

Уполномоченный представитель от имени недееспособного заявителя -Инструкции и список необходимых документов

Этот пакет предназначен для лиц, которым необходимо получить полномочия на представление интересов недееспособного заявителя в рамках программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне».

Вы можете отправить пакет одним из следующих способов:

- Через форму «Связаться с нами» на сайте: frances.oregon.gov
- Отправив заполненную форму и все требуемые документы по почте по следующему адресу:

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

Чтобы избежать задержек, пожалуйста, отправляйте все необходимые документы и формы одновременно. Если мы не получим всю информацию и документацию по заявлению в течение 30 дней после утверждения вашего заявления на назначение уполномоченным представителем, вам, возможно, придётся начать процесс заново.

Примечание: В зависимости от вашей ситуации, вам могут не понадобиться все формы из этого пакета. Например, если заявитель уже подал заявление на весь необходимый отпуск, повторное заявление подавать не нужно.

Для получения дополнительной информации посетите наш веб-сайт: paidleave.oregon.gov/ru/ или свяжитесь с нами по телефону 833-854-0166 (бесплатно). Пользователи ТТУ звонят по номеру 711.

ПАКЕТ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНОГО ЗАЯВИТЕЛЯ

Заявление на назначение уполномоченного представителя

Пожалуйста, приложите следующие документы:

1. Заполненная форма «Уполномоченный представитель для недееспособного заявителя», включая информацию о поставщике медицинских услуг и подтверждение состояния недееспособности заявителя

Примечание: Если у вас есть судебное решение, подтверждающее ваши полномочия, **или** доверенность, вы можете отправить один из этих документов вместо формы.

2. Как минимум два документа, удостоверяющих личность уполномоченного представителя (см. инструкции в форме).
3. Как минимум два документа, удостоверяющих личность заявителя (см. инструкции в форме)
4. Документ, подтверждающий родственные связи между уполномоченным представителем и заявителем (не требуется, если полномочия были предоставлены в рамках судебного процесса).

Заявление на получение пособия (если заявитель ещё не подал заявление на весь запрашиваемый отпуск)

1. Заполненное заявление на получение пособия по программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне»
2. Заполненная форма подтверждения отпуска (заполненная лечащим врачом или другим квалифицируемым лицом)

РАЗДЕЛ 1: ОБЩИЕ ИНСТРУКЦИИ

Заполните и собственноручно подпишите эту форму, если **вы являетесь членом семьи заявителя, который недееспособен** по причине серьезного состояния здоровья, и вы намерены представлять этого заявителя от его имени.

Вы можете запросить право представлять недееспособного заявителя, если вы являетесь его членом семьи, как это определено в ORS 657B.010. Определение члена семьи см. в разделе 3 данных инструкций.

Медицинский работник, лечащий заявителя по причине его недееспособности, должен подписать эту форму для подтверждения серьезного состояния здоровья заявителя.

Программа «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» может обсуждать текущие или ожидающие рассмотрения заявления на отпуск с уполномоченным представителем. Это даёт нам разрешение предоставлять информацию из наших записей, которая в противном случае была бы конфиденциальной. Это включает, но не ограничивается информацией:

- о любых пособиях, которые заявитель уже получил или получит;
- указанной в первоначальном заявлении заявителя;
- о любых решениях по заявлению, которые находятся в процессе рассмотрения или уже были вынесены.

Также это разрешает уполномоченному представителю предоставлять информации программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», в том числе сведения, необходимые для:

- завершения подачи заявления на пособие;
- подачи нового заявления от имени заявителя;
- запроса слушания для пересмотра решения и участия в слушании в Офисе административных слушаний от имени заявителя.

«Оплачиваемый отпуск в Орегоне» признаёт только одного уполномоченного представителя для одного заявителя в каждый момент времени. Мы не принимаем запрос на назначение уполномоченного представителя, если у заявителя уже есть законный опекун или назначенный судом попечитель. Это также относится к заявителям, которые оформили доверенность на другое лицо для представления их интересов в рамках программы.

Пожалуйста, предоставьте всю необходимую информацию. Отсутствие данных может привести к задержке обработки вашего запроса. Подписи в этой форме должны быть собственноручными. Электронные подписи не принимаются.

Если вы готовы подать заявление на получение пособия от имени заявителя, вы можете отправить его вместе с данной формой.

Примечание: Только вы, как уполномоченный представитель, можете подать заявление на получение пособия от имени заявителя.

Нужна помощь?

Департамент занятости штата Орегон (OED) является агентством по обеспечению равных возможностей. Департамент занятости штата Орегон (OED) оказывает бесплатную помощь, чтобы вам было легче воспользоваться нашими услугами. Например: услуги сурдо- и устных переводчиков, предоставление письменных материалов на других языках, материалов с использованием крупного шрифта, а также материалов в аудио- и других форматах. Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 833-854-0166 (звонок бесплатный). Пользователям телетайпов (TTY) следует звонить по номеру 711. Вы также можете отправить нам электронное сообщение по эл. почте: access.paidleave@oregon.gov.

РАЗДЕЛ 2: ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ

Член семьи: заполните части А, В и С этой формы. Передайте часть D лечащему врачу заявителя для заполнения.

- **Часть А:** укажите информацию о заявителе.
- **Часть В:** укажите информацию о себе.
- **Часть С:** укажите дату начала действия полномочий. Если дата окончания не известна — оставьте поле пустым.
- Полномочия автоматически прекращаются:
 - если заявитель перестаёт быть недееспособным
 - когда заканчивается текущий льготный год заявителя
- Если вы не подадите заявление на пособие в течение 30 дней с момента вашего утверждения как уполномоченного представителя.
- В случае смерти заявителя — на дату смерти.

Вы также должны **подписать** эту часть **от руки** и указать дату. Электронные подписи не принимаются.

- **Часть D:** предоставьте врачу заявителя определения из раздела 3 данных инструкций. Попросите врача заполнить и **собственноручно** подписать эту часть формы, чтобы подтвердить недееспособность заявителя.
- Приложите документы, подтверждающие ваше родство с заявителем, а также документы, подтверждающие личность заявителя и вашу собственную. Список допустимых документов приведён в разделе 4.
- Вы должны отправить эту форму и все необходимые документы в «Оплачиваемый отпуск в Орегоне». Вы можете использовать форму «Свяжитесь с нами» на frances.oregon.gov или отправить по почте по адресу:

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

Лечащий врач заявителя:

- Ознакомьтесь с определениями поставщика медицинских услуг, серьезного состояния здоровья и недееспособности в разделе 3 этой инструкции.
- Заполните часть D укажите дату и **подпишите от руки**.
 - Подписывая эту часть, вы подтверждаете, что заявитель:
 - является недееспособным по причине серьезного состояния здоровья (OAR 471-070-1000),
 - не может самостоятельно подать заявление на пособие, и
 - не может самостоятельно выбрать представителя.
 - Электронные подписи не принимаются.
- Верните заполненную и подписанную форму члену семьи, который запрашивает полномочия представлять недееспособного заявителя. Он отправит форму в «Оплачиваемый отпуск в Орегоне».

РАЗДЕЛ 3: ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Определение члена семьи

Согласно ORS 657B.010 членом семьи считается:

- супруг (супруга) покрываемого лица;
- ребенок покрываемого лица, супруг(а) или гражданский(ая) супруг(а) ребенка;
- родитель покрываемого лица, супруг(а) или гражданский(ая) супруг(а) родителя;
- брат или сестра, сводные брат или сестра покрываемого лица, их супруги или гражданские супруги;
- дедушка или бабушка покрываемого лица, их супруги или гражданские супруги;
- внук/внучка покрываемого лица, супруг(а) или гражданский(ая) супруг(а) вашего(ей) внука/внучки;
- гражданский(ая) супруг(а) покрываемого лица ; или
- Любой человек, с которым покрываемое лицо связанное кровным родством или тесно связаны как с членом семьи.

Определение поставщика медицинских услуг

OAR 471-070-1000 определяет поставщика медицинских услуг следующим образом:

(а) Лицо, которое несет основную ответственность за оказание медицинской помощи заявителю или члену семьи заявителя до или во время «Оплачиваемого отпуска», имеющее лицензию или сертификат на практику в соответствии с законодательством штата или страны, в которой оно практикует, выполняющее работу в рамках своей профессиональной лицензии или сертификата, и являющееся (n):

- Врач мануальной терапии (но только в том случае, если врач мануальной терапии проводит лечение, состоящее из ручных манипуляций с позвоночником для устранения подвывиха, наличие которого
- Практикующая медсестра-акушерка
- Оптометрист
- Врач терапевт

подтверждено рентгеновскими снимками)

- Стоматолог
- Акушер
- Врач-натуропат
- Медсестра-практикантка
- Врач-ассистент
- Психолог
- Дипломированная медсестра
- Уполномоченный социальный работник (или)

(b) Лицо, которое несет основную ответственность за лечение заявителя или члена семьи заявителя исключительно духовными средствами до или во время «Оплачиваемого отпуска», включая, но не ограничиваясь, практикующим врачом христианской науки.

Определение серьезного состояния здоровья

OAR 471-070-1000 определяет серьезное состояние здоровья следующим образом:

Болезнь, травма, нарушение здоровья, физическое или психическое состояние заявителя или члена его семьи, которое:

- Требуется стационарного лечения в медицинском учреждении, таком как больница, хоспис или интернат, например, дом престарелых или стационарный центр лечения зависимости от психоактивных веществ
- По мнению поставщика медицинских услуг, представляет непосредственную угрозу смерти или имеет терминальный прогноз с обоснованной вероятностью смерти в ближайшем будущем
- Требуется постоянного или непрерывного ухода, включая уход на дому, осуществляемый медицинским работником
- Предполагает период нетрудоспособности. «Нетрудоспособность» - это невозможность выполнять хотя бы одну из основных рабочих функций, посещать школу или заниматься обычной повседневной деятельностью в течение более трех календарных дней подряд. Период нетрудоспособности включает любое последующее необходимое лечение или период восстановления, связанный с тем же заболеванием. Нетрудоспособность должна быть связана с одним из следующих факторов:
 - Лечение у поставщика медицинских услуг в течение двух или более процедур
 - Один курс лечения плюс постоянный уход
- Приводит к периоду нетрудоспособности или лечению хронического серьезного заболевания, которое требует периодических посещений для лечения у поставщика медицинских услуг, продолжается в течение длительного периода времени и может вызвать эпизодический, а не продолжительный период нетрудоспособности, например, астма, диабет или эпилепсия
- Предполагает постоянную или длительную нетрудоспособность из-за состояния, лечение которого может оказаться неэффективным, например, болезнь Альцгеймера, серьезный инсульт или терминальная стадия заболевания. Работник или член семьи должен находиться под постоянным наблюдением поставщика медицинских услуг, но не обязательно получать активное лечение
- Включает в себя многократное лечение восстановительной хирургии или такого заболевания, как химиотерапия при раке, физиотерапия при артрите или диализ при

заболевании почек, которое в случае отсутствия лечения может привести к нетрудоспособности более чем на три календарных дня

- Включает в себя любой период нетрудоспособности по причине беременности, родов, выкидыша или мертворождения, или период отсутствия для дородового ухода
- Включает в себя любой период отсутствия на работе для донорства части тела, органа или ткани, в том числе предоперационные или диагностические услуги, хирургическое вмешательство, послеоперационное лечение и восстановление

Определение недееспособности

Согласно закону ORS 125.005 (5), «Недееспособность» означает состояние, при котором способность человека эффективно получать и оценивать информацию или принимать решения снижена настолько, что он не способен удовлетворять основные требования, необходимые для поддержания своего физического здоровья или безопасности. «Выполнение основных требований к физическому здоровью и безопасности» означает действия, необходимые для обеспечения медицинского обслуживания, питания, жилья, одежды, личной гигиены и другого ухода, без которого возможно получение серьезной физической травмы или заболевания.

РАЗДЕЛ 4: ПРИЕМЛЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Приемлемые документы для подтверждения вашего родства:

- Свидетельство о гражданском браке
- Свидетельство о рождении
- Свидетельство о законном браке
- Другие документы, по усмотрению программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», выданные независимой третьей стороной, которые подтверждают брак, домашнее партнерство, родительство или другие семейные отношения между заявителем и лицом, подающим заявление на выполнение функций представителя от имени заявителя.

Допустимые документы для подтверждения личности недееспособного заявителя и лица, подающего заявление на представление его интересов:

Примечание: вы должны предоставить два основных документа, или один основной и два второстепенных документа как для себя, так и для заявителя, чьи интересы вы представляете. Документы должны быть цветными сканами в формате PDF.

Основные документы

- Водительские права (или ученическое разрешение) из штата или территории США (мы рассмотрим водительские права с истекшим сроком действия, если этот срок истек) в течение последних 12 месяцев и не поврежден)
- Другое государственное удостоверение личности с фотографией (документ должен быть постоянного образца с фотографией. Военные удостоверения, временные или бумажные документы не принимаются)
- Выданное штатом удостоверение личности с фотографией (мы рассмотрим удостоверение личности с истекшим сроком действия, если этот срок истек в течение последних 12 месяцев и не поврежден)
- Паспорт США или паспортная карта США
- Карта постоянного резидента США (I-551)
- Карта разрешения на трудоустройство (I-766), выданная USCIS (удостоверения личности, выданные работодателем, не принимаются)
- Иностраннй паспорт
- Медицинская идентификационная карточка ветерана
- Карты доверенных путешественников DHS (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- Канадские водительские права
- Сертификат о получении гражданства (Form N-550 или N-570)
- Национальное удостоверение личности (только если вы проживаете за пределами США)
- Федерально признанное удостоверение личности с фотографией, выданное племенным правительством
- Неиммиграционная виза, выданная Государственным департаментом США (срок действия не более пяти лет)
- Временная иммиграционная виза (I551), выданная Государственным департаментом США (срок действия не более пяти лет)

Дополнительные документы (в качестве дополнительных документов принимаются

отсканированные в цветном виде и PDF-файлы следующих документов)

- Карта социального страхования
- Свидетельство США о рождении за границей (FS-545)
- Сертификат регистрации рождения в США (DS-1350)
- Справка консульства США о рождении за границей (FS-240)
- Карточка медицинского страхования США
- Свидетельство о рождении в США с печатью официального лица (имя и фамилия)
- Форма W-2
- Форма 1098
- Карточка автострахования
- Карточка пересечения границы
- Карточка моряка торгового флота Береговой охраны США
- Форма удостоверения личности гражданина США (I-197)
- Карта Министрства Канады по делам индейцев и северных территорий
- Студенческий билет с фотографией из колледжа или университета
- Транскрипт из колледжа или университета
- Сертификат об увольнении в запас
- Выписка по автострахованию или страхованию жилья
- Письмо, подтверждающее резидентство штата
- Сертификация получателей Программы дополнительной продовольственной помощи
- Документ племени коренных Американцев
- Форма не владельца SSA-1099
- Форма SSA-1099
- Регистрационная карточка или свидетельство избирателя США или территории США
- Сертификация получателей услуг для женщин, младенцев и детей (WIC) в Пуэрто-Рико

Дополнительные документы (не более чем 90-дневной давности)

- **Счет за коммунальные услуги** (с указанием номера счета, полного имени и текущего адреса)
- **Счет за медицинские услуги** (с указанием номера счета, полного имени и текущего адреса)
- **Выписка из банка, кредитной или финансовой организации** (с указанием номера вашего счета, полного имени и текущего адреса; выдана банком)
- **Квитанция о заработной плате** (с указанием ФИО, названия работодателя или компании, текущего адреса; обязательна настоящая квитанция, а не платежный чек)

ЧАСТЬ А - ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя заявителя:	Фамилия заявителя:
Номер социального страхования (SSN): _____ или	
Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN): _____	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): / /	Номер телефона заявителя:
Адрес заявителя:	Почтовый адрес (если отличается от физического):
Адрес электронной почты заявителя (необязательно):	

ЧАСТЬ В – ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Имя представителя:	Фамилия представителя:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): / /	Связь с заявителем:
Физический адрес:	Почтовый адрес (если отличается от физического):
Номер телефона:	Адрес электронной почты (необязательно):

ЧАСТЬ С – ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Данные полномочия действуют с (ММ/ДД/ГГГГ): / / по: / /
(Оставьте поле пустым, если дата не известна)

Основания для прекращения вашего статуса уполномоченного представителя недееспособного заявителя:

- Полномочия автоматически прекращаются (в зависимости от того, что наступит раньше):
 - если заявитель перестаёт быть недееспособным, или
 - когда заканчивается текущий льготный год заявителя
- если вы не подадите заявление на пособие в течение 30 дней с момента вашего утверждения как уполномоченного представителя
- в случае смерти заявителя — на дату смерти

Имя заявителя:	Номер социального страхования (SSN)/ Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN):
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Подтверждение уполномоченного представителя недееспособного заявителя: Я действую в интересах заявителя и буду соблюдать конфиденциальность любой информации, полученной мной от программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» по поручению заявителя. Я понимаю, что мои полномочия прекратятся в случае, если заявитель перестал быть недееспособным. Я соглашаюсь уведомить «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» в течение трех календарных дней с момента, когда мне станет известно, что заявитель может действовать от своего имени.

Подпись уполномоченного представителя: _____ Дата: / /

Вы должны подписать эту форму от руки. Мы не принимаем электронные подписи.

ЧАСТЬ D – ИНФОРМАЦИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Имя и фамилия заявителя:	Дата рождения: / /
Имя и фамилия лечащего врача:	Должность:
Номер лицензии (не обязательно):	Штат или страна:
Вид практики или медицинская специальность:	Номер телефона:

Адрес электронной почты (необязательно):

Название клиники или больницы:

Адрес:

Я прочитал определения понятия «поставщик медицинских услуг», «серьезное состояние здоровья» (OAR 471-070-1000) и «недееспособность» (ORS 125.005).

Подтверждение поставщика медицинских услуг: Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что:

- заявитель недееспособен (ORS 125.005) по причине серьезного состояния здоровья, как определено в OAR 471-070-1000;
- заявитель не может выполнить необходимые шаги для подачи заявления на получение пособия программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» и не может выбрать представителя, который будет действовать от его имени;
- я являюсь поставщиком медицинских услуг, уполномоченным подтверждать состояние здоровья заявителя в соответствии с определением, изложенным в OAR 471-070-1000 и оказываю заявителю медицинскую помощь в связи с его нетрудоспособностью;
- информация, представленная в этой форме, является достоверной и правильной.

Подпись лечащего врача: _____ Дата: / /

Вы должны подписать эту форму от руки. Мы не принимаем электронные подписи.

Вы можете подать заявление на получение льгот в рамках программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», заполнив данную форму и приложив документацию, соответствующую вашему типу отпуска. Мы рекомендуем ознакомиться со всеми требованиями, предъявляемыми к получению льгот, до заполнения заявления. Вы можете найти эту информацию на веб-сайте paidleave.oregon.gov/ru/, или позвонив нам по номеру 833-854-0166.

Вы можете отправить свое заявление за 30 дней до даты начала отпуска или в течение 30 дней после этой даты. Если по не зависящим от вас обстоятельствам, вы не смогли отправить заявление в течение этого 60-дневного периода, то «Оплачиваемый отпуск» может принять ваше заявление в течение одного года с даты начала вашего отпуска. Если вы столкнулись с не зависящими от вас обстоятельствами, то необходимо отправить документацию в адрес программы «Оплачиваемого отпуска» с объяснением причины задержки. После рассмотрения представленных документов будет принято решение.

Самый быстрый и простой способ подать заявление на получение льгот, отследить его статус и выплаты по льготам — это создать учетную запись участника программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» на веб-сайте frances.oregon.gov.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОТПУСКА

Вам необходимо предоставить подтверждение конкретного жизненного события, приложив соответствующую документацию. «Оплачиваемый отпуск» на основании этой документации вынесет решение, имеете ли вы право на получение льгот, соответствуете ли вы определению запрашиваемого вами типа отпуска, а также рассчитает количество дней отпуска и срок, в течение которого вы можете претендовать на пособие. Список допустимой подтверждающей документации приведен в нашем Руководстве для работников на сайте paidleave.oregon.gov/ru/resources/resources.html. К заявлению обязательно приложите разборчиво заполненную копию соответствующей подтверждающей документации.

ИНФОРМАЦИЯ О ДРУГИХ ПОСОБИЯХ

«Страхование по безработице» и компенсационные выплаты работникам за потерю рабочего времени

Вы не сможете получать пособие по «Оплачиваемому отпуску» за ту неделю, в течение которой вы получили компенсационные выплаты работникам за потерю рабочего времени или пособие по программе «Страхование по безработице».

Компенсационные выплаты работникам за потерю рабочего времени - это компенсационные выплаты, которые заменяют заработную плату работника.

Нужна помощь?

Далее приведена чрезвычайно важная информация. Департамент занятости штата Орегон (OED) является агентством по обеспечению равных возможностей. Департамент занятости штата Орегон (OED) оказывает бесплатную помощь, чтобы вам было легче воспользоваться нашими услугами. Например: услуги сурдо- и устных переводчиков, предоставление письменных материалов на других языках, материалов с использованием крупного шрифта, а также материалов в аудио- и других форматах. Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 833-854-0166 (звонок бесплатный). Пользователям телетайпов (TTY) следует звонить по номеру 711. Вы также можете отправить нам электронное сообщение по эл. почте: access.paidleave@oregon.gov.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ

Номер социального страхования (SSN): _____ или

Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN): _____

Имя:

Отчество (при наличии):

Фамилия:

Предпочитаемое имя:

Имена, по которым вас знают ваши нынешние или прежние работодатели:

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): / /

Номер водительского удостоверения или удостоверения личности государственного образца (при наличии):

Штат, выдавший документ:

Какие местоимения использовать в отношении вас? (выберите все, что относится к данному вопросу)

- Он/ему/его
- Он/ему/его
- Они/им/их
- Предпочитаю не указывать
- Нет предпочтений
- Не указано в списке: _____
- Затрудняюсь ответить (для уполномоченного представителя)

На каком языке вы хотите получать наши услуги?

- Английский
- Испанский

Мы предоставляем бесплатную помощь, чтобы вы могли воспользоваться нашими услугами. Помимо прочего, мы готовы предоставить переводчиков и сурдопереводчиков, текстовые материалы на других языках и версии, напечатанные крупным шрифтом, а также материалы в аудио- и других альтернативных форматах.

Требуется ли вам помощь, чтобы воспользоваться нашими услугами?

- Да
- Нет

Полное имя:	SSN/ITIN:
-------------	-----------

ИДЕНТИФИКАЦИЯ (продолжение)

Согласно налоговому законодательству и административным правилам штата Орегон необходимо, чтобы при подаче заявления на льготы в рамках программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» вы указали свой идентификационный номер налогоплательщика (TIN). Ваш TIN — это присвоенный вам номер социального страхования (SSN) или индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN). Департамент занятости штата Орегон (OED) использует его для подтверждения вашей личности и передачи сведений о выплатах в Налоговую службу США и Департамент налогообложения штата Орегон. Если в качестве TIN указывается SSN, OED обращается в Администрацию социального обеспечения за подтверждением. Если в качестве TIN указывается ITIN, OED обращается в Налоговую службу за подтверждением. OED использует ваш TIN в качестве записи для обработки вашего заявления и в статистических целях, связанных с программой «Оплачиваемый отпуск в Орегоне». Эти статистические данные не содержат сведений, позволяющих установить личность. OED может использовать ваш TIN для взыскания задолженности.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Адрес электронной почты: _____

Примечание: Для получения от нас информации в электронном виде создайте учетную запись в системе Frances Online по адресу frances.oregon.gov.

Номер телефона № 1

- Мобильный телефон
- Домашний телефон
- Рабочий телефон

Номер телефона: (____) _____ - _____

Номер телефона № 2 (по желанию)

- Мобильный телефон
- Домашний телефон
- Рабочий телефон

Номер телефона: (____) _____ - _____

ФИЗИЧЕСКИЙ АДРЕС

Строка адреса 1:

Строка адреса 2:

Тип строения:

Номер строения:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Округ:

Адресат:

Страна:

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается от физического адреса)

Строка адреса 1:

Строка адреса 2:

Тип строения:

Номер строения:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Округ:

Адресат:

Страна:

Полное имя:

SSN/ITIN:

ТИП ОТПУСКА И ДАТЫ

Запрашиваемый тип отпуска? (Укажите «Да» только для одного варианта)

Отпуск связанный с рождением ребенка. Вы берете отпуск для ухода за ребенком и укрепления эмоциональной связи с ним в течение первого года после рождения ребенка или в течение первого года после устройства в семью на патронатное воспитание или усыновления/удочерения?

Да Нет

Отпуск по семейным обстоятельствам. Вы берете отпуск для ухода за членом семьи, имеющим серьезное нарушение здоровья? Да Нет

Отпуск по медицинским показаниям. Вы берете отпуск по болезни из-за своего серьезного нарушения здоровья? Да Нет

Отпуск для обеспечения безопасности. Вы берете отпуск в связи с тем, что вы, ваш ребенок, или иждивенец стали жертвой сексуального насилия, домашнего насилия, домогательства, преступления на почве предубеждений или преследованием? Да Нет

Предварительный отпуск (перед усыновлением). Берете ли вы отпуск для проведения необходимых мероприятий перед тем, как усыновить ребенка или принять приемного ребенка в свой дом? (При таком типе отпуска вам необходимо взять отпуск по прерывистому графику. Вам необходимо подавать еженедельное заявление за каждую неделю отпуска.) Да Нет

Запланированная дата начала отпуска? ____/____/____(ММ/ДД/ГГГГ)

Запланированная дата завершения запрашиваемого отпуска? ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)

Полное имя:	SSN/ITIN:
-------------	-----------

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ О ТИПЕ ОТПУСКА

Ответьте на вопросы относительно типа отпуска, который выбрали в разделе выше. Не для всех типов отпусков предусмотрены дополнительные вопросы.

Отпуск по уходу за членом семьи

Вы берете отпуск для ухода за каким членом семьи? Ребенок Внук Дедушка или бабушка Родитель Брат или сестра Супруг или сожитель Другое

Если выбран вариант «Другое», пожалуйста объясните, какими отношениями вы связаны, как с членом семьи.

Контактная информация лица, за которым вы осуществляете уход:

Имя:

Фамилия:

Номер телефона:

Адрес человека, за которым вы осуществляете уход:

Строка адреса 1:

Строка адреса 2:

Тип строения:

Номер строения:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Страна:

Какой вид ухода или поддержки вы оказываете члену вашей семьи? Выберите вариант, который лучше всего подходит для вашей ситуации.

- Эмоциональная поддержка или комфорт
- Организация медицинского обслуживания или выполнение других административных задач
- Медицинская или физическая помощь
- Транспортировка к медицинскому учреждению
- Другое

Если выбран вариант «Другое», пожалуйста объясните:

Полное имя:

SSN/ITIN:

Отпуск для обеспечения безопасности

Для кого вам требуется взять отпуск для обеспечения безопасности? Вы сами Мой ребенок или иждивенец

Примечание: Вашему ребенку должно быть меньше 18 лет; если ребенок старше 18 лет, он/она должны быть иждивенцем с физической или умственной инвалидностью которая ограничивает его способность жить самостоятельно.

Выберите цель(-и) вашего отпуска для обеспечения безопасности. (Выберите вариант(ы), наиболее подходящий(ие) для вашей ситуации.)

- Для получения юридической или правохранительной консультации для обеспечения здоровья и безопасности себя, вашего ребенка, или иждивенца, включая подготовку и участие в судебных слушаниях, связанных с сексуальным нападением, домашнем насилии, домогательством, преступлением на почве предубеждений, или преследованием
- За обращением за медицинской помощью или восстановление после травм, вызванных сексуальным нападением, домашнем насилии, домогательством, преступлением на почве предубеждений, или преследованием вас, вашего ребенка, или иждивенца
- За получением консультации для себя, своего ребенка, или иждивенца у лицензированного психолога, так как вы, ваш ребенок, или иждивенец пережили сексуальное нападение, домашнее насилие, домогательства, преступление на почве предубеждения или преследования
- За получением услуг для себя, своего ребенка или иждивенца от поставщика услуг для жертв, так как вы, ваш ребенок или иждивенец пережили сексуальное нападение, домашнее насилие, преследование, преступление на почве предубеждений, или преследования
- Переезд или принятие мер по обеспечению надежности имеющегося жилья, чтобы защитить себя или здоровье и безопасность вашего ребенка или иждивенца
- Не применимо

Полное имя:	SSN/ITIN:
-------------	-----------

ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Полная информация обо всех должностях, которые вы занимали в штате Орегон в следующий период времени:

- В течение 18 месяцев до выхода в оплачиваемый отпуск
- Во время оплачиваемого отпуска

Примечание: Если отпуск еще не начался или вы находитесь в середине оплачиваемого отпуска, укажите только те места работ, на которых вы работали до сегодняшней даты. Если вы выбрали страховое покрытие в рамках программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» для самозанятых лиц, укажите все организации, на которые вы работаете в качестве самозанятого.

Включите все места работ (работодателей), даже если:

- Вы не берете отпуск у каждого из них
- Один (или несколько) из ваших работодателей имеет эквивалентный план

Примечание: Если все ваши работодатели предлагают свои собственные эквивалентные планы оплачиваемого отпуска, остановитесь на данной графе. Вам нужно будет подать заявление через план вашего работодателя, а не в рамках программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне».

Вы должны предоставить всю необходимую информацию по каждому месту работы.

Ваш работодатель (или вы как самозанятое лицо, если вы выбрали этот вариант) обязан ежеквартально отправлять информацию о вашей заработной плате. Программа «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» будет использовать эту информацию для расчета ваших еженедельных пособий. Если мы не сможем определить или проверить вашу заработную плату, то мы свяжемся с вами для получения дополнительной информации.

Работодатель № 1

Название компании работодателя:

Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN):

Идентификационный номер компании (BIN):

Адрес работодателя

Строка адреса 1:

Строка адреса 2:

Тип строения:

Номер строения:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Округ:

Адресат:

Страна:

Полное имя:		SSN/ITIN:	
Имя и фамилия контактного лица работодателя:			
Номер телефона контактного лица работодателя:			
Адрес электронной почты контактного лица работодателя:			
Информация о работе и отпуске			
Дата приема на работу: ____ / ____ / ____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Вы все еще работаете на этого работодателя: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
если «Нет», то ваш последний отработанный день ____ / ____ / ____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Профессия (должность)			
Частота выплат:			
<input type="checkbox"/> Почасовая	<input type="checkbox"/> Два раза в месяц		
<input type="checkbox"/> Ежедневная	<input type="checkbox"/> Ежемесячная		
<input type="checkbox"/> Еженедельная	<input type="checkbox"/> Ежегодная		
<input type="checkbox"/> Каждые две недели			
Сумма вашей заработной платы при указанной периодичности выплат?			
Брали ли вы, или только планируете взять отпуск у этого работодателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если вы берете отпуск у этого работодателя, сколько дней в неделю вы обычно у него работаете? Обведите один вариант: 1 2 3 4 5 6 7			
Если вы берете отпуск у этого работодателя, уведомляли ли вы его о своем отпуске?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если Да, то когда вы уведомили этого работодателя? ____ / ____ / ____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Работодатель № 2			
Название компании работодателя:			
Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN):			
Идентификационный номер компании (BIN):			
Адрес работодателя			
Строка адреса 1:			
Строка адреса 2:			
Тип строения:		Номер строения:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Округ:

Полное имя:		SSN/ITIN:	
Адресат:		Страна:	
Имя и фамилия контактного лица работодателя:			
Номер телефона контактного лица работодателя:			
Адрес электронной почты контактного лица работодателя:			
Информация о работе и отпуске			
Дата приема на работу: ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Вы все еще работаете на этого работодателя: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
если «Нет», то ваш последний отработанный день ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Профессия (должность)			
Частота выплат:			
<input type="checkbox"/> Почасовая	<input type="checkbox"/> Два раза в месяц		
<input type="checkbox"/> Ежедневная	<input type="checkbox"/> Ежемесячная		
<input type="checkbox"/> Еженедельная	<input type="checkbox"/> Ежегодная		
<input type="checkbox"/> Каждые две недели			
Сумма вашей заработной платы при указанной периодичности выплат?			
Брали ли вы, или только планируете взять отпуск у этого работодателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если вы берете отпуск у этого работодателя, сколько дней в неделю вы обычно у него работаете? Обведите один вариант: 1 2 3 4 5 6 7			
Если вы берете отпуск у этого работодателя, уведомляли ли вы его о своем отпуске?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если Да, то когда вы уведомили этого работодателя? ____ / ____ / ____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Работодатель № 3			
Название компании работодателя:			
Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN):			
Идентификационный номер компании (BIN):			
Адрес работодателя			
Строка адреса 1:			
Строка адреса 2:			
Тип строения:		Номер строения:	

Полное имя:		SSN/ITIN:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Округ:
Адресат:		Страна:	
Имя и фамилия контактного лица работодателя:			
Номер телефона контактного лица работодателя:			
Адрес электронной почты контактного лица работодателя:			
Информация о работе и отпуске			
Дата приема на работу: ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Вы все еще работаете на этого работодателя: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
если «Нет», то ваш последний отработанный день ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Профессия (должность)			
Частота выплат:			
<input type="checkbox"/> Почасовая	<input type="checkbox"/> Два раза в месяц		
<input type="checkbox"/> Ежедневная	<input type="checkbox"/> Ежемесячная		
<input type="checkbox"/> Еженедельная	<input type="checkbox"/> Ежегодная		
<input type="checkbox"/> Каждые две недели			
Сумма вашей заработной платы при указанной периодичности выплат?			
Брали ли вы, или только планируете взять отпуск у этого работодателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если вы берете отпуск у этого работодателя, сколько дней в неделю вы обычно у него работаете? Обведите один вариант: 1 2 3 4 5 6 7			
Если вы берете отпуск у этого работодателя, уведомляли ли вы его о своем отпуске?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если Да, то когда вы уведомили этого работодателя? ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
Самозанятость #1			
Название компании, если применимо:			
Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN), если применимо:			
Бизнес-идентификационный номер (BIN), если применимо:			
Адрес			
Строка адреса 1:			
Строка адреса 2:			

Полное имя:		SSN/ITIN:	
Тип строения:		Номер строения:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Округ:
Адресат:		Страна:	
<p>Имя и фамилия контактного лица работодателя:</p> <p>Номер телефона контактного лица работодателя:</p> <p>Адрес электронной почты контактного лица работодателя:</p> <p>Информация о работе и отпуске</p> <p>Первый день работы в этой компании: ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)</p> <p>Вы все еще являетесь самозанятым и работаете в этой компании: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет если «Нет», то ваш последний отработанный день ____/____/____ (ММ/ДД/ГГГГ)</p> <p>Профессия (должность)</p> <p>Частота получения оплаты от компании:</p> <p><input type="checkbox"/> Ежедневная <input type="checkbox"/> Два раза в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Еженедельная <input type="checkbox"/> Ежемесячная</p> <p><input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежегодная</p> <p>Ваш чистый доход от этой компании при указанной частоте получения оплаты?</p> <p>Брали ли вы, или только планируете взять отпуск в качестве самозанятого? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если вы берете отпуск в этой компании, сколько дней в неделю вы обычно там работаете? Обведите один вариант: 1 2 3 4 5 6 7</p>			
<p>Дополнительные работодатели или самозанятость</p> <p><input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если у вас больше работодателей, или больше самозанятости. Далее, заполните и приложите форму о дополнительных работодателях (найдите эту форму на сайте Paid Leave по адресу paidleave.oregon.gov/resources/forms-and-checklists.html).</p>			
<p>ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (И САМОЗАНЯТОГО БИЗНЕСА)</p>			
<p>Сколько дней в неделю в среднем вы работаете на всех своих работодателей в штате Орегон? Если вы выбрали страховое покрытие, укажите работу, выполняемую в качестве самозанятого лица.</p> <p>Примечание. Если вы отправляете заявление после начала отпуска, то укажите среднее количество дней, в течение которых вы работали в штате Орегон на момент начала отпуска. Обведите один вариант: 1 2 3 4 5 6 7</p>			

Полное имя:

SSN/ITIN:

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ

Этот вариант доступен, если вы берете отпуск по семейным обстоятельствам связанный с рождением ребенка или отпуск по медицинским показаниям.

Вы беременны в настоящее время или родили ребенка в прошлом году, и просите предоставить дополнительный отпуск на две недели в связи с проблемами со здоровьем, вызванными беременностью, родами или сопутствующим заболеванием?

Да Нет

Если в настоящее время вы не беременны, укажите дату окончания вашей беременности:

____ / ____ / ____ (ММ/ДД/ГГГГ)

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОТПУСКА

Ваш тип графика отпусков? (выберите только один вариант)

- График прерывистого отпуска.** Вы берете отпуск в период между датой начала и датой окончания отпуска, но при этом работаете несколько дней или недель, в течение этого периода. Вы также можете взять отпуск по двум или более видам отпуска одновременно или взять предварительный отпуск (перед усыновлением).

Примечание: Выбирая этот вариант, вы должны отправлять нам форму еженедельного заявления о пособии на каждую неделю отпуска. Эту форму вы должны отправлять нам в течение 30 дней с момента окончания каждой недели отпуска. Если ваш отпуск начался недавно, приложите к вашей заявке форму еженедельного заявления. Дополнительную информацию см. в инструкциях к форме еженедельного заявления. Позвоните нам по телефону 833-854-0116, чтобы запросить форму.

Для ускорения подачи еженедельных заявлений и просмотра еженедельного статуса создайте учетную запись в системе Frances Online через веб-сайт frances.oregon.gov.

- График последовательного отпуска.** Вы берете отпуск по одному квалифицируемому событию за один раз и не работаете ни у одного из своих работодателей (или занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью) в течение утвержденного срока отпуска.

Для того, чтобы рассчитать размер пособия, предоставьте следующую информацию. Неделя оплачиваемого отпуска длится с воскресенья по субботу.

Сколько дней оплачиваемого отпуска, вы возьмете в течение первой недели начала вашего отпуска? Обведите один вариант: 1 2 3 4 5 6 7

Сколько дней оплачиваемого отпуска вы возьмете в течение последней недели оплачиваемого отпуска? Обведите один вариант: 1 2 3 4 5 6 7

ДРУГИЕ ЛЬГОТЫ

Получали ли вы и планируете ли получать компенсационные выплаты работникам за потерю рабочего времени во время вашего отпуска?

Да Нет

Получали ли вы и планируете ли получать пособия программы «Страхование по безработице» во время вашего отпуска?

Да Нет

Полное имя:

SSN/ITIN:

ДОБРОВОЛЬНОЕ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Ваши ответы не будут использоваться из этого раздела, для принятия решений по вашему заявлению. Ваши ответы только будут использоваться для анализа групповых данных. Для того, чтобы помочь нам лучше понять различные сообщества, которые мы обслуживаем, рекомендуем ответить на вопросы демографического характера ниже. Для любых вопросов вы можете выбрать вариант «Предпочитаю не указывать».

Каковы самая высокая степень или уровень образования, полученные вами?
(выберите один ответ)

- Школа не закончена
- Ниже, чем средняя школа
- Средняя школа, без диплома
- Выпускник средней школы при наличии диплома GED или его аналога
- Техническое, торговое или профессиональное учебное заведение
- Неполное высшее образование или степень младшего специалиста
- Степень бакалавра
- Степень магистра
- Предпочитаю не указывать
- Затрудняюсь ответить (для уполномоченного представителя)

Есть ли у вас инвалидность?

(выберите один ответ)

Вы считаетесь инвалидом, если у вас есть физические, интеллектуальные нарушения и/или нарушения в развитии или состояние здоровья, которые существенно ограничивают основную деятельность, или если у вас есть справка об инвалидности или медицинское заключение. Это также относится к людям, которые.

- Да
- Нет
- Предпочитаю не указывать
- Не уверен (для уполномоченного

Есть ли у вас статус ветерана или военнослужащего? (выберите один ответ)

- Я являюсь ветераном вооруженных сил США, военного резерва или Национальной гвардии
- Я являюсь действующим военнослужащим вооруженных сил США, военного резерва или Национальной гвардии
- Я не являюсь ветераном и не имею военного статуса
- Предпочитаю не указывать
- Затрудняюсь ответить (для уполномоченного представителя)

Какое из представленных утверждений лучше всего вам подходит? (отметьте все подходящие варианты)

- Представитель(-ница) американских индейцев коренных американцев или коренных жителей Аляски
- Азиат(-ка)
- Представитель(-ница) негроидной расы или афроамериканец(-ка)
- Латиноамериканец(-ка)
- Представитель(-ница) коренного населения Гавайских островов или Тихоокеанских островов
- Белый(-ая)
- Представитель(-ница) Ближнего Востока/Северной Африки
- Укажите свой вариант:

- Предпочитаю не указывать

<p>представителя)</p> <p>Вы испаноязычный(-ая), латиноамериканец(-ка) или испанец(-ка) (выберите один ответ)</p> <p><input type="checkbox"/> Да, я испаноязычный(-ая), латиноамериканец (-ка) или испанец(-ка)</p> <p><input type="checkbox"/> Нет, я не испаноязычный(-ая), не латиноамериканец(-ка) и не испанец(-ка)</p> <p><input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать</p> <p><input type="checkbox"/> Затрудняюсь ответить (для уполномоченного представителя)</p> <p>Ваш пол? (выберите один ответ)</p> <p><input type="checkbox"/> Женщина/женский пол</p> <p><input type="checkbox"/> Мужчина/мужской пол</p> <p><input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать</p> <p>Вы трансгендер? (выберите один ответ)</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Неопределенная идентичность/под вопросом</p> <p><input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать</p> <p><input type="checkbox"/> Я не знаю, о чем этот вопрос</p> <p><input type="checkbox"/> Не уверен (для уполномоченного представителя)</p>	<p><input type="checkbox"/> Не уверен (для уполномоченного представителя)</p> <p>Какой у вас гендер? (отметьте все подходящие варианты)</p> <p><input type="checkbox"/> Агендер/отсутствие пола</p> <p><input type="checkbox"/> Небинарный</p> <p><input type="checkbox"/> Женщина</p> <p><input type="checkbox"/> Мужчина</p> <p><input type="checkbox"/> Другой гендер, не указанный в списке. Укажите: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет определенности/под вопросом</p> <p><input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать</p> <p><input type="checkbox"/> Я не знаю, о чем этот вопрос</p> <p><input type="checkbox"/> Не уверен (для уполномоченного представителя)</p> <p>Как вы описываете свою сексуальную ориентацию или сексуальную идентичность? (отметьте все подходящие варианты)</p> <p><input type="checkbox"/> Асексуал</p> <p><input type="checkbox"/> Бисексуал</p> <p><input type="checkbox"/> Гей</p> <p><input type="checkbox"/> Лесбиянка</p> <p><input type="checkbox"/> Пансексуал</p> <p><input type="checkbox"/> Квир</p> <p><input type="checkbox"/> Нет определенности/под вопросом</p> <p><input type="checkbox"/> Любовь к представителям одного гендера</p> <p><input type="checkbox"/> Любовь к представителям одного пола</p> <p><input type="checkbox"/> Гетеросексуал (привлекают преимущественно или только представители другого пола или гендера)</p> <p><input type="checkbox"/> Другая сексуальная ориентация, не указанная в списке. Укажите: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать</p> <p><input type="checkbox"/> Я не знаю, о чем этот вопрос</p> <p><input type="checkbox"/> Не уверен (для уполномоченного представителя)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Полное имя:

SSN/ITIN:

ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ

Если выплаты по льготам будут одобрены, как бы вы хотели их получать? (выберите только один вариант)

Прямой депозит средств на счет

Текущий счет

Сберегательный счет

Финансовое учреждение: _____

Код банка: _____

Номер счета: _____

Поставьте галочку ниже для подтверждения, что в качестве способа оплаты выбран прямой депозит средств на счет:

Я даю программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» реализуемой Департаментом занятости штата Орегон, разрешение на осуществление электронного прямого перевода платежа в выше-указанное финансовое учреждение. Я даю выше-указанному учреждению разрешение принять этот платеж и внести его на указанный выше счет.

Я понимаю, что это разрешение заменяет любое ранее выданное разрешение и будет оставаться в силе до тех пор, пока я не отправлю письменное уведомление об его отмене в программу «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» или пока не пройдет один год с момента последней подачи моего заявления.

Я понимаю, что если выплаты по льготам не могут быть зачислены на указанный выше счет финансового учреждения, то они будут автоматически направляться на U.S. Bank ReliaCard®. Перед тем как выбрать способ оплаты, я ознакомился(-ась) с информацией о ReliaCard.

Дебетовая карта (ReliaCard®).

Примечание. Если в прошлом вы уже получали выплаты по программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» на ReliaCard, то для этого заявления будет использоваться та же карта ReliaCard. Сообщите в программу «Оплачиваемого отпуска» если вам нужна новая карта.

Я ознакомился(-ась) с прилагаемой информацией о ReliaCard.

Полное имя:

SSN/ITIN:

ВЫБОР ОТНОСИТЕЛЬНО НАЛОГОВОГО УДЕРЖАНИЯ

Каковы ваши предпочтения относительно удержания налогов при выплате пособий?

- Я хочу, чтобы из выплат удерживались ОБА налога: 10 % федеральный подоходный налог и 8 % подоходный налог штата с физических лиц.
- Я хочу, чтобы из выплат удерживался ТОЛЬКО 10 % федеральный подоходный налог с физических лиц.
- Я хочу, чтобы из выплат удерживался ТОЛЬКО 8 % подоходный налог штата с физических лиц.
- Я не хочу, чтобы при выплате пособий удерживались налоги.
- Я подтверждаю под страхом наказания по закону, что предоставленная мной информация является правдивой и правильной, в меру моих знаний и убеждений. Я понимаю, что закон предусматривает наказание за дачу ложных показаний для получения пособий через программу «Оплачиваемый отпуск в Орегоне». Подписывая следующее заявление, я подаю заявление на получение льгот по программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне».

Я разрешаю программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» предоставлять соответствующую информацию моему работодателю (работодателям), включая, в частности, информацию о моем заявлении на отпуск, об одобрении или отклонении моего заявления, о датах, продолжительности и частоте отпуска, а также о размере моего еженедельного пособия.

Я разрешаю программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» предоставлять соответствующую информацию поставщикам медицинских услуг, связанную с моим заявлением о предоставлении оплачиваемого отпуска

Я понимаю, что я должен(-а) уведомлять программу «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» о любых изменениях в информации, которую я предоставил(-а) в этом заявлении, включая даты и количество отпусков, а также об изменениях в моем трудоустройстве.

Подпись:

Дата (ММ/ДД/ГГГГ):

Подпись представителя,
назначенного заявителем:

Дата (ММ/ДД/ГГГГ):

Представитель, назначенный заявителем
(Имя и фамилия печатными буквами):

Подпись уполномоченного представителя
недееспособного или умершего заявителя:

Дата (ММ/ДД/ГГГГ):

Уполномоченный представитель недееспособного или умершего заявителя
(Имя и фамилия печатными буквами):

Полное имя:

SSN/ITIN:

Примечание: Вы должны получить одобрение от департамента, чтобы действовать от имени заявителя в качестве представителя, назначенного заявителем, или уполномоченного представителя, прежде чем мы сможем принять от вас заявление или другую информацию. Формы для запроса такого статуса доступны на нашем веб-сайте.

Отсутствие информации или документов может привести к задержке в обработке вашего заявления на льготы.

Отправьте заполненное заявление и все необходимые документы по адресу:

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

Информация, предоставляемая перед приобретением карты U.S. Bank ReliaCard®
 Название программы: Oregon State Government Programs

Некоторые материалы и услуги могут быть доступны только на английском языке.
 Ссылки, содержащиеся в данном сообщении, могут направлять вас на англоязычные веб-сайты.

У вас несколько вариантов получения выплат, включая прямое зачисление на банковский счет или данную предоплаченную карту. Узнать о доступных вариантах и выбрать наиболее удобный вы можете в своем агентстве.			
Ежемесячная комиссия	За каждую покупку	Снятие наличных в банкомате	Пополнение наличными
\$0	\$0	\$0 внутри сети \$2,00* вне сети	Нет
Запрос баланса в банкомате (внутри и вне сети)			\$0
Служба поддержки клиентов (автоматизированная или с оператором)			\$0 за звонок
Неактивность (по истечении 365 дней без совершения операций)			\$2,00 в месяц
Также взимается комиссия за три других услуги. Вот некоторые из них:			
Международные операции			3%
Замена карты (обычная или ускоренная доставка)			\$0 или \$15,00
* Размер комиссии может быть ниже в зависимости от способа и места использования карты. См. приложенные тарифы за обслуживание, чтобы узнать о том, как бесплатно получать доступ к своим средствам и информацию о балансе. Овердрафт и кредит недоступны. На ваши средства может распространяться страхование FDIC. Общие сведения о предоплаченных счетах см. на странице cfpb.gov/prepaid . Для получения дополнительной информации об условиях взимания комиссий и оказания услуг ознакомьтесь с пакетом документов, приложенных к карте, позвоните по тел. 1-855-282-6161 или посетите веб-сайт usbankreliacard.com .			

CR-57059532 - Russian

Перечень тарифов за обслуживание карты U.S. Bank ReliaCard®

Название программы: Oregon State Government Programs

Все тарифы	Сумма	Подробности
Снятие наличных		
Снятие наличных в банкомате (внутри сети)	\$0	Это комиссия за одну операцию снятия наличных. К банкоматам внутри сети относятся банкоматы U.S. Bank и MoneyPass®. Местоположение банкоматов см. на странице usbank.com/locations или moneypass.com/atm-locator.html .
Снятие наличных в банкомате (вне сети)	\$2,00	Это комиссия за одну операцию снятия. Комиссия не взимается за две первые операции снятия наличных в банкоматах в месяц, включая снятие наличных в банкоматах вне сети и международные операции снятия наличных в банкоматах. К банкоматам вне сети относятся любые банкоматы, кроме банкоматов U.S. Bank и MoneyPass. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже если вы не завершили операцию).
Снятие наличных через кассира в отделении банка	\$0	Это комиссия за снятие наличных с карты через кассира в отделении банка или кредитном кооперативе, принимающем карты Visa®.
Пользование картой за пределами США		
Международные операции	3%	Это комиссия за пользование картой для оплаты покупок в зарубежных магазинах и за снятие наличных в иностранных банкоматах; рассчитывается как процент от суммы операции в долларах после обмена валюты. В соответствии с действующими правилами сети некоторые операции считаются международными, даже если вы и/или банкомат или продавец находитесь в США. Банк не осуществляет контроля за тем, к какой категории относятся тот или иной магазин, банкомат или операция.
Международные операции снятия наличных в банкоматах	\$2,00	Это комиссия за одну операцию снятия. Комиссия не взимается за две первые операции снятия наличных в банкоматах в месяц, включая снятие наличных в банкоматах вне сети и международные операции снятия наличных в банкоматах. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже если вы не завершили операцию).
Прочее		
Замена карты	\$0	Это комиссия за доставку новой карты на замену обычным почтовым отправлением (срок — до 10 рабочих дней).
Ускоренная доставка карты на замену	\$15,00	Это комиссия за ускоренную доставку (до 3 рабочих дней), взимаемая дополнительно к комиссии за замену карты.
Неактивность	\$2,00	Взимается ежемесячно в случае отсутствия операций по карте на протяжении 365 дней подряд.

Ваши средства застрахованы Федеральной корпорацией страхования вкладов (FDIC). Ваши средства будут размещены в U.S. Bank National Association, финансовом учреждении, застрахованном FDIC, и застрахованы до 250 000 долларов США FDIC в случае банкротства U.S. Bank. Подробнее см. на сайте: fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html

Функции овердрафта или кредитования отсутствуют.

Свяжитесь со службой поддержки держателей карт, позвонив по номеру 1-855-282-6161, по почте: P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 или посетите сайт <https://www.usbankreliacard.com/>

Для получения общей информации о предоплаченных счетах посетите: cfpb.gov/prepaid

Если у вас есть жалоба на предоплаченный счёт, свяжитесь с Бюро финансовой защиты потребителей по телефону 1-855-411-2372 или посетите: cfpb.gov/complaint