

本资料包适用于因俄勒冈带薪休假，需要获得授权、以代表无行动能力申请人行事的人员。

您可以通过以下方式提交本资料包：

- 使用网站 frances.oregon.gov 上的 **联系我们** 表格
- 将填写完成的表格及所有必需文件邮寄至：

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

为避免延误，请一次性提交所有必需的文件和表格。如果我们在您的授权申请获批之日起 30 天内未收到所需的全部申请信息和证明文件，您可能需要重新开始整个流程。

注意：根据您的具体情况，您可能不需要提交本资料包中的所有表格。例如，如果申请人已就所请求的所有休假提交了申请，则无需再提交申请表。

如需更多信息，请访问我们的网站 paidleave.oregon.gov 或致电 833-854-0166 (免费电话)。TTY 用户请拨打 711。

无行动能力申请人的授权代理人资料包

授权代理人申请

请随附以下文件：

1. 一份填写完整的《无行动能力申请人的授权代理人表》，其中须包含医疗服务提供者信息及确认申请人无行动能力的证明。
注意：如果您有法院出具的授权函或授权委托书 (Power of Attorney)，可提交其中之一以替代表格。
2. 至少两份授权代理人的身份证明文件 (具体要求请参阅表格说明)
3. 至少两份申请人的身份证明文件 (具体要求请参阅表格说明)
4. 证明授权代理人与申请人关系的文件 (如授权是通过法律程序授予的，则无需提供)

福利申请 (如申请人尚未就所请求的全部休假提出申请)

1. 一份填写完成的《带薪休假福利申请表》
2. 一份《休假核实表》（由医疗服务提供者或其他获授权人员填写）

第一部分: 一般说明

如果您是**因严重健康状况而丧失行动能力的申请人的家庭成员**，并希望代表该申请人行事，请填写并亲笔签署此表格。

如果您符合《俄勒冈州修订法规》(ORS) 657B.010 中对“家庭成员”的定义，您可以申请代表无行动能力的申请人。您可以在本说明的第 3 部分找到关于“家庭成员”的定义。

为确认申请人的严重健康状况，正在为其提供治疗的医疗保健提供者必须在此表格上签字。

俄勒冈带薪休假可以与授权代理人讨论当前或待处理的带薪休假申请。此授权允许我们提供原本属于保密信息的记录内容。包括但不限于以下信息：

- 关于申请人已领取或将领取的任何福利
- 申请人在最初申请中提供的信息
- 关于我们对该申请作出的任何待定或已发布的决定

此授权也允许授权代理人向带薪休假项目提供信息，包括为以下需求所需的信息：

- 完成福利申请
- 为申请人提交新的福利申请
- 请求举行听证以复审带薪休假的决定，并代表申请人出席在行政听证办公室的听证会

带薪休假在同一时间内对每位申请人仅认可一名授权代理人。如果申请人已有法定监护人或法院指定的财产管理人被授权代表其行事，我们将不接受新的授权代理人申请。对于已授予他人代理授权 (power of attorney)，使其能在俄勒冈带薪休假事务中代表自己行事的申请人，同样适用上述规定。

请提供所有必需信息。缺少信息可能会导致处理您的请求时出现延误。此表格上的签名必须为手写签名，我们无法接受电子签名。

如果您已准备好代表申请人提交福利申请，您可以将申请与此表格一同寄送。

注意：作为授权代理人，您是唯一能够代表申请人提交福利申请的人。

需要帮助吗？

这些信息至关重要。俄勒冈就业部 (OED) 是一个平等机会机构。OED 提供免费帮助，以便您可以使用我们的服务。一些例子是手语和口语翻译、其他语言的书面材料、大字体、音频和其他格式。如需帮助，请致电 833-854-0166 (免费)。TTY 用户请拨打 711。您也可以发送电子邮件至 access.paidleave@oregon.gov。

第二部分: 填写表格说明

家庭成员: 填写本表中的 A, B 和 C 部分。D 部分由申请人的医疗保健提供者填写。

- **A部分:** 此处填写申请人信息。
- **B部分:** 此处填写您本人的信息。
- **C部分:** 此处填写授权的开始日期。如果您不知道申请人丧失行动能力的结束日期，请将授权结束日期留空。
- 授权将在以下情况下自动终止:
 - 申请人不再处于丧失行动能力状态
 - 申请人的当前福利年度结束
- 如果您在本部门批准您为授权代理人后的 30 天内未提交带薪休假福利申请。
- 如申请人去世，授权将在其死亡日期终止。

您还必须填写本部分，**亲笔**签名并注明日期。我们无法接受电子签名。

- **D部分:** 请将本说明第 3 部分中的相关定义提供给申请人的医疗保健提供者。申请人的医疗保健提供者必须填写并**亲笔**签署本部分，以确认申请人处于丧失行动能力状态。
- 请附上能够证明您与申请人之间家庭关系的文件，以及能够证明申请人身份和您本人身份的文件。您可以在本说明的第 4 部分找到可接受的证明文件清单。
- 您必须将此表格及所有其他所需文件提交给俄勒冈带薪休假。您可以通过 frances.oregon.gov 网站上的 '[联系我们](#)' 表格以电子方式提交，或将其邮寄至以下地址:

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

申请人的医疗保健提供者:

- 请查看本说明第 3 部分中关于医疗保健提供者、严重健康状况和丧失行动能力的定义。
- 请填写本表中的 D 部分，并在此部分**亲笔**签名及注明日期。
 - 通过填写并签署此部分，您确认申请人:
 - 因严重健康状况 (OAR 471-070-1000) 而丧失行动能力，

- 无法申请俄勒冈带薪休假福利，并且
- 无法选择一名代表代其行事。
- 我们无法接受电子签名。
- 请将已填写并签署的表格交还给申请代表无行动能力申请人的家庭成员。由他们将此表格提交给俄勒冈带薪休假。

第三部分: 定义

家庭成员定义

ORS 657B.010 对家庭成员的定义如下:

- 投保人的配偶;
- 投保人的子女, 或该子女的配偶或同居伴侣;
- 投保人的父母, 或该父母的配偶或同居伴侣;
- 投保人的兄弟姐妹或继兄弟姐妹, 或该兄弟姐妹 / 继兄弟姐妹的配偶或同居伴侣;
- 投保人的祖父母, 或该祖父母的配偶或同居伴侣;
- 投保人的孙子女, 或该孙子女的配偶或同居伴侣;
- 投保人的同居伴侣; 或
- 与投保人有血缘或情感关系, 其密切关系等同于家庭关系的任何个人。

医疗保健提供者定义

OAR 471-070-1000 对医疗保健提供者的定义如下:

(a) 在带薪休假之前或期间, 主要负责为申请人或其家庭成员提供医疗保健服务的人员, 该人员根据其所在州或国家的法律获得执业许可或认证, 在其专业执照或证书的范围工作, 并且是:

- 脊椎推拿医师(范围仅限于提供脊椎推拿以纠正X射线所显示存在的半脱位等治疗的脊椎推拿医师)
- 助产护理专业执业护士
- 牙医
- 验光师
- 直接执业助产士
- 全科医师
- 理疗师
- 医师助理
- 执业护士
- 心理专家
- 注册护士
- 受监管的社会工作者 (或)

(b) 在带薪休假之前或期间, 主要负责为申请人或其家庭成员提供仅精神治疗的人员, 包括但不限于基督教科学从业者。

严重健康状况定义

OAR 471-070-1000 对“严重健康状况”的定义如下:

申请人或其家庭成员存在以下疾病、受伤、损伤或身体或精神状况:

- 需要在医疗护理机构(例如医院、临终关怀机构)或住宿机构(例如但不限于疗养院或住院药物滥用治疗中心)接受住院护理
- 根据主治医师的医疗判断,可能有即将死亡的风险,或者预后为晚期,在不久的将来有合理的死亡可能性
- 需要持续不断的护理,包括由医护人员提供的居家护理
- 包括一段丧失行动能力的时期。“丧失行动能力”是指连续三个日历日以上无法履行至少一项基本工作职能,或无法上学或进行日常活动。丧失行动能力时期包括与同一状况有关的任何后续所需治疗或康复期。丧失行动能力必须涉及以下情况之一:
 - 医疗保健提供者进行两次或两次以上的治疗
 - 一次治疗加持续护理疗程
- 因慢性严重健康状况而导致的一段丧失行动能力时期或治疗期,这种状况需要医疗服务提供者定期就治疗,持续时间较长,并可能导致阵发性而非持续性丧失行动能力,如哮喘、糖尿病或癫痫病
- 因治疗无效而导致永久或长期丧失行动能力,如阿尔茨海默症、严重中风或疾病晚期。员工或家庭成员必须接受医疗服务提供者的持续护理,但无需接受积极治疗
- 涉及恢复性手术或癌症化疗、关节炎理疗或肾病透析等疾病的多种治疗,如不治疗将可能导致丧失行动能力超过三个日历日
- 因怀孕、分娩、流产或死产而导致身心损伤的时期,或因产前护理而缺勤的时期
- 因捐赠身体部位、器官或组织(包括术前或诊断服务、手术、术后治疗和恢复)而缺勤的任何时期

无行动能力的定义

根据 ORS 125.005 (5),“无行动能力”是指一个人有效接收和评估信息或沟通决策的能力受到损害,以至此人目前缺乏能力满足其身体健康或安全的基本要求。“满足身体健康和安全的基本要求”是指提供医疗保健、食物、住所、衣物、个人卫生和其他护理所必需的行动,否则可能会发生严重的身体伤害或疾病。

第四部分: 可接受的文件

可接受的确认家庭关系的文件:

- 经认证的同居关系证明
- 合法出生证明
- 合法结婚证明
- 由俄勒冈带薪休假酌情决定, 由独立第三方出具的其他文件, 证明申请人与申请代表申请人的代表之间的婚姻、同居关系、父母身份或其他家庭关系

用于确定无行动能力申请人和其代表身份的可接受文件包括:

注意: 您必须为自己及您将代表的申请人各提供两份主要身份证明文件, 或一份主要身份证明文件加两份辅助身份证明文件。这些文件必须是全彩色扫描件, 并以 PDF 格式提交。

主要文件

- 美国各州或领地颁发的驾照 (或学员许可证) (如果驾照在过去12个月内过期且完好无损, 我们将接受过期驾照)
- 其他政府签发的带照片的身份证件 (必须是带有照片的永久性证件。不接受军人证、临时或纸质文件)
- 州政府签发的带照片的身份证件 (如果在过去12个月内过期且完好无损, 我们将接受过期身份证件)
- 美国护照或美国护照卡
- 美国永久居民卡 (I-551)
- USCIS 签发的经营许可证 (I-766) (不接受雇主签发的身份证件)
- 外国护照
- 退伍军人健康身份证
- DHS 可信旅行者卡 (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- 加拿大驾照
- 入籍证书 (表格 N-550 或 N-570)
- 国民身份证 (仅适用于居住在美国境外的情况)
- 联邦认可的部落签发的带照片的身份证件
- 美国国务院签发的非移民签证 (过期未超过5年)
- 美国国务院签发的临时移民签证 (I551) (过期未超过5年)

辅助文件 (以下文件的全彩扫描件和PDF可作为辅助文件)

- 社会安全卡
- 美国海外出生证明 (FS-545)
- 美国出生报告证明 (DS-1350)
- 美国领事馆海外出生报告 (FS-240)
- 美国医疗保险卡
- 盖有公章的美国出生证明 (名和姓)
- 加拿大印第安人和北方事务卡
- 带照片的学院或大学学生证
- 学院或大学成绩单
- DOD 退役证书
- 汽车或房屋保险单
- 州居住证明信

- W-2 表格
- 1098 表格
- 汽车保险卡
- 过境卡
- 美国海岸警卫队商船海员卡
- 美国公民身份证表格 (I-197)
- 补充营养援助计划接受者证明
- 美国原住民部落文件
- 非 SSA-1099 表格
- SSA-1099 表格
- 美国或美国领地选民登记卡或证书
- 波多黎各妇女、婴儿和儿童 (WIC) 接受者证明

辅助文件 (必须是90天以内的文件)

- **水电费账单** (显示您的账号、全名和当前地址)
- **医疗账单** (显示您的账号、全名和当前地址)
- **银行、贷款或金融机构对账单** (显示您的账号)
- **工资单** (显示您的全名、雇主或公司名称、当前地址; 必须是实际的工资单而非工资支票)



A 部分 - 福利申请人信息

名字:	姓氏:
社会安全号 (SSN): _____ 或	
个人税务识别号 (ITIN): _____	
出生日期 (月/日/年): / /	电话号码:
实际地址:	邮寄地址 (如果与实际地址不同):
电邮地址 (可选):	

B 部分 - 授权代理人信息

名字:	姓氏:
出生日期 (月/日/年): / /	与福利申请人的关系:
实际地址:	邮寄地址 (如果与实际地址不同):
电话号码:	电邮地址 (可选):

C 部分 - 无行动能力申请人的授权代理人之授权与签名

此授权生效日期为 (月/日/年): / / 结束日期: / /
(如果结束日期未知, 请留空)

您作为无行动能力申请人的授权代理人的批准状态可能在以下情况下结束:

- 您的授权将自动终止 (以先发生者为准):
 - 当申请人不再处于无行动能力状态时, 或
 - 当申请人当前的福利年度结束时
- 如果您在获准为授权代理人后的30天内未为申请人提交带薪休假福利申请, 您的授权将终止。
- 若申请人去世, 您的授权将在其死亡之日终止。

无行动能力申请人的授权代理人声明: 我将以申请人的最佳利益为重, 并对我代表申请人从俄勒冈带薪休假获得的任何信息予以保密。我理解, 当申请人不再处于无行动能力状态时, 我代表其行事的授权将终止。我同意在得知申请人能够自行处理事务后的三个日历日内通知俄勒冈带薪休假部门。

福利申请人姓名:	福利申请人SSN/ITIN:
无行动能力申请人的授权代理人签名:	日期: / /
您必须亲笔签署此表格。我们不接受电子签名。	
D 部分 – 医疗保健提供者信息与认证	
福利申请人姓名:	出生日期: / /
医疗保健提供者姓名:	职称:
证明执照编号(可选):	州或国家:
执照领域/执业领域:	电话号码:
电邮地址(可选):	
企业名称:	
地址:	
<input type="checkbox"/> 我已阅读医疗保健提供者、严重健康状况 (OAR 471-070-1000), 和无行动能力 (ORS 125.005) 的定义。	
医疗保健提供者认证: 本人声明, 如作伪证, 愿受处罚: <ul style="list-style-type: none"> • 本表格中列出的申请人因 OAR 471-070-1000 所定义的严重健康状况而处于 ORS 125.005 所定义的无行动能力状态。 • 申请人无法完成申请俄勒冈带薪休假福利所需步骤, 也无法选择一名代表代其行事。 • 我是 OAR 471-070-1000 中定义的、获授权为申请人状况出具证明的医疗保健提供者, 并且我正在因其无行动能力提供治疗。 • 本表格中所提供的信息真实准确。 	
医疗保健提供者签名:	日期: / /
您必须亲笔签署此表格。我们不接受电子签名。	

您可以填写此申请表并提供符合您休假类型的适当文件，用来申请俄勒冈带薪休假福利。我们建议您在填写申请表之前了解所有福利资格要求。您可以访问 paidleave.oregon.gov/sc/ 或致电 833-854-0166 找到此信息。

您可以在休假开始日期前 30 天或该日期后 30 天内发送申请。如果出现不受您控制的情况，导致您无法在这 60 天的时间范围内提交申请，带薪休假可以在您休假开始后一年内接受您的申请。如果遇到不受您控制的情况，您需要向带薪休假发送文件以解释延迟的原因。带薪休假将审查您的文件并做出决定。

要想申请福利、查看申请状态以及查阅福利付款，最快捷简便的方法是在 frances.oregon.gov 上创建俄勒冈带薪休假账户。

休假验证

您必须提交可接受的证明文件，以证实您的具体生活事件。带薪休假使用此文件以确定您是否有资格获取福利、确定您申请的休假类型是否符合相应的定义，并计算休假周数以及您可以申请福利的时间范围。请访问 paidleave.oregon.gov/resources/resources.html 查阅我们的《员工指南》，获取可接受的证明文件列表。请务必在本申请中附上可接受的证明文件的易读(清晰可读)副本。

有关其它福利的信息

失业保险和工伤赔偿误工补贴福利

在您有资格领取工伤赔偿误工补贴福利或失业保险福利的任何一周，您都不能领取该周的带薪休假福利。

误工补贴是替代员工工资的工伤赔偿福利。

需要帮助？

这条信息至关重要。俄勒冈州就业部 (OED) 是一个提供均等机会的机构。OED 提供免费帮助，便于您使用我们的服务。服务内容示例包括手语和口语翻译、其他语种的书面材料、大字体、音频以及其他格式文档。如需帮助，请致电 833-854-0166 (免费)。听障专线用户 (TTY) 拨打 711。您也可以发送电子邮件至 access.paidleave@oregon.gov。

身份证明

社会保障号码 (SSN): _____ 或

个人纳税识别号 (ITIN): _____

法定姓名:

法定中间名(如有):

法定姓氏:

常用名:

您的现任/前任雇主对您的称呼:

出生日期 (月/日/年) : / /

驾照或州签发的身份证号码 (如有) :

签发州:

您希望用何种代词指代您? (请选择所有适用项)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 他/他的 | <input type="checkbox"/> 不便说明 |
| <input type="checkbox"/> 她/她的 | <input type="checkbox"/> 无特殊要求 |
| <input type="checkbox"/> 他们/他们的 | <input type="checkbox"/> 未列出: _____ |
| | <input type="checkbox"/> 不确定 (用于授权代表) |

您想使用哪种语言来获取此服务?

- 英语
- 西班牙语

我们提供免费帮助, 以便您可以获得我们的服务。例如: 手语和口语翻译、其他语言的书面材料、大号字体材料、音频和其他格式的材料。

请问您是否需要帮助以获得我们的服务?

- 是
- 否

姓名:	SSN/ITIN:
-----	-----------

身份证明 (续)

在您申请俄勒冈带薪休假福利时，美国《国内税收法典》和《俄勒冈州行政法规》要求您提供纳税人识别号码 (TIN)。您的 TIN 是分配给您的社会安全号码 (SSN) 或个人纳税人识别号码 (ITIN)。俄勒冈就业部 (OED) 使用此号码来确认您的身份，并向美国国税局和俄勒冈州税务局报告您的福利款项。如果您的 TIN 是 SSN，OED 将就其向美国社会安全局确认。如果您的 TIN 是 ITIN，OED 将就其向美国国税局确认。OED 使用您的 TIN 作为处理您的申请的记录，以及用于有关俄勒冈带薪休假的统计目的。这些统计数据将不包含个人身份信息。OED 可能会使用您的 TIN 来追收欠款。

联系信息

电子邮箱: _____

注: 如果您想以电子方式接收我们的信息，请在 frances.oregon.gov 上创建 Frances Online 账户。

电话号码 #1

- 移动电话
- 家庭电话
- 办公电话

电话号码: (____) ____ - _____

电话号码 #2 (可选)

- 移动电话
- 家庭电话
- 办公电话

电话号码: (____) ____ - _____

实际地址

街道地址第 1 行:

街道地址第 2 行:

单元类型:

单元号:

城市:

州:

邮编:

郡:

收件人:

国家:

姓名:		SSN/ITIN:	
邮寄地址 (如果与实际地址不同)			
街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:		单元号:	
城市:	州:	邮编:	郡:
收件人:		国家:	

姓名:

SSN/ITIN:

休假类型与日期

您申请的休假类型是什么? (单选)

亲子假 您请家庭假是为了在新生子女出生后的第一年, 或收养或寄养子女安置在您家中后一年内, 照顾子女及建立亲子关系吗?

是 否

家庭假 您是否因照顾健康状况严重的家庭成员而请家庭照顾假?

是 否

医疗假 您是否因为自身健康状况严重而请医疗假? 是 否

安全假 您是否因您自己、您的子女或受抚养人是性侵犯、家庭暴力、骚扰、偏见犯罪或跟踪的受害者而休安全假? 是 否

安置假 您是否因收养孩子或孩子寄养安置在您家中前的一些必要活动而休安置假?
(此类休假必须按照间歇休假进行。您必须为每一周的休假提交每周福利申报)

是 否

您计划从哪一天开始休假? ___/___/___(月/日/年)

您申请的休假于哪一天结束? ___/_____/___ (月/日/年)

姓名:		SSN/ITIN:	
休假类型的额外问题			
请回答与您在上一部分所选择的休假类型相关的问题。并非所有休假类型都有额外问题。			
家庭-照顾假			
您为照顾哪位家庭成员而请假? <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 孙辈 <input type="checkbox"/> (外)祖父母			
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 配偶或家庭伴侣 <input type="checkbox"/> 其他人			
如果您选择“其他人”- 请具体说明其与您的亲属关系。			

您所照顾之人的联系信息:			
名字:			
姓氏:			
电话号码:			
您所照顾之人的地址:			
街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:		单元号:	
城市:	州:	邮编:	郡:

姓名:

SSN/ITIN:

您为您的家庭成员提供什么类型的护理或支持？请选择最适合您情况的选项。

- 情感支持或安慰
- 安排医疗护理或完成其他行政事务
- 医疗或身体协助
- 运送家庭成员到医疗机构
- 其他

如果您选择“其他”- 请具体说明:

姓名:

SSN/ITIN:

就业信息

请填写在以下时间范围内您在俄勒冈州从事的所有工作的相关信息:

- 在带薪休假前的 18 个月内
- 带薪休假期间

注: 如果您尚未开始休假, 或者您正处于带薪休假期间, 则仅包含截至今天您所从事的工作。如果您作为自营职业者选择参加俄勒冈带薪休假则需包含该工作。

这些工作均可包含在内, 即使:

- 您并非向所有您从事的工作单位请假
- 您的一个 (或多个) 雇主有等效计划

注: 如果您的所有雇主皆提供自己的等效计划, 请到此为止。您需要通过雇主的计划而不是俄勒冈带薪休假进行申请。

您必须提供每项工作所需的所有信息。

您的雇主 (或者您作为选择覆盖的自营职业者) 需要每季度提交您的工资信息。带薪休假将使用此信息来计算您的每周福利。如果我们无法匹配或核实您的工资, 我们将与您联系以获取更多信息。

姓名:		SSN/ITIN:	
雇主 #1			
雇主企业名称:			
联邦雇主识别号码 (FEIN):			
企业识别号码 (BIN):			
雇主地址			
街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:		单元号:	
城市:	州:	邮编:	郡:
收件人:		国家:	
雇主联系人姓名:			
雇主联系人电话号码:			
雇主联系人电子邮箱:			
工作和休假信息			
聘用日期: ____ / ____ / ____ (月/日/年)			
您是否仍在为此雇主工作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 工作最后一天 ____ / ____ / ____ (月/日/年)			
工资发放方式:			
<input type="checkbox"/> 时薪		<input type="checkbox"/> 半月薪	
<input type="checkbox"/> 日薪		<input type="checkbox"/> 月薪	
<input type="checkbox"/> 周薪		<input type="checkbox"/> 年薪	
<input type="checkbox"/> 双周薪 (每两周)			
根据您选择的工资发放方式, 您的薪资是多少?			
您是否向此雇主请假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

姓名:	SSN/ITIN:
如果您向此雇主请假, 您通常每周为其工作多少天? 请圈出天数: 1 2 3 4 5 6 7	
如果您向该雇主请假, 您是否向其告知您的休假情况? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果“是”的话, 您是什么时候告知此雇主的? ____ / __ / ____ (月/日/年)	

姓名:		SSN/ITIN:	
雇主 #2			
雇主企业名称:			
联邦雇主识别号码 (FEIN):			
企业识别号码 (BIN):			
雇主地址			
街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:		单元号:	
城市:	州:	邮编:	郡:
收件人:		国家:	
雇主联系人姓名:			
雇主联系人电话号码:			
雇主联系人电子邮箱:			
工作和休假信息			
聘用日期: _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
您是否仍在为此雇主工作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 工作最后一天 _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
工资发放方式:			
<input type="checkbox"/> 时薪	<input type="checkbox"/> 半月薪		
<input type="checkbox"/> 日薪	<input type="checkbox"/> 月薪		
<input type="checkbox"/> 周薪	<input type="checkbox"/> 年薪		
<input type="checkbox"/> 双周薪 (每两周)			
根据您选择的工资发放方式, 您的薪资是多少?			
您是否向此雇主请假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

姓名:	SSN/ITIN:
如果您向此雇主请假, 您通常每周为其工作多少天? 请圈出天数: 1 2 3 4 5 6 7	
如果您向该雇主请假, 您是否向其告知您的休假情况? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果“是”的话, 您是什么时候告知此雇主的? __ / __ / __ (月/日/年)	

姓名:		SSN/ITIN:	
雇主 #3			
雇主企业名称:			
联邦雇主识别号码 (FEIN):			
企业识别号码 (BIN):			
雇主地址			
街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:		单元号:	
城市:	州:	邮编:	郡:
收件人:		国家:	
雇主联系人姓名:			
雇主联系人电话号码:			
雇主联系人电子邮箱:			
工作和休假信息			
聘用日期: _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
您是否仍在为此雇主工作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 工作最后一天 _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
工资发放方式:			
<input type="checkbox"/> 时薪		<input type="checkbox"/> 半月薪	
<input type="checkbox"/> 日薪		<input type="checkbox"/> 月薪	
<input type="checkbox"/> 周薪		<input type="checkbox"/> 年薪	
<input type="checkbox"/> 双周薪 (每两周)			
根据您选择的工资发放方式, 您的薪资是多少?			
您是否向此雇主请假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

姓名:	SSN/ITIN:
如果您向此雇主请假, 您通常每周为其工作多少天? 请圈出天数: 1 2 3 4 5 6 7	
如果您向该雇主请假, 您是否向其告知您的休假情况? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果“是”的话, 您是什么时候告知此雇主的? ___ / ___ / ___ (月/日/年)	

姓名:		SSN/ITIN:	
自营职业者 #1			
企业名称 (如有) :			
联邦雇主识别号码 (FEIN) (如有) :			
企业识别号码 (BIN) (如有) :			
地址			
街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:		单元号:	
城市:	州:	邮编:	郡:
收件人:		国家:	
雇主联系人姓名:			
雇主联系人电话号码:			
雇主联系人电子邮箱:			
工作和休假信息			
自营职业开始于: _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
您仍然是自营职业者吗: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 工作最后一天 _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
职业 (职位名称)			
自营职业收入结算方式:			
<input type="checkbox"/> 时薪	<input type="checkbox"/> 半月薪 (每月两次)		
<input type="checkbox"/> 日薪	<input type="checkbox"/> 月薪		
<input type="checkbox"/> 周薪	<input type="checkbox"/> 年薪		
<input type="checkbox"/> 双周薪 (每两周)			
根据您选择的收入结算方式, 您从该自营职业中获得的净收入是多少?			

姓名:	SSN/ITIN:
您作为自营职业者正在或计划休假吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果您正在休假, 您通常每周工作几天? 请圈出天数: 1 2 3 4 5 6 7	

姓名:	SSN/ITIN:
-----	-----------

其他雇主或自营职业

如果您有更多工作或自营职业, 请勾选此框, 并填写和附上《雇主补充表格》(可在带薪休假网站找到此表格paidleave.oregon.gov/resources/forms-and-checklists.html).

所有雇主 (包含自营职业者) 信息

您平均每周为俄勒冈州的所有雇主工作多少天? 如果您作为选择参与带薪休假的自营职业者, 请包含您作为自营职业者的工作天数。

注: 如果您在休假开始后提交申请, 请列出休假开始时您在俄勒冈州工作的平均天数。请圈出天数: 1 2 3 4 5 6 7

额外产假

仅当您请家庭-亲子假或医疗假时可选择此项。

您目前是否怀孕或去年分娩过, 并且您是否因与怀孕、分娩或相关医疗状况有关的健康问题而申请额外两周的休假? 是 否

如果您目前没有怀孕, 请提供您之前孕期结束的日期:

____ / ____ / ____ (月/日/年)

休假时间表

您的休假时间表是怎样的? (单选)

- 间歇休假** 您不会一次休完所有假期。您将在休假开始和结束日期之间完成一些工作。您也可以同时休两种或两种以上类型的假期或您正在休安置假。

注: 选择此项, 您必须在您休假的每一周向我们提交《每周福利申领表》。您必须在每周休假结束后 30 天内向我们提交该表格。如果您最近开始休假, 请在申请中附上《每周福利申领表》。如需更多信息, 请参阅《每周福利申领表》说明。您可以致电833-854-0166向我们索取该表格。

请在 frances.oregon.gov 上创建 Frances Online 账户, 以便更快地提交每周申请并查看您每周的申请状态。

- 连续休假** 您因一件符合条件的事件而请假, 且在批准的假期内您不为任何雇主工作 (或自营职业)。

姓名:

SSN/ITIN:

请提供以下信息来计算您的福利。对于带薪休假而言,一周从周日开始,周六结束。

在您开始休假的第一周内,您将休多少天的带薪假?

请圈出天数: 1 2 3 4 5 6 7

在您休假的最后一周内,您将休多少天的带薪假?

请圈出天数: 1 2 3 4 5 6 7

其他福利

您在休假期间是否收到或预计收到工伤赔偿误工补贴福利?

是 否

您在休假期间是否收到或预计收到失业保险福利?

是 否

姓名:	SSN/ITIN:
-----	-----------

自愿披露

我们不会使用您在申请表此部分的回答来对您的申请做出决定。我们只会将您的回答用于小组数据分析。为了帮助我们更好地了解我们所服务的不同社区,我们鼓励您回答以下人口统计数据信息。对于任何问题,您都可以选择“不便说明”。

您所获得的最高学位或教育程度是什么?

(单选)

- 从没就学
- 高中以下
- 部分高中教育, 没有文凭
- 高中毕业, 包括获得普通高中同等学历证书 (GED) 或同等学历
- 技术, 贸易或职业学校
- 部分本科教育或副学士学位
- 学士学位
- 研究生学位
- 不便说明
- 不确定 (用于授权代表)

您是否身有残疾? (单选)

如果存在身体, 智力和/或发育障碍, 或者存在严重限制主要行动的疾病, 或者存在相关残疾或疾病史或病例时, 您将被视为身患残疾。如果您被视为身有残疾, 则同样包含在内。

- 是
- 否

您的退伍军人或军人身份是什么? (单选)

- 我是一名美国军队, 后备军人或国民警卫队退伍军人
- 我是美国军队, 后备军人或国民警卫队现役军人
- 我不是退伍军人或者没有参军
- 不便说明
- 不确定 (用于授权代表)

以下哪项最能描述您?

(请勾选所有适用项)

- 美洲印第安人、美洲原住民或者阿拉斯加原住民
- 亚洲人
- 黑人或非裔美国人
- 西班牙裔或拉丁裔
- 夏威夷原住民或者太平洋岛民
- 白人
- 中东人/北非人
- 选择自我描述:

- 不便说明

不便说明

不确定 (用于授权代表)

不确定 (用于授权代表)

姓名:	SSN/ITIN:
<p>您是否为西班牙语裔、拉丁裔或西班牙裔? (单选)</p> <p><input type="checkbox"/> 是, 我是西班牙语裔、拉丁裔或西班牙裔</p> <p><input type="checkbox"/> 否, 我不是西班牙语裔、拉丁裔或西班牙裔</p> <p><input type="checkbox"/> 不便说明</p> <p><input type="checkbox"/> 不确定 (用于授权代表)</p> <p>您的生理性别是什么? (单选)</p> <p><input type="checkbox"/> 女性</p> <p><input type="checkbox"/> 男性</p> <p><input type="checkbox"/> 不便说明</p> <p>您是跨性别者吗? (单选)</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 处于怀疑/探索中</p> <p><input type="checkbox"/> 不便说明</p> <p><input type="checkbox"/> 我不理解此问题</p> <p><input type="checkbox"/> 不确定 (用于授权代表)</p>	<p>您的社会性别是什么?</p> <p>(请勾选所有适用项)</p> <p><input type="checkbox"/> 无性别</p> <p><input type="checkbox"/> 非二元性别</p> <p><input type="checkbox"/> 女性/女孩</p> <p><input type="checkbox"/> 男性/男孩</p> <p><input type="checkbox"/> 未列出的性别。请具体说明:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 处于怀疑/探索中</p> <p><input type="checkbox"/> 不便说明</p> <p><input type="checkbox"/> 我不理解此问题</p> <p><input type="checkbox"/> 不确定 (用于授权代表)</p> <p>您如何描述自己的性取向或性别认同?</p> <p>(请勾选所有适用项)</p> <p><input type="checkbox"/> 无性恋</p> <p><input type="checkbox"/> 双性恋</p> <p><input type="checkbox"/> 男同性恋</p> <p><input type="checkbox"/> 女同性恋</p> <p><input type="checkbox"/> 泛性恋</p> <p><input type="checkbox"/> 酷儿</p> <p><input type="checkbox"/> 处于怀疑/探索中</p> <p><input type="checkbox"/> 同性恋 (同一社会性别)</p> <p><input type="checkbox"/> 同性恋 (同一生理性别)</p> <p><input type="checkbox"/> 异性恋 (主要或仅被其他社会性别或</p>

	<p>生理性别吸引)</p> <p><input type="checkbox"/> 未列出的性取向。请具体说明:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不便说明</p> <p><input type="checkbox"/> 我不理解此问题</p> <p><input type="checkbox"/> 不确定 (用于授权代表)</p>
--	--

姓名:

SSN/ITIN:

领取福利

如果获得批准, 您希望如何领取福利? (单选)

直接存款

支票账户

储蓄账户

金融机构: _____

银行路径号码: _____

银行账号: _____

请勾选下面的方框, 以确认您选择直接存款作为付款方式:

本人允许俄勒冈就业部的俄勒冈带薪休假计划以电子方式将款项存入上述金融机构。本人允许上述机构接受这笔款项, 并将其存入我上面列出的账户。

本人了解此许可将取代任何先前的许可, 并将一直有效, 除非我向俄勒冈带薪休假发送取消该许可的书面通知, 或自我上次提出休假申请已经过去一年。

本人了解, 如果我的福利款项无法存入上述金融机构账户, 将自动通过 U.S. Bank ReliaCard® 支付。在做出付款选择之前, 我已查看了所附的 ReliaCard 披露信息。

借记卡 (ReliaCard®).

注: 如果您曾经通过 ReliaCard 收到带薪休假福利款项, 俄勒冈带薪休假将使用相同的 ReliaCard 处理此申请。如果您需要更换新卡, 请告知带薪休假。

我已查看了所附的 ReliaCard 披露信息。

姓名:

SSN/ITIN:

预扣税选择

您希望如何从福利款项中预扣税款?

- 我想从我的福利款项中预扣 10% 的联邦个人所得税和 8% 的州个人所得税。
- 我想从我的福利款项中仅扣除 10% 的联邦个人所得税。
- 我想从我的福利款项中仅扣除 8% 的州个人所得税。
- 我不想从我的福利款项中扣缴税款。

姓名:	SSN/ITIN:
<p><input type="checkbox"/> 根据法律规定，我保证就我所知所信，本人所提供的信息真实无误。我知道法律规定，为成功获得俄勒冈带薪休假福利而作出虚假陈述将受到处罚。本人在下面签字，即表示本人正在申请俄勒冈带薪休假福利。</p> <p>我授权俄勒冈带薪休假向我的雇主公布相关的申请信息，包括但不限于：我的休假申请信息；我的申请被批准或拒绝的信息；休假的日期、时长和频率；以及我的每周福利金额。</p> <p>我授权俄勒冈带薪休假向与我的带薪休假申请有关的医疗服务提供者透露相关的申请信息。</p> <p>我明白，我必须通知俄勒冈带薪休假有关我在此申请中所提供信息的任何变更，包括休假日期和天数，以及我工作的变更。</p>	
签名:	日期 (月/日/年):
申请人指定代表签名:	日期 (月/日/年):
申请人指定代表 (正楷姓名):	
无行动能力或已故申请人的授权代理人签名:	日期 (月/日/年):
无行为能力或已故申请人的授权代理人 (正楷姓名):	
<p>注： 您必须获得相关部门的批准，才能作为申请人指定代表或授权代理人以代表申请人行事。否则，我们无法接受您提交的申请或其他信息。申请此身份的表格可在我们的网站上获取。</p>	
<p>信息或文件的缺失可能会拖延您的福利申请的处理进度。</p> <p style="text-align: center;">请将您填妥的申请表和所有必需的文件邮寄至:</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® 购买前披露
 计划名称: Oregon State Government Programs

某些材料和服务可能仅提供英文版本。本通讯中包含的链接可能会将您引导至英文网站。

您可以选择接收付款的方式， 包括向您的银行账户或此预付卡的直接存款。 请向您的代理询问可用方案并选择您的方案。			
月费	每次购物	ATM 取款	现金充值
\$0	\$0	\$0 (网络内) \$2.00* (网络外)	不适用
ATM 余额查询 (网络内或网络外)			\$0
客户服务 (自动或人工客服)			每次通话 \$0
闲置费 (365 天无交易后)			每月 \$2.00
我们收取 3 种其他类型的费用。部分收费如下:			
国际交易费			3%
换卡费 (标准或加急快递)			\$0 或 \$15.00
*此费用根据该卡的使用方式和地点可能会更低。			
有关免费访问您的资金和余额信息的方式，请参阅随附的费用表。			
无透支/贷记功能。 您的资金有资格获得 FDIC 保险。			
欲了解有关预付账户的一般信息，请访问 cfpb.gov/prepaid 。 欲了解所有费用和服务的详细信息和条件，请在卡包内查询或致电 1-855-282-6161 或访问 usbankreliacard.com 。			

CR-57059532 – Chinese Simplified

U.S. Bank ReliaCard® 费用表

计划名称: Oregon State Government Programs

所有费用	金额	详情
提取现金		
ATM 取款 (网络内)	\$0	这是我们对每笔取款收取的费用。“网络内”指 U.S. Bank 或 MoneyPass® ATM 网络。地点可参见 usbank.com/locations 或 moneypass.com/atm-locator.html 。
ATM 取款 (网络外)	\$2.00	这是我们对每笔取款收取的费用。每月前 2 笔 ATM 取款免收此费用, 其中包括 ATM 取款 (网络外) 以及国际 ATM 取款。“网络外”是指 U.S. Bank 或 MoneyPass ATM 网络以外的所有 ATM。即使您没有完成交易, ATM 运营商也可能向您收取费用。
柜台取款	\$0	这是当您在受理 Visa® 的银行或信用合作社内从柜员处提取卡内现金时的费用。
在美国境外使用您的卡		
国际交易费	3%	这是当您使用您的卡向国外商户进行购物, 以及从国外 ATM 机提取现金时, 我们所收取的费用, 并且是将任何币种的交易兑换成美元金额后收取的百分比费用。即使您和/或商户或 ATM 位于美国, 某些交易根据适用的网络规则仍可被视为国外交易, 而我们无法控制这些商家、ATM 和交易在此方面的归类。
国际 ATM 取款	\$2.00	这是我们对每笔取款收取的费用。每月前 2 笔 ATM 取款免收此费用, 其中包括 ATM 取款 (网络外) 以及国际 ATM 取款。即使您没有完成交易, ATM 运营商也可能向您收取费用。
其他		
换卡费	\$0	这是我们每次以标准配送方式 (最多 10 个工作日) 寄卡给您时所收取的换卡费用。
换卡加急快递	\$15.00	这是在任何换卡费用以外我们收取的加急快递 (最多 3 个工作日) 费用。
闲置费	\$2.00	这是在您连续 365 天未使用您的卡完成交易后, 我们每个月收取的费用。

虽然此通信以简体中文版本提供, 但后续的 U.S. Bank 通信以及与您的契约协议、披露信息、通知和结单相关的文件、网上银行和手机银行服务可能仅以英文提供。本通讯中包含的链接可能会将您引导至英文网站。您必须能够阅读和理解这些文件, 或在翻译方面获得协助以理解和使用本产品或服务。我们可应客户要求提供英文的文件。

您的资金有资格获得 FDIC 保险。您的资金将存入 U.S. Bank National Association, 这是一家由 FDIC 承保的机构, 如若 U.S. Bank 破产, FDIC 将为您的资金提供最高 \$250,000 的保险。有关详细信息, 请参见 fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html。

无透支/贷记功能。

如需联系 Cardholder Services (持卡人服务), 请致电 **1-855-282-6161**, 邮寄至 PO Box 551617, Jacksonville, FL 32255 或访问 usbankreliacard.com。

了解有关预付账户的一般信息，请访问 cfpb.gov/prepaid。如果您想要提出有关预付账户的投诉，请拨打 1-855-411-2372 致电 Consumer Financial Protection Bureau 或访问 cfpb.gov/complaint。

CR-57059532 – Chinese Simplified

ReliaCard 由 U.S. Bank National Association 依据 Visa U.S.A. Inc. 的授权规定核发。© 2025 U.S. Bank。Member FDIC。