີດ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງການຂາດວຽກໃດໆ ເພື່ອບໍລິຈາກສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງຂອງຮ່າງກາຍ, ອະໄວຍະວະ, ຫ ແພຈຸລັງ, ລວມທັງການບໍລິການກ່ອນການຜ່າຕັດ ຫຼື ການວິນິດໄສ, ການຜ່າຕັດ, ການປິ່ນປົວຫຼັງການຜ່າຕັດ, ແລະ ການຟື້ນຟູ

ຄຳນິຍາມຂອງ ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້

ອີງຕາມ ORS 125.005 (5), “ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້” (Incapacitated) ໝາຍເຖິງ ສະພາວະທີ່ຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນການຮັບຮູ້ ແລະ ປະເມີນຂໍ້ມູນຢ່າງມີປະສິດທິພາບ ຫຼື ໃນການສື່ສານເພື່ອຕັດສິນໃຈມັນມີຄວາມບົກຜ່ອງຈົນເຖິງຂັ້ນທີ່ບຸກຄົນນັ້ນຂາດຄວາມສາມາດໃນການຕອບສະໜອງຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນສຳລັບສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມປອດໄພຂອງບຸກຄົນນັ້ນໃນປັດຈຸບັນ. “ການຕອບສະໜອງຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນສຳລັບສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ແລະ ຄວາມປອດໄພ” ໝາຍເຖິງ ການດຳເນີນການຕ່າງໆທີ່ຈຳເປັນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບ, ອາຫານ, ທີ່ພັກອາໄສ, ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ, ສຸຂະອະນາໄມສ່ວນຕົວ ແລະ ການດູແລອື່ນໆ ເຊິ່ງຫາກຂາດສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ໄປ ກໍອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດການບາດເຈັບທາງຮ່າງກາຍທີ່ຮຸນແຮງ ຫຼື ຄວາມເຈັບປ່ວຍໄດ້.

ສ່ວນທີ 4: ເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້

ເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ສໍາລັບການຍືນຍັນຄວາມສໍາພັນ ທາງຄອບຄົວ:

- ໃບແຈ້ງການການເປັນຄູ່ຄອງຊີວິດ ທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ
- ໃບຢັ້ງຢືນການແຕ່ງງານທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ
- ເອກະສານອື່ນໆ, ຕາມການພິຈາລະນາຂອງ Paid Leave Oregon, ທີ່ອອກໂດຍບຸກຄົນທີສາມທີ່ເປັນອິດສະຫຼະ ເຊິ່ງຍືນຍັນການແຕ່ງດອງ, ການເປັນຄູ່ຄອງຊີວິດ, ຄວາມເປັນບິດາມານດາ ຫຼື ຄວາມສໍາພັນທາງຄອບຄົວອື່ນໆລະຫວ່າງ ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສະໜັກເພື່ອດໍາເນີນການແທນຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ.

ເອກະສານທີ່ຍອມຮັບໄດ້ເພື່ອຍືນຍັນຕົວຕົນຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສະໜັກເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເພື່ອດໍາເນີນການແທນພວກເຂົາ ລວມມີ:

ໝາຍເຫດ: ທ່ານຈະຕ້ອງຍືນຍັນເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຫຼັກສອງສະບັບ ຫຼື ເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຫຼັກໜຶ່ງສະບັບ ແລະ ເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນສໍາຮອງສອງສະບັບ ສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ແລະ ສໍາລັບຜູ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ທ່ານເປັນຕົວແທນ. ເອກະສານເຫຼົ່ານັ້ນຈະຕ້ອງແມ່ນການສະແດງແບບສື່ຄືບຸກຄົນ ແລະ ເປັນໄຟລ໌ PDF.

ເອກະສານຫຼັກ

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ໃບຂັບຂີ່ (ຫຼື ໃບອະນຸຍາດຮຽນ) ຈາກລັດ ຫຼື ເຂດແດນຂອງສະຫະລັດ (ພວກເຮົາຈະຍອມຮັບ ໃບຂັບຂີ່ທີ່ໝົດອາຍຸ ຖ້າໃບຂັບຂີ່ໝົດອາຍຸພາຍໃນ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ຍັງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຢູ່.) • ບັດປະຈໍາຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍອ້ອນໆອອກໂດຍລັດຖະບານ (ຕ້ອງເປັນເອກະສານຖ່າວອນທີ່ມີຮູບຖ່າຍ). ບັດປະຈໍາຕົວທະຫານ, ເອກະສານຊົ່ວຄາວ ຫຼື ເອກະສານທີ່ເປັນເຈ້ຍ.) • ບັດປະຈໍາຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍອອກໂດຍລັດ (ພວກເຮົາຈະຍອມຮັບບັດປະຈໍາຕົວທີ່ໝົດອາຍຸ ຖ້າມັນໝົດອາຍຸພາຍໃນ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ຍັງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຢູ່.) • ໜັງສືຜ່ານແດນສະຫະລັດ ຫຼື ບັດໜັງສືຜ່ານແດນສະຫະລັດ • ບັດ ຜູ້ຢູ່ອາໄສຖ່າວອນໃນສະຫະລັດ (I-551) • ບັດອະນຸຍາດເຮັດວຽກ (I-766) ທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍ USCIS (ບໍ່ແມ່ນບັດປະຈໍາຕົວທີ່ອອກໂດຍນາຍຈ້າງ) • ໜັງສືຜ່ານແດນຕ່າງປະເທດ | <ul style="list-style-type: none"> • ບັດສຸຂະພາບທະຫານຜ່ານເສິກ • ບັດນັກທ່ອງທ່ຽວທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ຂອງ DHS (ການເຂົ້າທົ່ວໂລກ, NEXUS, SENTRI) • ໃບຂັບຂີ່ຂອງຄົນການາດາ • ໃບຢັ້ງຢືນການເປັນສັນຊາດ (ແບບຟອມ N-550 ຫຼື N-570) • ບັດປະຈໍາຕົວປະຊາຊົນ (ສະເພາະກໍລະນີທີ່ອາໄສຢູ່ນອກສະຫະລັດອາເມລິກາເທົ່ານັ້ນ) • ບັດປະຈໍາຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກລັດຖະບານກາງ ແລະ ອອກໂດຍລົດເຜົ່າ • ວີຊາທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນເຂົ້າມືອງທີ່ອອກໂດຍສະຫະລັດອາເມລິກາ ກະຊວງການຕ່າງປະເທດ (ບໍ່ໝົດອາຍຸເກີນຫ້າປີ) • ວີຊາຊົ່ວຄາວ (I551) ທີ່ອອກໂດຍສະຫະລັດອາເມລິກາ ກະຊວງການຕ່າງປະເທດ (ບໍ່ໝົດອາຍຸເກີນຫ້າປີ) |
|--|--|

ເອກະສານສໍາຮອງ (ເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດສະແດງເປັນສື່ເຕັມຮູບແບບ ແລະ PDF ເປັນເອກະສານສໍາຮອງໄດ້)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ບັດປະກັນສັງຄົມ • U.S. ການເກີດຂອງສະຫະລັດຕ່າງປະເທດ (FS-545) • U.S. ຂອງການລາຍງານການເກີດໃນສະຫະລັດ(DS-1350) | <ul style="list-style-type: none"> • ບັດເລື່ອງກ່ຽວກັບຊາວອິນເດຍ ແລະ ພາກເໜືອຂອງການາດາ • ບັດປະຈໍາຕົວຕິດຮູບຂອງນັກສຶກສາວິທະຍາໄລ ຫຼື ມະຫາວິທະຍາໄລ • ໃບຄະແນນຜົນການຮຽນລະດັບວິທະຍາໄລ ຫຼື ມະຫາວິທະຍາໄລ |
|--|---|

- U.S. ກົງສຸນເລື່ອງການເກີດຢູ່ຕ່າງປະເທດຂອງສະຫະລັດ (FS-240)
- ບັດປະກັນສຸຂະພາບຂອງສະຫະລັດ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດຂອງສະຫະລັດພ້ອມດ້ວຍຕາປະທັບຢ່າງເປັນທາງການ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ)
- ແບບຟອມ W-2
- ແບບຟອມ 1098
- ບັດປະກັນໄພລົດຍົນ
- ບັດຜ່ານແດນ
- U.S. ພັດທະນາເດີນເຮືອຂອງໜ່ວຍຍາມຜັງ
- U.S. ບັດປະຈຳຕົວປະຊາຊົນ (I-197)

- ໃບຢັ້ງຢືນການປ່ອຍຕົວຂອງ DOD
- ໃບລາຍງານປະກັນໄພລົດຍົນ ຫຼື ເຮືອນ
- ໃບຢັ້ງຢືນການຢູ່ອາໄສຂອງລັດ
- ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານໄພຊະນາການເພີ່ມເຕີມ
- ໃບຢັ້ງຢືນ ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກໂຄງການ
- ເອກະສານຊົນເຜົ່າເພີ່ມເຕີມຂອງອາເມລິກາ
- ແບບຟອມທີ່ບໍ່ແມ່ນ SSA-1099
- ແບບຟອມ SSA-1099
- ບັດ ຫຼື ໃບຢັ້ງຢືນການລົງທະບຽນຜູ້ມີສິດເລືອກຕັ້ງຂອງສະຫະລັດ ຫຼື ເຂດແດນຂອງສະຫະລັດ
- ໃບຢັ້ງຢືນຜູ້ຮັບໃບຢັ້ງຢືນແມ່ຍິງ, ເດັກອ່ອນ ແລະ ເດັກນ້ອຍ (WIC) ຂອງເປີໂຕຣິໂກ

ເອກະສານສໍາຮອງ (ຕ້ອງມີອາຍຸບໍ່ເກີນ 90 ມື້)

- **ໃບບັນຄ່ານໍ້າຄ່າໄພ** (ສະແດງເລກທີ່ບັນຊີ, ຊື່ເຕັມ ແລະ ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ)
- **ໃບບັນທາງການແພດ** (ສະແດງເລກທີ່ບັນຊີ, ຊື່ເຕັມ ແລະ ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ)
- **ໃບລາຍງານຂອງທະນາຄານ, ເງິນກູ້ ຫຼື ສະຖາບັນການເງິນ** (ສະແດງເລກທີ່ບັນຊີ, ຊື່ເຕັມ ແລະ ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ ທີ່ອອກໂດຍທະນາຄານ)
- **ໃບຮັບເງິນ** (ສະແດງຊື່ເຕັມ, ຊື່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ຊື່ບໍລິສັດ, ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ, ຕ້ອງເປັນໃບຮັບເງິນຕົວຈິງ, ບໍ່ແມ່ນເງິນເດືອນ)

ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ:	ໝາຍເລກ SSN ຫຼື ITIN ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ:
ພາກ D – ຂໍ້ມູນ ແລະ ການຍື່ນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ	
ຊື່ຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ:	ວັນເດືອນປີເກີດ: / /
ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ:	ຕໍາແໜ່ງ:
ເລກໃບອະນຸຍາດ (ຖ້າມີ):	ລັດ ຫຼື ປະເທດ:
ຂົງເຂດໃບອະນຸຍາດ ຫຼື ຂົງເຂດການປະຕິບັດງານ	ໂທລະສັບ:
ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ບໍ່ຈໍາເປັນ):	
ຊື່ທຸລະກິດ:	
ທີ່ຢູ່:	
<input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານຄໍານິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ສະພາວະທາງສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ (OAR 471-070-1000), ແລະ ສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ (ORS 125.005).	
ການຍື່ນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ: ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງການໃຫ້ການເທັດວ່າ: <ul style="list-style-type: none"> ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດທີ່ມີລາຍຊື່ໃນແບບຟອມນີ້ ແມ່ນຢູ່ໃນສະພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ (ORS 125.005) ເນື່ອງຈາກມີສະພາວະທາງ ສຸຂະພາບທີ່ຮຸນແຮງ ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນ OAR 471-070-1000. ຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດບໍ່ສາມາດສໍາເລັດຂັ້ນຕອນທີ່ຈໍາເປັນໃນການສະໜັກຂໍຮັບຜົນປະໂຫຍດ Paid Leave Oregon ແລະ ບໍ່ສາມາດເລືອກຕົວແທນເພື່ອດໍາເນີນການແທນພວກເຂົາໄດ້; ຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ໃນການຍື່ນສະພາວະຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດ ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນ OAR 471-070-1000 ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງປັບປຸງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດເນື່ອງຈາກສະພາວະການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໄດ້ຂອງພວກເຂົາ. ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. 	
ລາຍເຊັນ ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ:	ວັນທີ: / /
ທ່ານຕ້ອງເຊັນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍຕົນເອງ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຍອມຮັບລາຍເຊັນອີເລັກໂທຣນິກໄດ້.	

ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນໄດ້ໂດຍການປະກອບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້ ແລະ ລວມທັງເອກະສານທີ່ເໝາະສົມສຳລັບປະເພດຂອງການລາພັກຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາແນະນຳໃຫ້ຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທັງໝົດກ່ອນທີ່ຈະປະກອບຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໃຫ້ສຳເລັດ. ທ່ານສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້ທີ່ paidleave.oregon.gov ຫຼື ໂດຍການໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 833-854-0166.

ທ່ານສາມາດສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ 30 ວັນກ່ອນວັນລົ້ມຕົ້ນການລາພັກຂອງທ່ານ, ຫຼື ສູງສຸດ 30 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີນີ້.

ຖ້າສະຖານະການຢູ່ນອກການຄວບຄຸມຂອງທ່ານບ້ອງກັນບໍ່ໃຫ້ທ່ານສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາ 60 ວັນນີ້, ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງອາດຈະຍອມຮັບເອົາໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານເຖິງໜຶ່ງປີ ຫຼັງຈາກການລົ້ມຕົ້ນການລາພັກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານປະສົບກັບສະຖານະການທີ່ຢູ່ນອກການຄວບຄຸມຂອງທ່ານ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງເອກະສານໄປຫາການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເພື່ອອະທິບາຍສາເຫດຂອງການຊັກຊ້າ. ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈະກວດເບິ່ງເອກະສານຂອງທ່ານ ແລະ ເຮັດການຕັດສິນໃຈ.

ວິທີທີ່ໄວທີ່ສຸດ ແລະ ງ່າຍທີ່ສຸດໃນການຍື່ນຂໍຜົນປະໂຫຍດ, ເບິ່ງສະຖານະຂອງການອ້າງສິດຂອງທ່ານ ແລະ ເບິ່ງການຊຳລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານແມ່ນໂດຍການສ້າງບັນຊີການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນທີ່ frances.oregon.gov.

ການຍື່ນການລາພັກ

ທ່ານຕ້ອງສະແດງການຍື່ນສຳລັບເຫດການຊີວິດສະເພາະຂອງທ່ານໂດຍການລວມເອົາເອກະສານຍື່ນທີ່ເໝາະສົມ. ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງໃຊ້ເອກະສານນີ້ ເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ກົງກັບຄຳນິຍາມຂອງປະເພດຂອງການລາພັກທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ ແລະ ຄິດໄລ່ຈຳນວນການລາພັກຊັ້ນດຽວກັນກັບໄລຍະເວລາທີ່ທ່ານສາມາດອ້າງສິດຜົນປະໂຫຍດໄດ້. ເບິ່ງຄູ່ມືພະນັກງານຂອງພວກເຮົາໄດ້ທີ່ paidleave.oregon.gov/resources/resources.html ສຳລັບບັນຊີລາຍຊື່ຂອງເອກະສານຍື່ນທີ່ຍອມຮັບໄດ້. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ລວມເອົາສຳເນົາທີ່ຖືກຕ້ອງຂອງເອກະສານຍື່ນທີ່ຍອມຮັບກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້.

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆ

ປະກັນໄພຫວ່າງງານ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດການເສຍເວລາການຊົດເຊີຍແຮງງານ

ຢູ່ໃນອາທິດໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດການເສຍເວລາການຊົດເຊີຍແຮງງານ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດປະກັນໄພຫວ່າງງານ, ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງສຳລັບອາທິດນັ້ນ. ຜົນປະໂຫຍດການເສຍເວລາແມ່ນຜົນປະໂຫຍດການຊົດເຊີຍແຮງງານທີ່ປ່ຽນແທນຄ່າແຮງງານຂອງພະນັກງານ.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຂໍ້ມູນນີ້ສຳຄັນຫຼາຍທີ່ສຸດ. ພະແນກການຈ້າງງານຂອງລັດໄອເອກອນ (OED) ແມ່ນອົງການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ. OED ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອທ່ານສາມາດໃຊ້ການບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ບາງຕົວຢ່າງແມ່ນຜູ້ແປພາສາມື ແລະ ພາສາເວົ້າ, ອຸປະກອນເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ເປັນພາສາອື່ນ, ຕົວເລິມໃຫຍ່, ສຽງ ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆ. ເພື່ອຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໂທຫາ 833-854-0166 (ໂທພຣີ). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງອີເມວຫາ access.paidleave@oregon.gov.

ການລະບຸຕົວຕົນ

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN): _____ ຫຼື

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍພາສີສ່ວນບຸກຄົນ (ITIN): _____

ຊື່ຕາມກົດໝາຍ:

ຊື່ກາງຕາມກົດໝາຍ (ຖ້າມີ):

ນາມສະກຸນຕາມກົດໝາຍ:

ຊື່ທີ່ມັກ:

ບອກຊື່ນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນ ຫຼື ອະດີດຂອງທ່ານຮູ້ຈັກທ່ານໂດຍ:

ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ): / /

ໝາຍເລກໃບຂັບຂີ່ ຫຼື ບັດປະຈຳຕົວລັດ (ຖ້າທ່ານມີ):

ລັດທີ່ອອກໃຫ້:

ຄຳແທນນາມຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? (ກະລຸນາເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

 ລາວ/ລາວ/ຂອງລາວ ນາງ/ນາງ/ຂອງນາງ ພວກເຂົາ/ພວກເຂົາ/ຂອງພວກເຂົາ ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ ບໍ່ມີຄວາມມັກ ບໍ່ໄດ້ເຮັດເປັນລາຍການໄວ້: _____ ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ)

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາເປັນພາສາໃດ?

 ອັງກິດ ສະເປນ

ພວກເຮົາໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອທ່ານສາມາດໃຊ້ການບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ບາງຕົວຢ່າງແມ່ນ: ຜູ້ແປພາສາມື ແລະ ແປພາສາເວົ້າ, ອຸປະກອນເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ເປັນພາສາອື່ນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງ ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆ.

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອໃຊ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາບໍ?

 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່:

SSN/ITIN:

ການລະບຸຕົວຕົນ (ຕໍ່)			
<p>ເມື່ອທ່ານສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໂອເຣກອນ, ກົດໝາຍລາຍຮັບພາຍໃນ ແລະ ກົດລະບຽບບໍລິຫານຂອງລັດໂອເຣກອນຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານໃຫ້ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍພາສີ (TIN). TIN ຂອງທ່ານແມ່ນໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN) ຫຼື ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍພາສີສ່ວນບຸກຄົນ (ITIN). ພະແນກການຈ້າງງານຂອງລັດໂອເຣກອນ (OED) ໃຊ້ມັນເພື່ອຢືນຢັນຕົວຕົນຂອງທ່ານ ແລະ ລາຍງານການລ່າລະເງິນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານກັບບໍລິການລາຍຮັບພາຍໃນ ແລະ ພະແນກລາຍຮັບຂອງລັດໂອເຣກອນ. ຖ້າ TIN ຂອງທ່ານແມ່ນ SSN, OED ຈະຢືນຢັນມັນກັບອົງການປະກັນສັງຄົມ. ຖ້າ TIN ຂອງທ່ານແມ່ນ ITIN, OED ອາດຈະຢືນຢັນມັນກັບການບໍລິການລາຍຮັບພາຍໃນ. OED ໃຊ້ TIN ຂອງທ່ານເປັນບັນທຶກສໍາລັບການປະມວນຜົນການອ້າງສິດຂອງທ່ານ ແລະ ສໍາລັບຈຸດປະສົງທາງສະຖິຕິທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໂອເຣກອນ. ສະຖິຕິເຫຼົ່ານີ້ຈະບໍ່ລວມເອົາຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້. OED ອາດຈະໃຊ້ TIN ຂອງທ່ານເພື່ອເກັບໜີ້ສິນ.</p>			
ຂໍ້ມູນຕົວຕໍ່			
ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____			
ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາທາງອີເລັກໂທຣນິກ, ກະລຸນາສ້າງບັນຊີອອນລາຍ Frances ທີ່ frances.oregon.gov .			
ເປີໂທລະສັບທີ 1 <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບມືຖື <input type="checkbox"/> ເປີໂທລະສັບບ້ານ <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບທຸລະກິດ ເປີໂທລະສັບ: (____) ____ - _____	ເປີໂທລະສັບທີ 2 (ທາງເລືອກ) <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບມືຖື <input type="checkbox"/> ເປີໂທລະສັບບ້ານ <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບທຸລະກິດ ເປີໂທລະສັບ: (____) ____ - _____		
ທີ່ຢູ່ຕົວຈິງ			
ຖະໜົນແຖວ 1:			
ຖະໜົນແຖວ 2:			
ປະເພດຫົວໜ່ວຍ:		ເລກຫົວໜ່ວຍ:	
ເມືອງ:	ລັດ:	ລະຫັດໄປສະນີ:	ຄາວຕີ້:
ສິ່ງເຖິງ:		ປະເທດ:	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ຕົວຈິງ)			
ຖະໜົນແຖວ 1:			
ຖະໜົນແຖວ 2:			
ປະເພດຫົວໜ່ວຍ:		ເລກຫົວໜ່ວຍ:	
ເມືອງ:	ລັດ:	ລະຫັດໄປສະນີ:	ຄາວຕີ້:
ສິ່ງເຖິງ:		ປະເທດ:	
ຊື່:	SSN/ITIN:		

ປະເພດການລາພັກ ແລະ ວັນທີ

ທ່ານກຳລັງຂໍການລາພັກປະເພດໃດ? (ເລືອກ “ແມ່ນແລ້ວ” ໃສ່ອັນໜຶ່ງເທົ່ານັ້ນ)

ການລາພັກຕາມພັນທະ. ທ່ານກຳລັງຈະລາພັກວຽກຄອບຄົວເພື່ອເບິ່ງແຍງ ແລະ ສ້າງຄວາມສຳພັນກັບລູກໃນປີທຳອິດຫຼັງເກີດຂອງເດັກ ຫຼື ໃນໄລຍະປີທຳອິດຫຼັງຈາກການຈັດວາງເດັກໂດຍຜ່ານການດູແລແບບອຸປະຖຳ ຫຼື ການເອົາລູກມາລ້ຽງບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ການລາພັກວຽກຄອບຄົວ.

ທ່ານກຳລັງຈະລາພັກວຽກຄອບຄົວເພື່ອໄປເບິ່ງແຍງສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຮ້າຍແຮງບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ການລາພັກທາງການແພດ.

ທ່ານກຳລັງຈະລາພັກທາງການແພດສຳລັບສະພາບສຸຂະພາບທີ່ຮ້າຍແຮງຂອງທ່ານເອງບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ການລາພັກເພື່ອຄວາມບອດໄພ. ທ່ານກຳລັງຈະລາພັກເພື່ອຄວາມບອດໄພບໍ່ເພາະວ່າທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບທ່ານເປັນຜູ້ລອດຊີວິດຈາກການລ່ວງລະເມີດທາງເພດ, ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ, ການຂົ່ມເຫັງ, ອາຊະຍາກຳທີ່ບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼື ການຖືກສະກົດຮອຍຕາມ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ການລາພັກກ່ອນການຈັດວາງ. ທ່ານກຳລັງການລາພັກກ່ອນການຈັດວາງເດັກໃນສະຖານລູກເດັກແບບອຸປະຖຳ ຫຼື ການເອົາເດັກມາລ້ຽງ ຫຼື ມີເດັກອຸປະຖຳມາຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່?

(ທ່ານຕ້ອງລາພັກຕາມການກຳນົດເວລາເປັນໄລຍະກັບການລາພັກປະເພດນີ້.

ທ່ານຕ້ອງຍື່ນການຮຽກຮ້ອງປະຈຳອາທິດສຳລັບການລາພັກແຕ່ລະອາທິດທີ່ທ່ານລາພັກ.) ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານວາງແຜນທີ່ຈະເລີ່ມການລາພັກມື້ໃດ? __/__/__(ດດ/ວວ/ບບບບ)

ວັນທີສິ້ນສຸດຂອງການຂໍລາພັກຂອງທ່ານແມ່ນມື້ໃດ? __/____/ (ດດ/ວວ/ບບບບ)

ຊື່:

SSN/ITIN:

ຄຳຖາມການລາພັກປະເພດເພີ່ມເຕີມ

ຕອບຄຳຖາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບປະເພດຂອງການລາພັກທີ່ທ່ານເລືອກຢູ່ໃນພາກຂ້າງເທິງ.
ບໍ່ແມ່ນທຸກປະເພດຂອງການລາພັກມີຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມ.

ການລາພັກດູແລຄອບຄົວ

ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດທີ່ທ່ານໄດ້ລາພັກເພື່ອເບິ່ງແຍງ? ລູກ ຫຼານ ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າ
 ພໍ່ແມ່ ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮັກ ອື່ນໆ

ຖ້າ "ອື່ນໆ" – ກະລຸນາອະທິບາຍຄວາມສຳພັນທີ່ເປັນອັນດຽວກັນກັບສະມາຊິກຄອບຄົວ.

ຂໍ້ມູນຕົວຕໍ່ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການດູແລ:

ຊື່:

ນາມສະກຸນ:

ເບີໂທລະສັບ:

ທີ່ຢູ່ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການດູແລ:

ຖະໜົນແຖວ 1:

ຖະໜົນແຖວ 2:

ປະເພດຫົວໜ່ວຍ:

ເລກຫົວໜ່ວຍ:

ເມືອງ:

ລັດ:

ລະຫັດໄປສະນີ:

ຄາວຕີ້:

ປະເພດຂອງການດູແລ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານກຳລັງຈັດໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ?
ກະລຸນາເລືອກຕົວເລືອກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະຖານະການຂອງທ່ານຫຼາຍທີ່ສຸດ.

- ການໃຫ້ກຳລັງໃຈທາງອາລົມຈິດ ຫຼື ການປອບໃຈ
- ການຈັດວາງການດູແລດ້ານການປິ່ນປົວ ຫຼື ສຳເລັດວຽກງານບໍລິຫານອື່ນໆ
- ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ ຫຼື ທາງດ້ານຮ່າງກາຍ
- ການເດີນທາງໄປຫາການດູແລທາງການແພດ
- ອື່ນໆ

ຖ້າ "ອື່ນໆ," ກະລຸນາອະທິບາຍ:

ຊື່:

SSN/ITIN:

ການລາພັກເພື່ອຄວາມປອດໄພ

ໃຜທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງລາພັກເພື່ອຄວາມປອດໄພ? ສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າເອງ ສຳລັບລູກ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ໝາຍເຫດ: ລູກຂອງທ່ານຕ້ອງມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ແລະ ຖ້າພວກເຂົາມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ, ພວກເຂົາຈຳເປັນຕ້ອງເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຂຶ້ນກັບທີ່ມີຄວາມພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈທີ່ຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງພວກເຂົາໃນການດຳລົງຊີວິດຢ່າງເປັນເອກະລາດ.

ກະລຸນາເລືອກຈຸດປະສົງຂອງການລາພັກຄວາມປອດໄພຂອງທ່ານ.
(ກະລຸນາເລືອກຕົວເລືອກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະຖານະການຂອງທ່ານຫຼາຍທີ່ສຸດ.)

- ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກິດໜາຍ ຫຼື ການບັງຄັບໃຊ້ກິດໜາຍເພື່ອສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບ, ລວມທັງການກະກຽມ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມການພິຈາລະນາຄະດີຂອງສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການລ່ວງລະເມີດທາງເພດ, ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ, ການຂົ່ມເຫັງ, ອາຊະຍາກຳທີ່ບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼື ການສະກົດຮອຍຕາມ
- ເພື່ອຊອກຫາການປິ່ນປົວທາງການແພດສຳລັບຕົວທ່ານເອງ, ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບ ຫຼື ເພື່ອພັກພື້ນຈາກການບາດເຈັບທີ່ເກີດຈາກການລ່ວງລະເມີດທາງເພດ, ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ, ການຂົ່ມເຫັງ, ອາຊະຍາກຳທີ່ບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼື ການສະກົດຮອຍຕາມ
- ເພື່ອຮັບການປຶກສາຈາກຜູ້ຊ່ວຍຊານສຸຂະພາບຈິດທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສຳລັບຕົວທ່ານເອງ, ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບເພາະວ່າທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບເປັນຜູ້ລອດຊີວິດຈາກການລ່ວງລະເມີດທາງເພດ, ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ, ການຂົ່ມເຫັງ, ອາຊະຍາກຳທີ່ບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼື ການສະກົດຮອຍຕາມ
- ເພື່ອຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຜູ້ເຄາະຮ້າຍສຳລັບຕົວທ່ານເອງ, ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບເພາະວ່າທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບເປັນຜູ້ລອດຊີວິດຈາກການລ່ວງລະເມີດທາງເພດ, ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ, ການຂົ່ມເຫັງ, ອາຊະຍາກຳທີ່ບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼື ການສະກົດຮອຍຕາມ
- ເພື່ອຍ້າຍຖິ່ນຖານ ຫຼື ດຳເນີນຂັ້ນຕອນເພື່ອຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພຂອງບ້ານທີ່ມີຢູ່ເພື່ອປົກປ້ອງຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງລູກ ຫຼື ຜູ້ຂຶ້ນກັບຂອງທ່ານ
- ບໍ່ມີອັນໃດກ່ຽວຂ້ອງ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຈ້າງງານ

ຕົ້ນຂໍ້ມູນໃຫ້ສຳເລັດທີ່ກ່ຽວກັບວຽກທັງໝົດທີ່ທ່ານມີຢູ່ໃນລັດໂອເຮກອນໃນຊ່ວງເວລາຕໍ່ໄປນີ້:

- ໃນລະຫວ່າງ 18 ເດືອນກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ໃຊ້ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ
- ໃນຂະນະທີ່ກຳລັງໃຊ້ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ

ໝາຍເຫດ: ຖ້າການລາພັກຂອງທ່ານຍັງບໍ່ທັນເລີ່ມຕົ້ນເທື່ອ ຫຼື ຫາກທ່ານຢູ່ໃນລະຫວ່າງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ, ໃຫ້ລວມເອົາວຽກທີ່ທ່ານມີມາຈົນເຖິງວັນທີມື້ນີ້ເທົ່ານັ້ນ. ລວມເອົາທຸລະກິດສ່ວນຕົວທັງໝົດ, ຖ້າຫາກທ່ານເລືອກການຄຸ້ມຄອງໂຄງການ Paid Leave Oregon

ລວມເອົາວຽກເຫຼົ່ານີ້ທັງໝົດ, ເຖິງແມ່ນວ່າ:

- ທ່ານບໍ່ໄດ້ລາພັກຈາກພວກມັນທັງໝົດ
- ໜຶ່ງ (ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ) ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານມີແຜນການທຽບເທົ່າ

ໝາຍເຫດ: ຖ້ານາຍຈ້າງທັງໝົດຂອງທ່ານສະເໜີແຜນການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງທຽບເທົ່າຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ, ໃຫ້ຢຸດຢູ່ທີ່ນີ້. ທ່ານຈະຕ້ອງສະໝັກຜ່ານແຜນນາຍຈ້າງຂອງທ່ານແທນການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໂອເຮກອນ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນທັງໝົດສຳລັບແຕ່ລະວຽກ.

ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ (ຫຼື ທ່ານເປັນທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ຖ້າເລືອກການຄຸ້ມຄອງ) ຕ້ອງສົ່ງຂໍ້ມູນຄ່າຈ້າງຂອງທ່ານເປັນປະຈຳໄຕມາດ. ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອຄິດໄລ່ຜົນປະໂຫຍດລາຍອາທິດຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈັບຄູ່ ຫຼື ຍິ່ງຍືນຄ່າຈ້າງຂອງທ່ານໄດ້, ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຊື່:	SSN/ITIN:		
ນາຍຈ້າງທີ 1			
ຊື່ທຸລະກິດນາຍຈ້າງ:			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວນາຍຈ້າງຂອງລັດຖະບານກາງ (FEIN):			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວທຸລະກິດ (BIN):			
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ			
ຖະໜົນແຖວ 1:			
ຖະໜົນແຖວ 2:			
ປະເພດຫົວໜ່ວຍ:	ເລກຫົວໜ່ວຍ:		
ເມືອງ:	ລັດ:	ລະຫັດໄປສະນີ:	ຄາວຕີ້:
ສິ່ງເຖິງ:		ປະເທດ:	
ຊື່ຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ທີ່ຢູ່ອີເມວຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ຂໍ້ມູນວຽກ ແລະ ການລາພັກ			
ວັນທີຈ້າງເຂົ້າເຮັດວຽກ: ____ / __ / _____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			
ທ່ານຍັງເຮັດວຽກໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າ "ບໍ່," ມີສຸດທ້າຍທີ່ເຮັດວຽກ ____ / _____ / _____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			
ຄວາມຖີ່ຂອງການຈ່າຍເງິນ:			
<input type="checkbox"/> ລາຍຊົ່ວໂມງ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງເດືອນ		
<input type="checkbox"/> ລາຍວັນ	<input type="checkbox"/> ລາຍເດືອນ		
<input type="checkbox"/> ລາຍອາທິດ	<input type="checkbox"/> ປະຈຳປີ		
<input type="checkbox"/> ປະຈຳສອງອາທິດ (ທຸກໆສອງອາທິດ)			
ສໍາລັບຄວາມຖີ່ຂອງການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານເລືອກ, ຈໍານວນເງິນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?			
ທ່ານໄດ້ລາພັກ ຫຼື ທ່ານມີແຜນທີ່ຈະລາພັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າທ່ານກໍາລັງລາພັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້, ປົກກະຕິທ່ານຈະເຮັດວຽກຈັກມື້ຕໍ່ອາທິດໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້? ວົງມົນເອົາໜຶ່ງອັນ: 1 2 3 4 5 6 7			
ຖ້າທ່ານໃຊ້ການລາພັກຈາກນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ກ່ຽວກັບການລາພັກຂອງທ່ານບໍ່?			
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ," ທ່ານແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້ເມື່ອໃດ? ____ / _____ / ____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			

ຊື່:	SSN/ITIN:		
ນາຍຈ້າງທີ 2			
ຊື່ທຸລະກິດນາຍຈ້າງ:			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວນາຍຈ້າງຂອງລັດຖະບານກາງ (FEIN):			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວທຸລະກິດ (BIN):			
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ			
ຖະໜົນແຖວ 1:			
ຖະໜົນແຖວ 2:			
ປະເພດຫົວໜ່ວຍ:	ເລກຫົວໜ່ວຍ:		
ເມືອງ:	ລັດ:	ວະຫັດໄປສະນີ:	ຄາວຕີ້:
ສິ່ງເຖິງ:		ປະເທດ:	
ຊື່ຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ທີ່ຢູ່ອີເມວຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ຂໍ້ມູນວຽກ ແລະ ການລາຜັກ			
ວັນທີຈ້າງເຂົ້າເຮັດວຽກ: ____ / ____ / ____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			
ທ່ານຍັງເຮັດວຽກໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້ບໍ່: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າ "ບໍ່," ມີສຸດທ້າຍທີ່ເຮັດວຽກ ____ / ____ / ____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			
ຄວາມຖີ່ຂອງການຈ່າຍເງິນ:			
<input type="checkbox"/> ລາຍຊົ່ວໂມງ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງເດືອນ		
<input type="checkbox"/> ລາຍວັນ	<input type="checkbox"/> ລາຍເດືອນ		
<input type="checkbox"/> ລາຍອາທິດ	<input type="checkbox"/> ປະຈຳປີ		
<input type="checkbox"/> ປະຈຳສອງອາທິດ (ທຸກໆສອງອາທິດ)			
ສໍາລັບຄວາມຖີ່ຂອງການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານເລືອກ, ຈໍານວນເງິນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?			
ທ່ານໄດ້ລາຜັກ ຫຼື ທ່ານມີແຜນທີ່ຈະລາຜັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າທ່ານກໍາລັງລາຜັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້, ປົກກະຕິທ່ານຈະເຮັດວຽກຈັກມື້ຕໍ່ອາທິດໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້? ວົງມົນເອົາໜຶ່ງອັນ: 1 2 3 4 5 6 7			
ຖ້າທ່ານໃຊ້ການລາຜັກຈາກນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ກ່ຽວກັບການລາຜັກຂອງທ່ານບໍ່?			
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ," ທ່ານແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້ເມື່ອໃດ? ____ / ____ / ____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			

ຊື່:		SSN/ITIN:	
ນາຍຈ້າງທີ 3			
ຊື່ທຸລະກິດນາຍຈ້າງ:			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວນາຍຈ້າງຂອງລັດຖະບານກາງ (FEIN):			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວທຸລະກິດ (BIN):			
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ			
ຖະໜົນແຖວ 1:			
ຖະໜົນແຖວ 2:			
ປະເພດຫົວໜ່ວຍ:		ເລກຫົວໜ່ວຍ:	
ເມືອງ:	ລັດ:	ວະຫັດໄປສະນີ:	ຄາວຕີ້:
ສິ່ງເຖິງ:		ປະເທດ:	
ຊື່ຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ທີ່ຢູ່ອີເມວຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ຂໍ້ມູນວຽກ ແລະ ການລາຜັກ			
ວັນທີຈ້າງເຂົ້າເຮັດວຽກ: / ____ / _____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			
ທ່ານຍັງເຮັດວຽກໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້ບໍ່: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າ "ບໍ່," ມີສຸດທ້າຍທີ່ເຮັດວຽກ ____ / ____ / _____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			
ຄວາມຖີ່ຂອງການຈ່າຍເງິນ:			
<input type="checkbox"/> ລາຍຊົ່ວໂມງ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງເດືອນ		
<input type="checkbox"/> ລາຍວັນ	<input type="checkbox"/> ລາຍເດືອນ		
<input type="checkbox"/> ລາຍອາທິດ	<input type="checkbox"/> ປະຈຳປີ		
<input type="checkbox"/> ປະຈຳສອງອາທິດ (ທຸກໆສອງອາທິດ)			
ສໍາລັບຄວາມຖີ່ຂອງການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານເລືອກ, ຈໍານວນເງິນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?			
ທ່ານໄດ້ລາຜັກ ຫຼື ທ່ານມີແຜນທີ່ຈະລາຜັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າທ່ານກວັງລາຜັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້, ປົກກະຕິທ່ານຈະເຮັດວຽກຈັກມື້ຕໍ່ອາທິດໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້? ວົງມົນເອົາໜຶ່ງອັນ: 1 2 3 4 5 6 7			
ຖ້າທ່ານໃຊ້ການລາຜັກຈາກນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ກ່ຽວກັບການລາຜັກຂອງທ່ານບໍ່?			
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ," ທ່ານແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງນີ້ເມື່ອໃດ? ____ / ____ / ____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)			

ຊື່:		SSN/ITIN:	
ທຸລະກິດສ່ວນຕົວທີ 1			
ຊື່ທຸລະກິດ, ຖ້າສາມາດລະບຸໄດ້:			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວນາຍຈ້າງຂອງລັດຖະບານກາງ (FEIN), ຖ້າລະບຸໄດ້:			
ໝາຍເລກປະຈຳຕົວທຸລະກິດ (BIN), ຖ້າລະບຸໄດ້:			
ທີ່ຢູ່			
ຖະໜົນແຖວ 1:			
ຖະໜົນແຖວ 2:			
ປະເພດຫົວໜ່ວຍ:		ເລກຫົວໜ່ວຍ:	
ເມືອງ:	ລັດ:	ລະຫັດໄປສະນີ:	ຄາວຕີ້:
ສິ່ງເຖິງ:		ປະເທດ:	
ຊື່ຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ທີ່ຢູ່ອີເມວຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງ:			
ຂໍ້ມູນວຽກ ແລະ ການລາພັກ			
ມີທຳອິດຂອງວຽກໃນທຸລະກິດນີ້: ___ / ___ / ___ (ດດ/ວວ/ບບບບ)			
ທ່ານຍັງເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ ແລະ ເຮັດວຽກໃນທຸລະກິດນີ້ບໍ່: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າ "ບໍ່," ມີສຸດທ້າຍທີ່ເຮັດວຽກ ___ / ___ / ___ (ດດ/ວວ/ບບບບ)			
ອາຊີບ: (ຕຳແໜ່ງວຽກ)			
ຄວາມຖີ່ຂອງລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດ:			
<input type="checkbox"/> ລາຍຊົ່ວໂມງ	<input type="checkbox"/> ປະຈຳເຄິ່ງເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ)		
<input type="checkbox"/> ລາຍວັນ	<input type="checkbox"/> ລາຍເດືອນ		
<input type="checkbox"/> ລາຍອາທິດ	<input type="checkbox"/> ປະຈຳປີ		
<input type="checkbox"/> ປະຈຳສອງອາທິດ (ທຸກໆສອງອາທິດ)			
ສຳລັບຄວາມຖີ່ຂອງລາຍໄດ້ທີ່ທ່ານເລືອກ, ລາຍໄດ້ສຸດທິຂອງທ່ານຈາກທຸລະກິດນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?			
ທ່ານໄດ້ລາພັກ ຫຼື ທ່ານມີແຜນທີ່ຈະລາພັກຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າທ່ານໃຊ້ການລາພັກຈາກທຸລະກິດນີ້, ທ່ານເຮັດວຽກຕາມປົກກະຕິອາທິດລະຈັກມື້ໃນທຸລະກິດນີ້? ວົງມົນເອົາໜຶ່ງອັນ: 1 2 3 4 5 6 7			

ຊື່:	SSN/ITIN:
------	-----------

ນາຍຈ້າງເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ທຸລະກິດສ່ວນຕົວ

ໝາຍຕົກໃສ່ຫ້ອງນີ້, ຖ້າທ່ານມີຫຼາຍວຽກ ຫຼື ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວເພີ່ມຕື່ມອີກ. ຫຼັງຈາກນັ້ນປະກອບ ແລະ ຄັດຕິດ ແບບຟອມນາຍຈ້າງເພີ່ມເຕີມ (ຊອກຫາມັນໄດ້ຢູ່ໃນເວັບໄຊການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຢູ່ທີ່ paidleave.oregon.gov/resources/forms-and-checklists.html).

ຂໍ້ມູນນາຍຈ້າງທັງໝົດ (ແລະ ທຸລະກິດສ່ວນຕົວ)

ໂດຍສະເລ່ຍແລ້ວ, ທ່ານເຮັດວຽກໃຫ້ນາຍຈ້າງທັງໝົດຂອງທ່ານໃນລັດໂອເຮກອນໄດ້ຈັກມື້ຕໍ່ອາທິດ? ກະລຸນາລວມເອົາວຽກຂອງທ່ານເປັນບຸກຄົນທີ່ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ຖ້າທ່ານເລືອກການຄຸ້ມຄອງ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານກຳລັງສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຫຼັງຈາກການລາພັກຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ, ໃຫ້ບອກຈຳນວນມື້ໂດຍສະເລ່ຍທີ່ທ່ານເຮັດວຽກຢູ່ໃນລັດໂອເຮກອນເມື່ອການລາພັກຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ.

ວົງມົນເອົາໜຶ່ງອັນ: 1 2 3 4 5 6 7

ການລາພັກຖືພາເພີ່ມເຕີມ

ຕົວເລືອກນີ້ສາມາດໃຊ້ໄດ້ສະເພາະໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານກຳລັງຈະລາພັກຄອບຄົວ ຫຼື ການລາພັກທາງການແພດເທົ່ານັ້ນ.

ທ່ານກຳລັງຖືພາ ຫຼື ທ່ານເກີດລູກໃນປີກາຍນີ້ ແລະ

ທ່ານຮ້ອງຂໍການລາຕື່ມອີກສອງອາທິດສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ, ການເກີດລູກ ຫຼື ສະພາບທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືພາໃນປັດຈຸບັນ, ກະລຸນາລະບຸວັນທີການຖືພາຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ:

____ / ____ / ____ (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ກຳນົດເວລາການລາພັກ

ປະເພດຂອງກຳນົດເວລາການລາພັກຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? (ເລືອກອັນດຽວເທົ່ານັ້ນ)

ກຳນົດເວລາການລາພັກເປັນໄລຍະ. ທ່ານລາພັກລະຫວ່າງວັນເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ວັນສິ້ນສຸດຂອງການລາພັກຂອງທ່ານ, ແຕ່ຍັງເຮັດວຽກບາງມື້ ຫຼື ບາງອາທິດໃນລະຫວ່າງເວລານີ້.

ທ່ານຍັງອາດຈະລາພັກສຳລັບການລາພັກສອງປະເພດຂຶ້ນໄປໃນເວລາດຽວກັນຕື່ມອີກ ຫຼື ທ່ານກຳລັງກ່ອນການຈັດວາງເດັກໃນສະຖານລູກເດັກແບບອຸປະຖຳ ຫຼື ການເອົາເດັກມາລ້ຽງ.

ໝາຍເຫດ: ໂດຍການເລືອກທາງເລືອກນີ້,

ທ່ານຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມການຮຽກຮ້ອງປະຈຳອາທິດໃນແຕ່ລະອາທິດທີ່ທ່ານລາພັກໃຫ້ພວກເຮົາ.

ທ່ານຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມໃຫ້ພວກເຮົາພາຍໃນ 30 ວັນນັບຈາກແຕ່ລະທ້າຍອາທິດທີ່ທ່ານລາພັກ.

ຖ້າການລາພັກຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນບໍ່ດົນມານີ້, ໃຫ້ໃສ່ແບບຟອມອ້າງເລີຍປະຈຳອາທິດກັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ. ເບິ່ງຄຳແນະນຳແບບຟອມການຮຽກຮ້ອງປະຈຳອາທິດສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 833-854-0116 ເພື່ອຂໍເອົາແບບຟອມ.

ສຳລັບການຍື່ນການຮຽກຮ້ອງປະຈຳອາທິດທີ່ໄວຂຶ້ນ ແລະ ເພື່ອເບິ່ງສະຖານະການຮຽກຮ້ອງປະຈຳອາທິດຂອງທ່ານ, ກະລຸນາສ້າງບັນລືອນລາຍ Frances ທີ່ frances.oregon.gov.

ກຳນົດເວລາການລາພັກຕິດຕໍ່ກັນ. ທ່ານລາພັກສຳລັບໜຶ່ງເຫດການທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໃນຄັ້ງດຽວແລະ ທ່ານບໍ່ເຮັດວຽກໃຫ້ກັບນາຍຈ້າງອື່ນໃດໜຶ່ງຂອງທ່ານ (ຫຼື ເຮັດທຸລະກິດຕົວເອງ) ໃນລະຫວ່າງເວລາການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຂອງທ່ານ.

ຊື່:	SSN/ITIN:
<p>ເພື່ອຄົດໄລ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້. ສໍາລັບການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ, ອາທິດໜຶ່ງແມ່ນເລີ່ມແຕ່ວັນອາທິດເຖິງວັນເສົາ.</p> <p>ທ່ານຈະໃຊ້ເວລາຈັກມື້ໃນລະຫວ່າງ ອາທິດທໍາອິດ ທີ່ທ່ານເລີ່ມການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ? ວົງມົນເອົາໜຶ່ງອັນ: 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>ທ່ານຈະໃຊ້ເວລາຈັກມື້ຂອງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງໃນລະຫວ່າງ ອາທິດສຸດທ້າຍ ຂອງການລາພັກຂອງທ່ານ? ວົງມົນເອົາໜຶ່ງອັນ: 1 2 3 4 5 6 7</p>	
ຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆ	
<p>ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼື ທ່ານຄາດຫວັງວ່າຈະໄດ້ຮັບເງິນຄ່າເສຍເວລາຊົດເຊີຍຈາກຄົນງານໃນລະຫວ່າງການລາພັກບໍ່?</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼື ທ່ານຄາດຫວັງວ່າຈະໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍປະກັນໄພຫວ່າງງານໃນລະຫວ່າງການລາພັກບໍ່?</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p>	

ຊື່:	SSN/ITIN:
------	-----------

ການເປີດເຜີຍດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ

ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຄຳຕອບຂອງທ່ານຢູ່ໃນພາກຂອງການສະໝັກນີ້ເພື່ອຕັດສິນກ່ຽວກັບການຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຄຳຕອບຂອງທ່ານສຳລັບການວິເຄາະຂໍ້ມູນກຸ່ມເທົ່ານັ້ນ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈຊຸມຊົນທີ່ແຕກຕ່າງກັນທີ່ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການ, ພວກເຮົາຊຸກຍູ້ໃຫ້ທ່ານຕອບຂໍ້ມູນປະຊາກອນຂ້າງລຸ່ມນີ້. ທ່ານສາມາດເລືອກຕົວເລືອກ 'ບໍ່ຕ້ອງການບອກ' ສຳລັບຄຳຖາມໃດໜຶ່ງ.

<p>ໂຮງຮຽນຈົບຊັ້ນສູງສຸດ ຫຼື ລະດັບສູງສຸດທີ່ທ່ານມີແມ່ນຫຍັງ? (ເລືອກຄຳຕອບໜຶ່ງ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນ <input type="checkbox"/> ຕ່ຳກວ່າກວ່າໂຮງຮຽນມັດທະຍົມ <input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມ, ບໍ່ມີໃບປະກາດຊັ້ນສູງ <input type="checkbox"/> ຈົບການສຶກສາມັດທະຍົມ, ລວມທັງ GED ຫຼື ທຽບເທົ່າ <input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນເຕັກນິກ ການຄ້າ, ຫຼື ວິຊາຊີບ <input type="checkbox"/> ການສຶກສາລະດັບປະລິນຍາຕີ ຫຼື ອານຸປະລິນຍາຕີ <input type="checkbox"/> ປະລິນຍາຕີ <input type="checkbox"/> ລະດັບສູງກວ່າປະລິນຍາຕີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ) <p>ທ່ານມີຄວາມພິການບໍ່? (ເລືອກຄຳຕອບໜຶ່ງ)</p> <p>ທ່ານຈະຖືກພິຈາລະນາວ່າມີຄວາມພິການ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄວາມພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ສະຕິບັນຍາ, ແລະ/ຫຼື ການພັດທະນາ ຫຼື ສະພາບທາງການແພດທີ່ຈຳກັດກົດຈະກຳທີ່ສຳຄັນ ຫຼື ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີປະຫວັດ ຫຼື ບັນທຶກຄວາມພິການ ຫຼື ສະພາບທາງການແພດ.</p> <p>ນີ້ຍັງລວມເຖິງວ່າທ່ານຖືກຖືວ່າມີຄວາມພິການບໍ່.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ) 	<p>ສະຖານະນັກຮົບເກົ່າ ຫຼື ທະຫານຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? (ເລືອກຄຳຕອບໜຶ່ງ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍເປັນນັກຮົບເກົ່າຂອງກອງທັບສະຫະລັດ, ທະຫານສຳຮອງ ຫຼື ກອງກຳລັງແຕ່ງຊາດ <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າເປັນກອງກຳລັງປະກອບອາວຸດສະຫະລັດ, ກອງທະຫານສຳຮອງ ຫຼື ກອງບ້ອງກັນຊາດ <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນນັກຮົບເກົ່າ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສະຖານະພາບການທະຫານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ) <p>ຂໍ້ໃດຕໍ່ໄປນີ້ອະທິບາຍຕົວທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ? (ໝາຍໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອິນເດຍ, ອາເມລິກາພື້ນເມືອງ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ອາຊີ <input type="checkbox"/> ອາເມລິກັນຜິວດຳ ຫຼື ເຊື້ອສາຍອາຟຣິກັນ <input type="checkbox"/> ສະເປນ/ລາຕິໂນ/a/x <input type="checkbox"/> ຮາວາຍພື້ນເມືອງ ຫຼື ຊາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ຜິວຂາວ <input type="checkbox"/> ຕາເວັນອອກກາງ/ອາຟຣິກາເໜືອ <input type="checkbox"/> ເລືອກເພື່ອອະທິບາຍຕົວເອງ: <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ)
---	---

ຊື່:	SSN/ITIN:
<p>ທ່ານເປັນຄົນສະເປນ, ລາຕິໂນ/a/x ຫຼື ສະເປນບໍ່? (ເລືອກຄໍາຕອບໜຶ່ງ)</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ, ຂ້ອຍເປັນຄົນສະເປນ, ລາຕິນ/a/x ຫຼື ແອສປາໂຍນ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່, ຂ້ອຍບໍ່ແມ່ນຊາວສະເປນ, ລາຕິໂນ/a/x, ຫຼື ແອສປາໂຍນ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສໍາລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ)</p> <p>ເພດຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? (ເລືອກຄໍາຕອບໜຶ່ງ)</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ຍິງ/ຜູ້ຍິງ</p> <p><input type="checkbox"/> ເພດຊາຍ/ຜູ້ຊາຍ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ</p> <p>ທ່ານເປັນຄົນຂ້າມເພດບໍ່? (ເລືອກຄໍາຕອບໜຶ່ງ)</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p><input type="checkbox"/> ສອບຖາມ/ສໍາຫຼວດ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ</p> <p><input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ວ່າຄໍາຖາມນີ້ຖາມຫຍັງ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສໍາລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ)</p>	<p>ທ່ານເປັນເພດໃດ? (ໝາຍໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ນໍາໃຊ້ໄດ້)</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີເພດ/ບໍ່ມີເພດ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນທັງສອງ</p> <p><input type="checkbox"/> ຜູ້ຍິງ/ເດັກຍິງ</p> <p><input type="checkbox"/> ຜູ້ຊາຍ/ເດັກຊາຍ</p> <p><input type="checkbox"/> ເພດອື່ນທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸ. ກະລຸນາລະບຸ:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ສອບຖາມ/ສໍາຫຼວດ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ</p> <p><input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ວ່າຄໍາຖາມນີ້ຖາມຫຍັງ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສໍາລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ)</p> <p>ທ່ານອະທິບາຍທັດສະນະທາງເພດ ຫຼື ການລະບຸເພດຂອງທ່ານແນວໃດ? (ໝາຍໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ນໍາໃຊ້ໄດ້)</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີເພດ</p> <p><input type="checkbox"/> ສອງເພດ</p> <p><input type="checkbox"/> ເກ</p> <p><input type="checkbox"/> ເລສບັງນ</p> <p><input type="checkbox"/> ກະເທີຍ</p> <p><input type="checkbox"/> ຄະເວຍ</p> <p><input type="checkbox"/> ສອບຖາມ/ສໍາຫຼວດ</p> <p><input type="checkbox"/> ອູ່ຮັກເພດດຽວກັນ</p> <p><input type="checkbox"/> ອູ່ຮັກເພດດຽວກັນ</p> <p><input type="checkbox"/> ຕ່າງເພດ (ດຶງດູດກັບ ຫຼື ພຽງແຕ່ກັບເພດອື່ນໂດຍຕົ້ນຕໍ)</p> <p><input type="checkbox"/> ທັດສະນະທາງເພດອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້. ກະລຸນາລະບຸ:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຂໍປະສົງເວົ້າ</p> <p><input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ວ່າຄໍາຖາມນີ້ຖາມຫຍັງ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແນ່ໃຈ (ສໍາລັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ)</p>

ຊື່:

SSN/ITIN:

ການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງການຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແນວໃດ, ຖ້າມັນໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ? (ເລືອກອັນດຽວເທົ່ານັ້ນ)

ບັນຊີເງິນຝາກໂດຍກົງ

- ບັນຊີແຊັກ
- ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ

ສະຖາບັນການເງິນ: _____

ໝາຍເລກເສັ້ນທາງທະນະຄານ” _____

ເລກບັນຊີ: _____

ກະລຸນາໝາຍຕົກໃສ່ຫ້ອງຊຸມນີ້ເພື່ອຢືນຢັນການເລືອກເງິນຝາກໂດຍກົງເປັນວິທີການຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ:

- ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນ (Paid Leave Oregon) ຂອງພະແນກການຈ້າງງານລັດໄອເອກອນຈ່າຍເງິນທາງອີເລັກໂທຣນິກໃນສະຖາບັນການເງິນທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ສະຖາບັນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງຮັບເອົາການຈ່າຍເງິນນີ້ ແລະ ຝາກມັນເຂົ້າໄປໃນບັນຊີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການອະນຸຍາດນີ້ຈະປ່ຽນແທນການອະນຸຍາດທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ຈະຍັງຄົງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະສົ່ງແຈ້ງການທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງ Paid Leave Oregon ກ່ຽວກັບການຍົກເລີກຂອງມັນ ຫຼື ໜຶ່ງປີຜ່ານໄປນັບຕັ້ງແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອີ່ນການຮຽກຮ້ອງຄ່າຊົດເຊີຍຫຼ້າສຸດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ, ຖ້າການຊໍາລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຖືກຝາກເຂົ້າບັນຊີສະຖາບັນການເງິນທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້ອຍຈະຖືກຈ່າຍໂດຍອັດຕະໂນມັດໃນບັດ ReliaCard® ທະນາຄານສະຫະລັດ. ຂ້ອຍໄດ້ທົບທວນການເປີດເຜີຍຂອງບັດ ReliaCard® ແລ້ວກ່ອນທີ່ຈະເລືອກການຈ່າຍເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ບັດເດບິດ (ReliaCard®).

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ (Paid Leave Oregon) ໃນບັດ ReliaCard® ໃນໄລຍະຜ່ານມາ, ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນຈະໃຊ້ບັດ ReliaCard® ອັນດຽວກັນສໍາລັບການຮຽກຮ້ອງນີ້. ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຊາບ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບັດໃໝ່.

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທົບທວນການເປີດເຜີຍບັດ ReliaCard® ທີ່ມີໃນນີ້ແລ້ວ.

ການເລືອກການຫັກພາສີຢູ່ບ່ອນຈ່າຍ

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພາສີຂອງທ່ານຈາກການຈ່າຍເງິນຜົນປະໂຫຍດຖືກກັກໄວ້ແນວໃດ?

- ຂ້ອຍຕ້ອງການທັງ 10% ສໍາລັບລັດຖະບານກາງຂອງຂ້ອຍ ແລະ 8% ສໍາລັບພາສີລາຍໄດ້ສ່ວນບຸກຄົນຂອງລັດຂອງຂ້ອຍຖືກກັກໄວ້ຈາກການຈ່າຍເງິນຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້ອຍ.
- ຂ້ອຍຕ້ອງການພຽງແຕ່ 10% ຂອງການຈ່າຍເງິນຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້ອຍຖືກກັກໄວ້ສໍາລັບພາສີລາຍໄດ້ສ່ວນບຸກຄົນຂອງລັດຖະບານກາງ.
- ຂ້ອຍຕ້ອງການພຽງແຕ່ 8% ຂອງການຈ່າຍເງິນຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້ອຍຖືກກັກໄວ້ສໍາລັບພາສີລາຍໄດ້ສ່ວນບຸກຄົນຂອງລັດ.
- ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການພາສີຫັກຈາກການຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້ອຍ.

ຊື່:	SSN/ITIN:
<p><input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທີ່ສຸດຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລົງໂທດສໍາລັບການເວົ້າຕົວະເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຜົນປະໂຫຍດສໍາເລັດຜ່ານໂຄງການການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນ (Paid Leave Oregon) ໂດຍການລົງລາຍເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນ (Paid Leave Oregon).</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນ (Paid Leave Oregon) ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນການຮຽກຮ້ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃຫ້ນາຍຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ລວມທັງບໍ່ຈໍາກັດແຕ່ຂໍ້ມູນຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍການລາພັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ; ການອະນຸມັດ ຫຼື ການປະຕິເສດຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ; ວັນທີ, ໄລຍະເວລາ ແລະ ຄວາມຖີ່ຂອງການລາພັກ ແລະ ຈໍານວນເງິນຜົນປະໂຫຍດລາຍອາທິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນ (Paid Leave Oregon) ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນການຮຽກຮ້ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດໄອເອກອນ (Paid Leave Oregon) ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້, ລວມທັງວັນທີ ແລະ ຈໍານວນການລາພັກ ແລະ ການປ່ຽນແປງການຈ້າງງານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.</p>	
ລາຍເຊັນ:	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ):
ລາຍເຊັນ ຜູ້ອ້າງສິດທິກໍານົດຕົວແທນ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ):
ລາຍເຊັນຜູ້ອ້າງສິດທິກໍານົດຕົວແທນ (ພິມຊື່ແຈ້ງ):	
ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງລາຍເຊັນຜູ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ຂາດຄວາມສາມາດ ຫຼື ເສຍຊີວິດແລ້ວ:	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ປປປປ):
ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງລາຍເຊັນຜູ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ຂາດຄວາມສາມາດ ຫຼື ເສຍຊີວິດແລ້ວ:	
<p>ໝາຍເຫດ: ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງມີການອະນຸມັດຈາກພະແນກເພື່ອດໍາເນີນການໃນນາມຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຜູ້ຮຽກຮ້ອງມອບໝາຍ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຍອມຮັບໃບຄໍາຮ້ອງ ຫຼື ຂໍ້ມູນອື່ນໆຈາກທ່ານ. ແບບຟອມເພື່ອຖາມສະຖານະນີ້ມີໃຫ້ຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ.</p>	
<p>ຂໍ້ມູນ ຫຼື ເອກະສານທີ່ຂາດຫາຍໄປສາມາດເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມລ່າຊ້າໃນການປະມວນຜົນໃບສະໝັກຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ສິ່ງໃບສະໝັກທີ່ເຮັດແລ້ວຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານທັງໝົດທີ່ຈໍາເປັນໄປທີ່:</p> <p style="text-align: center;">Attn: Paid Leave Oregon Oregon Employment Department 875 Union St NE Salem, OR 97311</p>	

U.S. Bank ReliaCard® ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ອນຊື້
 ຊື້ໂຄງການ: ໂຄງການຂອງລັດຖະບານຂອງລັດ Oregon

ເອກະສານ ແລະ ການບໍລິການບາງຢ່າງອາດມີເປັນພາສາອັງກິດເທົ່ານັ້ນ.

ທ່ານມີທາງເລືອກກ່ຽວກັບວິທີການຮັບການຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງລວມທັງການຜາກເຂົ້າບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເຂົ້າບັດຕື່ມເງິນລ່ວງໜ້ານີ້. ຖາມຕົວແທນຂອງທ່ານ ສໍາລັບທາງເລືອກຕ່າງໆທີ່ມີໃຫ້ ແລະ ເລືອກທາງເລືອກຂອງທ່ານ.			
ຄ່າທ່ານນຽມລາຍເດືອນ \$0	ຕໍ່ການຊື້ໜຶ່ງຄັ້ງ \$0	ການຖອນເງິນຈາກຕັ້ງ ATM \$0 ໃນເຄືອຂ່າຍ \$2.00* ນອກເຄືອຂ່າຍ	ການຕື່ມເງິນສົດ ຄືນໃໝ່ ບໍ່ນໍາໃຊ້
ການຂໍກວດຢອດເງິນທີ່ອັງເຫຼືອຜ່ານຕັ້ງ ATM (ໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ນອກເຄືອຂ່າຍ)			\$0
ການບໍລິການລູກຄ້າ (ແບບອັດຕະໂນມັດ ຫຼື ແບບມີພະນັກງານປະຈໍາ)			\$0 ຕໍ່ການໃຫ້ຄັ້ງໜຶ່ງ
ການບໍລິການເຄື່ອນໄຫວ (ຫຼັງຈາກ 365 ວັນທີ່ບໍ່ມີການເຮັດທຸລະກໍາ)			\$2.00 ຕໍ່ເດືອນ
ພວກເຮົາເກັບຄ່າທ່ານນຽມອື່ນໆອີກ 3 ປະເພດ. ໜຶ່ງໃນນັ້ນໄດ້ແກ່:			
ການເຮັດທຸລະກໍາລະຫວ່າງປະເທດ			3%
<p>* ຄ່າທ່ານນຽມນີ້ອາດຈະຕໍ່າກວ່ານີ້ ໂດຍຂຶ້ນຢູ່ກັບວິທີການ ແລະ ສະຖານທີ່ນໍາໃຊ້ບັດນີ້. ເບິ່ງຕາຕະລາງຄ່າທ່ານນຽມທີ່ຕັດຕິດມາກໍາ ສໍາລັບວິທີການຕ່າງໆໃນການເຂົ້າເບິ່ງເງິນ ແລະ ຂໍ້ມູນອອດເງິນຄັ້ງເຫຼືອຂອງທ່ານແບບບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.</p> <p>ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດການເປີດເງິນເກີນບັນຊີ/ເຊດຕິດ. ເງິນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ FDIC.</p> <p>ສໍາລັບຂໍ້ມູນທີ່ໄປກ່ຽວກັບບັນຊີແບບຕື່ມເງິນລ່ວງໜ້າ, ໃຫ້ເຂົ້າໄປທີ່ cfpb.gov/prepaid (ເປັນພາສາອັງກິດ). ຊອກຫາລາຍລະອຽດ ແລະ ເງື່ອນໄຂສໍາລັບຄ່າທ່ານນຽມ ແລະ ການບໍລິການທັງໝົດດ້ານໃບດູດບັດ ຫຼື ໂທຫາ 1-855-282-6161 ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ usbankreliacard.com (ເປັນພາສາອັງກິດ).</p>			

U.S. Bank ReliaCard® ຕາຕະລາງຄ່າທຳນຽມ

ຊື່ໂຄງການ: Oregon State Government Programs (ໂຄງການຂອງລັດຖະບານຂອງລັດ Oregon)

ຄ່າທຳນຽມທັງໝົດ	ອຳນວນ	ລາຍລະອຽດ
ການຮັບເງິນສົດ		
ການຖອນເງິນອອກຈາກ ATM (ໃນເຄືອດຳ)	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມໃນການຖອນຄ່າຄັ້ງຂອງພວກເຂົາ. "ໃນເຄືອດຳ" ໝາຍເຖິງ ເຄືອດຳຈາກ ATM ຂອງທະນາຄານ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass®. ທີ່ຕັ້ງຂອງຮູບແມ່ນສາມາດຊອກຫາໄດ້ທີ່ usbank.com/locations (ເປັນພາສາອັງກິດ) ຫຼື moneypass.com/atm-locator.html (ເປັນພາສາອັງກິດ).
ການຖອນເງິນອອກຈາກ ATM (ບວກເຄືອດຳ)	\$2.00	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມໃນການຖອນຄ່າຄັ້ງຂອງພວກເຂົາ. ຄ່າທຳນຽມນີ້ ແມ່ນໄດ້ຮັບການຊື້ເອົາຄ່າທຳນຽມຖອນເງິນອອກຈາກ ATM ໃນ 2 ຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານຕໍ່ເດືອນ, ເຊິ່ງລວມທັງການຖອນເງິນອອກຈາກ ATM (ບວກເຄືອດຳ) ແລະ ການຖອນເງິນອອກຈາກ ATM ສາກົນອີກດ້ວຍ. "ບວກເຄືອດຳ" ໝາຍເຖິງບັນດາຈາກ ATM ທັງໝົດທີ່ຢູ່ບວກເຄືອດຳຈາກ ATM ຂອງທະນາຄານ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass. ບວກອາກນັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຖືກຂຽນເກັບຄ່າທຳນຽມອອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈາກ ATM ເຖິງແມ່ນວ່າການເຮັດທຸລະກຳຂອງທ່ານບໍ່ສຳເລັດກໍຕາມ.
ການຖອນເງິນສົດນຳພະນັກງານບໍລິການລູກຄ້າ	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຂົາ ໃນເວລາທີ່ທ່ານຖອນເງິນສົດຈາກບັນດາບັນຊີທ່ານນຳ ພະນັກງານບໍລິການລູກຄ້າ ຢູ່ທະນາຄານ ຫຼື ສະໜະພັນເສດຖີທີ່ມອມຮັບບັດ Visa®.
ຂໍ້ມູນ		
ການບໍ່ເກດຄວບຄຸມເງິນທີ່ຜິດເຊື່ອຜ່ານຈາກ ATM (ໃນເຄືອດຳ)	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມໃນການບໍ່ເກດຄວບຄຸມເງິນທີ່ຜິດເຊື່ອຜ່ານຈາກ ATM. "ໃນເຄືອດຳ" ໝາຍເຖິງ ເຄືອດຳຈາກ ATM ຂອງທະນາຄານ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass. ທີ່ຕັ້ງຂອງຮູບແມ່ນສາມາດຊອກຫາໄດ້ທີ່ usbank.com/locations (ເປັນພາສາອັງກິດ) ຫຼື moneypass.com/atm-locator.html (ເປັນພາສາອັງກິດ).
ການບໍ່ເກດຄວບຄຸມເງິນທີ່ຜິດເຊື່ອຜ່ານຈາກ ATM (ບວກເຄືອດຳ)	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມໃນການບໍ່ເກດຄວບຄຸມເງິນທີ່ຜິດເຊື່ອຜ່ານຈາກ ATM ທັງໝົດທີ່ຢູ່ບວກເຄືອດຳຈາກ ATM ຂອງທະນາຄານ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass. ບວກອາກນັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຖືກຂຽນເກັບຄ່າທຳນຽມອອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈາກ ATM ອີກດ້ວຍ.
ການນຳໃຊ້ບັດຂອງທ່ານຢູ່ບວກສະເຫຼີມສະຫຼອງ.		
ການເຮັດທຸລະກຳລະຫວ່າງປະເທດ	3%	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຂົາ ທີ່ນຳໃຊ້ໃນເວລາທີ່ທ່ານນຳໃຊ້ບັດຂອງທ່ານສຳລັບການຊື້ເຄື່ອງຢູ່ບວກສຳລັບປະເທດ ແລະ ສຳລັບການຖອນເງິນສົດຈາກ ATM ໃນຕ່າງປະເທດ ແລະ ສິດໄດ້ເປັນເປົ້າໝາຍເຊິ່ງອາດອາດອາດອາດອາດເຮັດທຸລະກຳ, ຫຼັງຈາກມີການແລກປ່ຽນເປັນສະກຸນເງິນໃດໜຶ່ງແລ້ວ. ການເຮັດທຸລະກຳບາງລາຍການ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານ ແລະ ຫຼື ຜູ້ ຫຼື ຈາກ ATM ອະນຸຍາດລັດກໍຕາມ, ອະທິບາຍເປັນການເຮັດທຸລະກຳໃນຕ່າງປະເທດພາຍໃຕ້ກົດລະບຽບກຽວກັບເຄືອດຳທີ່ກຽວຂ້ອງ ແລະ ພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ຄວບຄຸມວິທີການຈັດປະເພດພໍ່ຄ້າ, ຈາກ ATM ແລະ ການເຮັດທຸລະກຳເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອຈຸດປະສົງນີ້.
ການຖອນເງິນສົດອອກຈາກ ATM ສາກົນ	\$2.00	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມໃນການຖອນຄ່າຄັ້ງຂອງພວກເຂົາ. ຄ່າທຳນຽມນີ້ ແມ່ນໄດ້ຮັບການຊື້ເອົາຄ່າທຳນຽມຖອນເງິນອອກຈາກ ATM ໃນ 2 ຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານຕໍ່ເດືອນ, ເຊິ່ງລວມທັງການຖອນເງິນອອກຈາກ ATM (ບວກເຄືອດຳ) ແລະ ການຖອນເງິນອອກຈາກ ATM ສາກົນອີກດ້ວຍ. ບວກອາກນັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຖືກຂຽນເກັບຄ່າທຳນຽມອອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈາກ ATM ເຖິງແມ່ນວ່າການເຮັດທຸລະກຳຂອງທ່ານບໍ່ສຳເລັດກໍຕາມ.
ອື່ນໆ		
ການປ່ຽນບັດໃໝ່	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຂົາຕໍ່ການປ່ຽນບັດໃໝ່ທີ່ສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານດ້ວຍການຈັດສົ່ງແບບມາດຕະຖານ (ບໍ່ເກີນ 10 ວັນ ລັດຖະການ).
ການຈັດສົ່ງການປ່ຽນບັດໃໝ່ແບບດ່ວນ	\$15.00	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຂົາ ສຳລັບການຈັດສົ່ງແບບດ່ວນ (ບໍ່ເກີນ 3 ວັນລັດຖະການ) ທີ່ຂຽນເກັບບວກເອົາອອກຄ່າທຳນຽມໃນການປ່ຽນບັດໃໝ່ໃດໜຶ່ງ.
ການບໍ່ມີການເຄື່ອນໄຫວ	\$2.00	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຂົາທີ່ຂຽນເກັບໃນແຕ່ລະເດືອນ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ເຮັດທຸລະກຳໃດໆໃນເວລາທີ່ທ່ານເປັນເວລາ 365 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ.

ເຖິງແມ່ນວ່າການຕິດຕໍ່ສື່ສານນີ້ ແມ່ນມີໃຫ້ເປັນ ພາສາລາວ ກໍຕາມ, ການຕິດຕໍ່ສື່ສານພາຍຫຼັງຂອງທະນາຄານ U.S. Bank ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ ທີ່ກຽວຂ້ອງກັບບັນຊີທ່ານສາມາດສືບຮອງ, ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ, ສະຖານ ແລະ ໃບເອກະສານຂອງທ່ານ, ການບໍລິການທະນາຄານໃນອິນເຕີເນັດ ແລະ ໃນໂທລະສັບມືຖື ແມ່ນອາດຈະມີໃຫ້ເປັນພາສາອັງກິດເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານຕ້ອງສາມາດວ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈ ແລະ ນຳໃຊ້ຜະລິດຕະພັນ ຫຼື ການບໍລິການນີ້. ອະນຸຍາດສະບັບພາສາອັງກິດໃຫ້ຕາມການຂ້ວງຂ້າງ.

ເງິນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ FDIC. ເງິນຂອງທ່ານອະທິບາຍໄວ້ທີ່ U.S. Bank National Association, ເຊິ່ງເປັນສະຖາບັນທີ່ມີການປະກັນໄພ FDIC ແລະ ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພສູງເຖິງ \$250,000 ອາກ FDIC ໃນກໍລະນີທີ່ທະນາຄານ U.S. Bank ລົມລະລາຍ. ເຂົ້າເບິ່ງ fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (ເປັນພາສາອັງກິດ) ສຳລັບລາຍລະອຽດຕ່າງໆ.

ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດການເປີດເຮັດເງິນເກັບບັນຊີ/ເສດຖີດ.

ຕິດຕໍ່ Cardholder Services (ບ່ອນໃຫ້ບໍລິການຜູ້ຖືບັດ) ໂດຍການໂທຫາ 1-855-282-6161 , ທາງໄປສະນີທີ່ PO Box 551617, Jacksonville, FL 32255 ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ usbankreliacard.com (ເປັນພາສາອັງກິດ).

ສໍາລັບຂໍ້ມູນທົ່ວໄປກ່ຽວກັບບັນຊີແບບຕີ່ມເອີ້ນລ່ວງໜ້າ, ໃຫ້ເຂົ້າໄປທີ່ cfpb.gov/prepaid (ເປັນພາສາອັງກິດ).. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຮ້ອງທຸກ ກ່ຽວກັບບັນຊີແບບຕີ່ມເອີ້ນລ່ວງໜ້າ, ໃຫ້ໂທຫາ Consumer Financial Protection Bureau (ສໍານັກງານປົກປ້ອງທາງດ້ານການເງິນຜູ້ບໍລິໂພກ) ທີ່ເບີ 1-855-411-2372 ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ cfpb.gov/complaint (ເປັນພາສາອັງກິດ)..

CR-36991804

ບັດ ReliaCard ແມ່ນຈັດກຳໜົດໂດຍ U.S. Bank National Association ອົງຄາມໃບວະນຸມາດອາກ Visa U.S.A. Inc. © 2023 U.S. Bank. Member FDIC.