

本資料包適用於因俄勒岡帶薪休假，需要取得授權、以代表無行動能力申請人行事之人員。

您可透過以下方式提交本資料包：

- 使用網站 frances.oregon.gov 上的 [聯絡我們](#) 表格
- 將填寫完成的表格及所有必需文件郵寄至：

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

為避免延誤，請一次提交所有必需的文件與表格。若自您的授權申請獲核准之日起 30 天內，我們仍未收到全部所需的申請資訊與證明文件，您可能需要重新開始整個流程。

注意：依您的具體情況，您可能不需要提交本資料包中的所有表格。例如，若申請人已就所申請的全部休假完成申請，則無需再次提交申請表。

如需更多資訊，請造訪我們的網站 paidleave.oregon.gov，或撥打 833-854-0166（免費電話）。TTY 使用者請撥打 711。

無行動能力申請人的授權代理人資料包

授權代理人申請

請隨附以下文件：

1. 一份填寫完整的《無行動能力申請人的授權代理人表格》，其中須包含醫療保健提供者資訊及確認申請人無行動能力的證明。
注意：若您持有法院出具的授權函或授權委託書（Power of Attorney），可提交其中之一以替代表格。
2. 至少兩份授權代理人的身份證明文件（具體要求請參閱表格說明）。
3. 至少兩份申請人的身份證明文件（具體要求請參閱表格說明）。
4. 證明授權代理人與申請人關係的文件（若授權係透過法律程序授予，則無需提供）。

福利申請 (如申請人尚未就所申請的全部休假提出申請)

1. 一份填寫完成的《帶薪休假福利申請表》
2. 一份《休假核實表》 (由醫療保健提供者或其他獲授權人員填寫)

第一部分: 一般說明

如果您是**因嚴重健康狀況而喪失行動能力的申請人的家庭成員**，並希望代表該申請人行事，請填寫並親筆簽署此表格。

如果您符合《俄勒岡州修訂法規》(ORS) 657B.010 中對「家庭成員」的定義，您可以申請代表無行動能力的申請人。您可以在本說明的第 3 部分找到關於「家庭成員」的定義。

為確認申請人的嚴重健康狀況，正在為其提供治療的醫療保健提供者必須在此表格上簽字。

俄勒岡帶薪休假可以與授權代理人討論當前或待處理的帶薪休假申請。此授權允許我們提供原本屬於機密資訊的紀錄內容。包括但不限於以下資訊：

- 關於申請人已領取或將領取的任何福利
- 申請人在最初申請中提供的資訊
- 關於我們對該申請作出的任何待定或已發布的決定

此授權也允許授權代理人向帶薪休假專案提供資訊，包括為以下需求所需的資訊：

- 完成福利申請
- 為申請人提交新的福利申請
- 請求舉行聽證以複審帶薪休假的決定，並代表申請人出席行政聽證辦公室的聽證會

帶薪休假在同一時間內對每位申請人僅認可一名授權代理人。如果申請人已有法定監護人或法院指定的財產管理人被授權代表其行事，我們將不接受新的授權代理人申請。對於已授予他人代理授權 (power of attorney)，使其能在俄勒岡帶薪休假事務中代表自己行事的申請人，同樣適用上述規定。

請提供所有必需資訊。缺少資訊可能會導致處理您的請求時出現延誤。此表格上的簽名必須為手寫簽名，我們無法接受電子簽名。

如果您已準備好代表申請人提交福利申請，您可以將申請與此表格一同寄送。

注意：作為授權代理人，您是唯一能夠代表申請人提交福利申請的人。

需要幫助?

俄勒岡就業部(OED)是壹個提供均等機會的機構。OED提供免費幫助, 便於您使用我們的服務。服務內容示例包括手語和口語翻譯、其他語種的書面材料、大字體、音頻和其他格式文檔。如需幫助, 請致電 833-854-0166(免費)。聽障專線用戶(TTY)撥打711。您還可以發送電子郵件至 access.paidleave@oregon.gov。

第二部分: 填寫表格說明

家庭成員: 填寫本表中的 A, B 和 C 部分。D 部分由申請人的醫療保健提供者填寫。

- **A部分:** 此處填寫申請人資訊。
- **B部分:** 此處填寫您本人的資訊。
- **C部分:** 此處填寫授權的開始日期。如果您不知道申請人喪失行動能力的結束日期, 請將授權結束日期留空。
- 授權將在以下情況下自動終止:
 - 申請人不再處於喪失行動能力的狀態
 - 申請人的當前福利年度結束
- 如果您在本部門核准您為授權代理人後的 30 天內未提交帶薪休假福利申請。
- 如申請人去世, 授權將在其死亡日期終止。

您也必須填寫本部分, **親筆**簽名並注明日期。我們無法接受電子簽名。

- **D部分:** 請將本說明第 3 部分中的相關定義提供給申請人的醫療保健提供者。申請人的醫療保健提供者必須填寫並**親筆**簽署本部分, 以確認申請人處於喪失行動能力狀態。
- 請附上能夠證明您與申請人之間家庭關係的文件, 以及能夠證明申請人身份和您本人身份的文件。您可以在本說明的第 4 部分找到可接受的證明文件清單。
- 您必須將此表格及所有其他所需文件提交給俄勒岡帶薪休假。您可以透過 frances.oregon.gov 網站上的 [「聯絡我們」](#) 表格以電子方式提交, 或將其郵寄至以下地址:

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

申請人的醫療保健提供者:

- 請查看本說明第 3 部分中關於醫療保健提供者、嚴重健康狀況和喪失行動能力的定義。
- 請填寫本表中的 D 部分, 並在此部分**親筆**簽名及注明日期。
 - 透過填寫並簽署此部分, 您確認申請人:

- 因嚴重健康狀況 (OAR 471-070-1000) 而喪失行動能力,
- 無法申請俄勒岡帶薪休假福利, 并且
- 無法選擇一名代表代其行事。
- 我們無法接受電子簽名。
- 請將已填寫並簽署的表格交還給代表無行動能力申請人的家庭成員, 由他們將此表格提交給俄勒岡帶薪休假。

第三部分: 定義

家庭成員定義

ORS 657B.010 對家庭成員的定義如下:

- 受保人的配偶;
- 受保人的子女, 或該子女的配偶或同居伴侶;
- 受保人的父母, 或該父母的配偶或同居伴侶;
- 受保人的兄弟姐妹或繼兄弟姐妹, 或該兄弟姐妹 / 繼兄弟姐妹的配偶或同居伴侶;
- 受保人的祖父母, 或該祖父母的配偶或同居伴侶;
- 受保人的孫子女, 或該孫子女的配偶或同居伴侶;
- 受保人的同居伴侶; 或
- 與受保人有血緣或情感關係, 其密切程度等同於家庭關係的任何個人。

醫療保健提供者定義

OAR 471-070-1000 對醫療保健提供者的定義如下:

(a) 在帶薪休假之前或期間, 主要負責為申請人或其家庭成員提供醫療保健服務的人員。該人員依據其所在州或國家的法律取得執業許可或認證, 在其專業執照或證書的範圍內執業, 並且是:

- 脊椎推拿醫師 (範圍僅限於提供脊椎推拿, 以矯正 X 射線顯示存在的半脫位等治療的脊椎推拿醫師)
- 牙醫
- 直接執業助產士
- 理療師
- 執業護士
- 助產護理專業執業護士
- 驗光師
- 全科醫師
- 醫師助理
- 心理專家
- 注冊護士
- 受監管的社會工作者 (或)

(b) 在帶薪休假之前或期間, 主要負責為申請人或其家庭成員提供僅限心理治療的人員, 包括但不限於基督教科學從業者。

嚴重健康狀況定義

OAR 471-070-1000 對“嚴重健康狀況”的定義如下:

申請人或其家庭成員存在以下疾病、受傷、損傷或身體或精神狀況:

- 需要在醫療護理機構（例如醫院、臨終關懷機構）或住宿機構（例如但不限於療養院或住院藥物濫用治療中心）接受住院護理
- 根據主治醫務人員的醫療判斷，可能有即將死亡的風險，或者預後為末期，在不久的將來有合理的死亡可能性
- 需要持續不斷的護理，包括由醫護人員提供的居家護理
- 包括一段喪失行動能力的時期。「喪失行動能力」是指連續三個日曆日以上無法履行至少一項基本工作職能，或無法上學或進行日常活動。喪失行動能力時期包括與同一狀況有關的任何後續所需治療或康復期。喪失行動能力必須涉及以下情況之一：
 - 醫療保健提供者進行兩次或兩次以上的治療
 - 一次治療加持續護理療程
- 因慢性嚴重健康狀況而導致的一段喪失行動能力時期或治療期，這種狀況需要醫療服務提供者定期就診治療、持續時間較長，並可能導致陣發性而非持續性的喪失行動能力，例如哮喘、糖尿病或癲癇。
- 因治療無效而導致永久或長期喪失行動能力，如阿茲海默症、嚴重中風或疾病晚期。員工或家庭成員必須接受醫療服務提供者的持續護理，但無需接受積極治療
- 涉及恢復性手術或癌症化療、關節炎理療或腎病透析等疾病的多種治療，如不治療將可能導致喪失行動能力超過三個日曆日
- 因懷孕、分娩、流產或死產而導致身心損傷的時期，或因產前護理而缺勤的時期
- 因捐贈身體部位、器官或組織（包括術前或診斷服務、手術、術後治療和恢復）而缺勤的任何時期

無行動能力定義

根據 ORS 125.005 (5), “無行動能力”是指一個人有效接收和評估資訊或溝通決策的能力受到損害，以至於此人目前缺乏能力滿足其身體健康或安全的基本需求。“滿足身體健康和基本需求”是指提供醫療保健、食物、住所、衣物、個人衛生及其他護理所必需的行動，否則可能會發生嚴重的身體傷害或疾病。

第四部分: 可接受的文件

可接受的確認家庭關係的文件:

- 經認證的同居關係證明
- 合法出生證明
- 合法結婚證明
- 由俄勒岡帶薪休假酌情決定, 由獨立第三方出具的其他文件, 以證明申請人與代表申請人的代理人之間的婚姻、同居關係、父母身份或其他家庭關係

用於確定無行動能力申請人及其代表身份的可接受文件包括:

注意: 您必須為自己以及您將代表的申請人各提供兩份主要身份證明文件, 或一份主要身份證明文件加兩份輔助身份證明文件。這些文件必須是全彩色掃描件, 並以 PDF 格式提交。

主要文件

- 美國各州或領地頒發的駕照(或學員許可證)(若駕照在過去 12 個月內過期且完好無損, 我們將接受過期駕照)
- 其他政府簽發的附有照片的身份證件(必須是附有照片的永久性證件。不接受軍人證、臨時或紙本文件)
- 州政府簽發的附有照片的身份證件(若在過去 12 個月內過期且完好無損, 我們將接受過期身份證件)
- 美國護照或美國護照卡
- 美國永久居民卡 (I-551)
- USCIS 簽發的工作許可證 (I-766) (不接受僱主簽發的身份證件)
- 外國護照
- 退伍軍人健康身份證
- DHS 可信旅行者卡 (Global Entry, NEXUS, SENTRI)
- 加拿大駕照
- 入籍證書 (表格 N-550 或 N-570)
- 國民身份證(僅適用於居住在美國境外的情況)
- 聯邦認可的部落簽發之附有照片的身份證件
- 美國國務院簽發的非移民簽證(過期未超過 5 年)
- 美國國務院簽發的臨時移民簽證 (I-551) (過期未超過 5 年)

輔助文件 (以下文件的全彩掃描件及PDF可作為輔助文件)

- 社會安全卡
- 美國海外出生證明 (FS-545)
- 美國出生報告證明 (DS-1350)
- 美國領事館海外出生報告 (FS-240)
- 美國醫療保險卡
- 加蓋公章的美國出生證明(名與姓)
- 加拿大印第安人及北方事務卡
- 附有照片的學院或大學學生證
- 學院或大學成績單
- 美國國防部 (DOD) 退役證書
- 汽車或房屋保險單
- 州居住證明信

- W-2 表格
- 1098 表格
- 汽車保險卡
- 過境卡
- 美國海岸警衛隊商船海員卡
- 美國公民身份證明表格 (I-197)
- 補充營養援助計劃 (SNAP) 受益人證明
- 美國原住民部落文件
- 非 SSA-1099 表格
- SSA-1099 表格
- 美國或美國領地選民登記卡或證書
- 波多黎各婦女、嬰兒與兒童 (WIC) 受益人證明

輔助文件 (必須是90天以內的文件)

- **水電費帳單** (顯示您的帳號、全名及目前地址)
- **醫療帳單** (顯示您的帳號、全名及目前地址)
- **銀行、貸款或金融機構對帳單** (顯示您的帳號)
- **薪資單** (顯示您的全名、僱主或公司名稱及目前地址；必須是實際的薪資單，而非薪資支票)

A 部分- 福利申請人訊息

名字:	姓氏:
社會安全號 (SSN): _____ 或	
個人稅務識別號 (ITIN): _____	
出生日期 (月/日/年): / /	電話號碼:
實際地址:	郵寄地址 (如果與實際地址不同):
電郵地址 (可選):	

B 部分- 授權代理人訊息

名字:	姓氏:
出生日期 (月/日/年): / /	與福利申請人的關係:
實際地址:	郵寄地址 (如果與實際地址不同):
電話號碼:	電郵地址 (可選):

C 部分- 無行動能力申請人的授權代理人之授權與簽名

此授權生效日期為 (月/日/年): / / 結束日期: / /
(如結束日期未知, 請留空)

您作為無行動能力申請人的授權代理人, 其核准狀態可能在以下情況下終止:

- 您的授權將自動終止 (以先發生者為準):
 - 當申請人不再處於無行動能力狀態時, 或
 - 當申請人目前的福利年度結束時
- 若您在獲准成為授權代理人後 30 天內, 未替申請人提交帶薪休假福利申請, 您的授權將終止。
- 若申請人去世, 您的授權將於其死亡之日終止。

福利申請人姓名:	福利申請人SSN/ITIN:
無行動能力申請人的授權代理人聲明: 我將以申請人的最佳利益為優先，並對我代表申請人自「俄勒岡帶薪休假」所取得的任何資訊予以保密。我了解，當申請人不再處於無行動能力狀態時，我代表其行事的授權將終止。我同意在得知申請人已能自行處理事務後的三個日曆日內，通知俄勒岡帶薪休假部門。	
無行動能力申請人的授權代理人簽名:	日期: / /
您必須親筆簽署此表格。我們不接受電子簽名。	
D 部分-醫療保健提供者訊息與認證	
福利申請人姓名:	出生日期: / /
醫療保健提供者姓名:	職稱:
證明執照編號 (可選):	州或國家:
執照領域 / 執業領域	電話號碼:
電郵地址 (可選):	
企業名稱:	
地址:	
<input type="checkbox"/> 我已閱讀醫療保健提供者、嚴重健康狀況 (OAR 471-070-1000) 及無行動能力 (ORS 125.005) 的定義。	
醫療保健提供者認證: 本人聲明，如作偽證，願受處罰： <ul style="list-style-type: none"> ● 本表格所列之申請人，因符合 OAR 471-070-1000 所定義之嚴重健康狀況，而處於 ORS 125.005 所定義之無行動能力狀態； ● 申請人無法完成申請「俄勒岡帶薪休假」福利所需之步驟，亦無法選擇一名代表代其行事； ● 本人係 OAR 471-070-1000 所定義、獲授權為申請人狀況出具證明之醫療保健提供者，且目前正因其無行動能力狀態提供治療； ● 本表格中所提供之資訊均為真實且正確。 	
醫療保健提供者簽名:	日期: / /
您必須親筆簽署此表格。我們不接受電子簽名。	

您可以填寫本申請表，並附上適用於休假類型的適當文件來申請俄勒岡帶薪休假福利。我們建議您在填寫申請書前，先瞭解所有福利資格要求。您可以在 paidleave.oregon.gov/tc/ 找到此資訊，或致電 833-854-0166 與我們聯絡。

您可以在開始休假日期前 30 天或該日期之後 30 天或提交您的申請。如果發生無法控制的情況，導致您無法在此 60 天的時間範圍內提交申請，則帶薪休假可在休假開始後最長達一年的時間內接受您的申請。如果您遇到無法控制的情況，您必須將文件傳送至帶薪休假以說明延遲原因。帶薪休假將審查您的文件並做出決定。

申請福利、查看福利申請狀態以及查看福利付款最為快速簡單的方法，即是在 frances.oregon.gov 建立俄勒岡帶薪休假帳戶。

休假驗證

您必須附上可接受的驗證文件，以證明該具體生活事件。帶薪休假使用該文件來決定您是否具有取得福利的資格、是否符合欲申請休假類型的定義，並計算休假時長以及您可以申請福利的時間範圍。請參閱我們的《員工指南》，取得可接受的驗證文件清單，網址為 paidleave.oregon.gov/resources/resources.html。請務必在此申請書中附上一份可接受驗證文件的易讀(清晰可讀)副本。

其他福利資訊

失業保險和工傷賠償誤工補貼福利

在您有資格領取工傷賠償或失業保險福利的任何一週，您都不能領取該週的帶薪休假福利。

誤工補貼是替代員工工資的工傷賠償福利。

需要幫助？

這條消息至關重要。俄勒岡州就業部 (OED) 是壹個提供均等機會的機構。OED 提供免費幫助，便於您使用我們的服務。服務內容示例包括手語和口語翻譯、其他語種的書面材料、大字體、音頻和其他格式文檔。如需幫助，請致電 833-854-0166 (免費)。聽障專線用戶 (TTY) 撥打 711。您還可以發送電子郵件至 access.paidleave@oregon.gov

申請人身份

社會安全號碼 (SSN): _____ 或

個人納稅識別號碼 (ITIN): _____

法定名字:

法定中間名 (如有) :

法定姓氏:

慣用名字:

您目前或過去的雇主稱呼您的名字:

出生日期 (月/日/年): / /

駕照或州身份識別號 (如有) :

核發州別:

您希望使用什麼代名詞? (請選擇所有適用選項)

- 他/他的
- 她/她的
- 他們/他們的
- 不願透露
- 沒有偏好
- 未列出: _____
- 不確定 (授權代表適用)

您希望使用哪種語言取得我們的服務?

- 英文
- 西班牙文

姓名:	SSN/ITIN:
-----	-----------

我們會為您提供免費協助，讓您便於使用我們的服務。例如：手語翻譯員和口譯員、以別種語言撰寫的書面資料、大字印刷本、語音及其它格式的傳達方法。

您是否需要協助才能使用我們的服務？

- 是
- 否

申請人身份 (續上頁)

當您申請俄勒岡帶薪休假福利時，《美國國內稅收法典》和《俄勒岡州行政法規》將會要求您提供您的稅務識別碼 (TIN)。您的稅務識別碼 (TIN) 是指指派給您的社會安全號碼 (SSN) 或個人納稅識別號碼 (ITIN)。俄勒岡州就業部 (OED) 使用該識別碼來確認您的身分，並向美國國稅局和俄勒岡州稅務部報告您的福利付款狀況。如果稅務識別碼 (TIN) 是社會安全號碼 (SSN)，則俄勒岡州就業部 (OED) 將與社會安全局確認此識別碼。如果您的稅務識別碼 (TIN) 是個人納稅識別號碼 (ITIN)，則俄勒岡州就業部 (OED) 可能會向美國國稅局確認此識別碼。俄勒岡州就業部 (OED) 使用您的稅務識別碼 (TIN) 作為處理福利申請的記錄，以及用於與俄勒岡帶薪休假相關的統計目的。這些統計資料將不會包括可識別個人身份資訊。俄勒岡州就業部 (OED) 可能會使用您的稅務識別碼 (TIN) 來收取債務。

聯絡資訊

電子郵件地址: _____

注意：如果您想以電子形式接收我們的資訊，請在 frances.oregon.gov 上建立 Frances Online 帳戶。

電話號碼 #1

- 手機
- 住家電話
- 公司電話

電話號碼: (____) _____ - _____

電話號碼 #2 (選填)

- 手機
- 住家電話
- 公司電話

電話號碼: (____) _____ - _____

姓名:		SSN/ITIN:	
實際地址			
街道 1:			
街道 2:			
單元類型:		單元號碼:	
城市:	州:	郵遞區號:	郡:
收件人:		國家:	
郵寄地址 (若與實際地址不同)			
街道 1:			
街道 2:			
單元類型:		單元號碼:	
城市:	州:	郵遞區號:	郡:
收件人:		國家:	

姓名:

SSN/ITIN:

休假類型與日期

您申請的是哪種休假類型？（請僅選擇一個「是」）

親子假 您是否因孩子出生，收養或寄養安置的第一年與之建立親子關係而申請家庭假？

是 否

家庭假 您是否為了照顧患有嚴重健康狀況的家庭成員而申請家庭假？

是 否

醫療假 您是否因自己所患有的嚴重健康狀況而申請醫療假？ 是 否

安全假 您是否為了您自己、您的子女或受撫養人經歷過的性侵、家庭暴力、騷擾、偏見犯罪或跟蹤相關事件而申請安全假？ 是 否

安置假 您是否因收養孩子或孩子寄養安置在您家中前的一些必要活動而休安置假？
(此類休假必須按照間歇休假進行。您必須為每一週的休假提交每週福利申報)

是 否

您計劃在哪一天開始休假？ ____/____/____(月/日/年)

您申請的休假將在哪一天結束？ ____/____/____ (月/日/年)

姓名:	SSN/ITIN:
-----	-----------

休假類型的附加問題

請僅回答與您在上一個段落中所選休假類型相關的問題。並非所有休假類型都有附加問題。

家庭-照顧假

您休假的原因是為了照顧哪些家庭成員？ 子女 孫子女 祖父母
 父母 兄弟姐妹 配偶或同居伴侶 其他

如果您選擇「其他」 - 請具體說明該成員等同於家庭成員的關係。

您負責照顧者的聯絡資訊:

名字:

姓氏:

電話號碼:

您負責照顧者的地址:

街道 1:

街道 2:

單位類型:

單位號碼:

城市:

州:

郵遞區號:

郡:

您為家庭成員提供哪種照護或支援類型？ 選擇最符合實際情況的選項。

- 情感支持或撫慰
- 前往醫療照護的交通運輸
- 安排醫療照護或完成其他行政任務
- 其他如果選擇「其他」 - 請具體說明:
- 醫療或身體協助

姓名:

SSN/ITIN:

安全假

誰需要請安全假? 我自己 我的子女或受撫養人

注意: 您的子女必須未滿 18 歲, 如果您的子女已年滿 18 歲, 則必須是患有生理或心理障礙且限制了其獨立生活能力的受撫養成年人。

請選擇您申請安全假的原因。(選擇最符合實際情況的選項)

- 為您本人、您的子女或受撫養人的健康和 safety 尋求法律或執法協助, 包括準備與參加與性侵犯、家庭暴力、騷擾、偏見犯罪或跟蹤有關的法庭聽證會
- 您、您的子女或受撫養人因性侵犯、家庭暴力、騷擾、偏見犯罪或跟蹤所造成的傷害而就醫, 以恢復健康
- 因為您、您的子女或受撫養人是性侵犯、家庭暴力、騷擾、偏見犯罪或跟蹤的倖存者, 所以要為您自己、您的子女或受撫養人接受有執照的心理健康專業人員提供的諮詢
- 因為您、您的子女或受撫養人是性侵犯、家庭暴力、騷擾、偏見犯罪或跟蹤的倖存者, 所以您、您的子女或受撫養人從受害者服務提供者處獲得服務
- 為確保您或您子女或受撫養人的健康和 safety, 搬遷或採取措施確保現有房屋的安全
- 沒有適用的選項

姓名:

SSN/ITIN:

就業資訊

請完整填寫在以下時間範圍內，您在俄勒岡州所從事所有工作的完整相關資訊：

- 休帶薪假前 18 個月
- 休帶薪假期間

注意：如果您的休假尚未開始，或者如果您正在休帶薪假，則僅包括截至今天您已從事的工作。如果您以自營公司選擇了俄勒岡帶薪休假承保，則請包括該自營公司

。

包括所有這些工作，即使：

- 您並非向所有您受僱的工作單位請假
- 您的一名（或多名）雇主有等效計劃

注意：如果您的所有雇主皆提供自己的等效計劃，請在此處停筆。您將需要透過雇主的計劃進行申請，而非透過俄勒岡帶薪休假申請。

您必須針對每項工作都提供所有必要資訊。

您的雇主（或作為自營公司的您，在選擇保險的情況下）必須每季提交您的薪資資訊。俄勒岡帶薪休假將使用這項資訊計算您的每週福利。如果我們無法比對或驗證您的薪資，我們將會與您聯絡以取得更多資訊。

姓名:		SSN/ITIN:	
僱主 #1			
僱主公司名稱:			
聯邦僱主識別號碼 (FEIN):			
企業識別號碼 (BIN):			
僱主地址			
街道 1:			
街道 2:			
單位類型:		單位號碼:	
城市:	州:	郵遞區號:	郡:
收件人:		國家:	
僱主聯絡人姓名:			
僱主聯絡電話號碼:			
僱主聯絡電子郵件地址:			
工作和休假資訊			
聘用日期: ____ / ____ / ____ (月/日/年)			
您是否仍為此僱主工作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 最後一個工作日期為 ____ / ____ / ____ (月/日/年)			
薪水支付頻率:			
<input type="checkbox"/> 時薪	<input type="checkbox"/> 半月薪		
<input type="checkbox"/> 日薪	<input type="checkbox"/> 月薪		
<input type="checkbox"/> 週薪	<input type="checkbox"/> 年薪		
<input type="checkbox"/> 雙週薪 (每兩週)			
針對您選擇的薪水支付頻率, 您的薪水金額是多少?			
您是否正在向該僱主請假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果向該僱主請假, 您通常每週為該僱主工作幾天? 圈選一項: 1 2 3 4 5 6 7			
如果您正向該僱主請假, 您是否向該僱主通知了您的請假事宜?			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是, 您在什麼時候通知此僱主? ____ / ____ / ____ (月/日/年)			

姓名:		SSN/ITIN:	
僱主 #2			
僱主公司名稱:			
聯邦僱主識別號碼 (FEIN):			
企業識別號碼 (BIN):			
僱主地址			
街道 1:			
街道 2:			
單位類型:		單位號碼:	
城市:	州:	郵遞區號:	郡:
收件人:		國家:	
僱主聯絡人姓名:			
僱主聯絡電話號碼:			
僱主聯絡電子郵件地址:			
工作和休假資訊			
聘用日期: _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
您是否仍為此僱主工作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 最後一個工作日期為 _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
薪水支付頻率:			
<input type="checkbox"/> 時薪		<input type="checkbox"/> 半月薪	
<input type="checkbox"/> 日薪		<input type="checkbox"/> 月薪	
<input type="checkbox"/> 週薪		<input type="checkbox"/> 年薪	
<input type="checkbox"/> 雙週薪 (每兩週)			
針對您選擇的薪水支付頻率, 您的薪水金額是多少?			
您是否正在向該僱主請假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果向該僱主請假, 您通常每週為該僱主工作幾天? 圈選一項: 1 2 3 4 5 6 7			
如果您正向該僱主請假, 您是否向該僱主通知了您的請假事宜? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是, 您在什麼時候通知此僱主? ___ / ___ / ___ (月/日/年)			

姓名:		SSN/ITIN:	
僱主 #3			
僱主公司名稱:			
聯邦僱主識別號碼 (FEIN):			
企業識別號碼 (BIN):			
僱主地址			
街道 1:			
街道 2:			
單位類型:		單位號碼:	
城市:	州:	郵遞區號:	郡:
收件人:		國家:	
僱主聯絡人姓名:			
僱主聯絡電話號碼:			
僱主聯絡電子郵件地址:			
工作和休假資訊			
聘用日期: _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
您是否仍為此僱主工作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 最後一個工作日期為 _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
薪水支付頻率:			
<input type="checkbox"/> 時薪			<input type="checkbox"/> 半月薪
<input type="checkbox"/> 日薪			<input type="checkbox"/> 月薪
<input type="checkbox"/> 週薪			<input type="checkbox"/> 年薪
<input type="checkbox"/> 雙週薪 (每兩週)			
針對您選擇的薪水支付頻率, 您的薪水金額是多少?			
您是否正在向該僱主請假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果向該僱主請假, 您通常每週為該僱主工作幾天? 圈選一項: 1 2 3 4 5 6 7			
如果您正向該僱主請假, 您是否向該僱主通知了您的請假事宜? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是, 您在什麼時候通知此僱主? _____ / _____ / _____ (月/日/年)			

姓名:		SSN/ITIN:	
自僱人士 #1			
公司名稱, 如適用:			
聯邦雇主識別號碼 (FEIN), 如適用:			
企業識別號碼 (BIN), 如適用:			
地址			
街道 1:			
街道 2:			
單位類型:		單位號碼:	
城市:	州:	郵遞區號:	郡:
收件人:		國家:	
雇主聯絡人姓名: 雇主聯絡電話號碼: 雇主聯絡電子郵件地址:			
工作和休假資訊			
在此公司從事工作的第一天: _____ / _____ / ____ (月/日/年)			
您是否仍是自僱人士, 並在此公司工作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“不是”, 最後一個工作日期為 _____ / _____ / _____ (月/日/年)			
職業 (職稱) :			
從該公司中取得收入的頻率:			
<input type="checkbox"/> 時薪	<input type="checkbox"/> 半月薪 (每月兩次)		
<input type="checkbox"/> 日薪	<input type="checkbox"/> 月薪		
<input type="checkbox"/> 週薪	<input type="checkbox"/> 年薪		
<input type="checkbox"/> 雙週薪 (每兩週)			
針對您選擇的收入頻率而言, 您從此公司中取得的淨收入是多少?			
您是否正從自僱工作中休假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果您正從此公司中休假, 您每週通常會在此公司工作幾天?			圈選一項: 1
2 3 4 5 6 7			

姓名:	SSN/ITIN:
<p>其他雇主或自營職業</p> <p><input type="checkbox"/> 如果您有更多工作或自營職業，請勾選此方塊，然後填寫並附上額外雇主表格 (可在帶薪休假網站找到此表格: paidleave.oregon.gov/resources/forms-and-checklists.html).</p>	
<p>所有雇主 (及自營公司) 資訊</p>	
<p>您平均每週為俄勒岡州的所有雇主工作多少天? 如果您選擇了承保，則請包含以自雇人士工作的天數。</p> <p>注意: 如果您在休假開始後提交申請，請列出在您開始休假時，在俄勒岡州的平均工作天數。圈選一項: 1 2 3 4 5 6 7</p>	
<p>額外產假</p>	
<p>此選項僅可在您休家庭-親子假或醫療假時使用。</p> <p>您目前是否懷孕，或去年是否曾經生產，而且您是否因懷孕，生產相關健康或醫療狀況而要求額外的兩週休假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果您目前並未懷孕，請提供您的孕期結束日期: _____ / ____ / ____ (月/日/年)</p>	
<p>休假時間表</p>	
<p>您的休假時間表類型是什麼? (請僅選擇一個選項)</p> <p><input type="checkbox"/> 間歇休假 您並不一次休完所有休假。您將在休假開始和結束日期之間從事一些工作。您也可以同時休兩種或兩種以上的假期或您正在休安置假。</p> <p>注意: 選擇此選項後，您必須在休假的每一週提交「每週福利申領表」(Weekly Claim Form)。您必須在休假的每一週結束後 30 天內將此表格寄送給我們。如果您的休假在最近開始，請在申請中附上「每週福利申領表」。如需取得其他資訊，請參閱「每週福利申領表」說明。您可以致電 833-854-0166 向我們索取該表。</p> <p>如果您想要更快速地提交每週申請，及查看福利申請的每週狀態，請在</p>	

frances.oregon.gov 上建立Frances Online 賬戶。

- 連續休假** 您因一件符合資格的事件而請假，且在核准的假期內您不為任何雇主工作(或自營職業)。

為了計算您的福利，請提供以下資訊。帶薪休假將一週的起訖時間視為從星期日開始至星期六結束。

在您開始休假的第一週，您將休幾天帶薪假？圈選一項：1 2 3 4 5 6 7

您在休假期間的最後一週，您將休幾天的帶薪假？圈選一項：1 2 3 4 5 6 7

其他福利

在您的休假期間，您是否已收到或預期會收到工傷賠償誤工補貼福利？

是 否

在您的休假期間，您是否已收到或預期會收到失業保險福利？ 是 否

姓名:	SSN/ITIN:
-----	-----------

自願披露

我們不會使用您在申請表此部分的回答來對您的申請做出決定。我們只會將您的答案用於小組資料分析。為了幫助我們更了解我們所服務的不同社區，我們鼓勵您回答以下人口統計資料資訊。對於任何問題，您都可以選擇「不願透露」選項。

您完成的最高學歷或學位是什麼？ (選擇一個答案)

- 從未就學
- 高中以下
- 曾就讀高中 (未取得文憑)
- 高中畢業 (包含 GED 或同等學歷)
- 技術、貿易或職業學校
- 曾受過大學教育或副學士學位
- 學士學位
- 碩士學位
- 不願透露
- 不確定 (授權代表適用)

您是否患有任何殘疾？ (選擇一個答案)

若您患有嚴重限制重大活動的身體、智能和/或發育障礙或醫療狀況，或者若您有身心障礙或醫療狀況的病史或記錄，則您將被視為患有殘疾。這也包括您是否會被視為患有殘疾。

- 是
- 否
- 不願透露
- 不確定 (授權代表適用)

您的退伍軍人或軍人身份是什麼？ (選擇一個答案)

- 我是美國軍隊、後備軍人或國民警衛隊的退伍軍人
- 我是美國軍隊、後備軍人或國民警衛隊的現役軍人
- 我不是退伍軍人或我沒有軍人身份
- 不願透露
- 不確定 (授權代表適用)

以下哪一個選項能夠最適切地描述您？

(請勾選所有適用選項)

- 美國印第安人、美國原住民或阿拉斯加原住民
- 亞洲人
- 黑人或非裔美國人
- 西班牙裔/拉丁裔
- 夏威夷原住民、太平洋島民
- 白人
- 中東/北非人
- 選擇自我描述:

- 不願透露
- 不確定 (授權代表適用)

姓名:	SSN/ITIN:
<p>您是西班牙裔或拉丁裔?</p> <p>(選擇一個答案)</p> <p><input type="checkbox"/> 是, 我是西班牙裔或拉丁裔</p> <p><input type="checkbox"/> 否, 我並不是西班牙裔或拉丁裔</p> <p><input type="checkbox"/> 不願透露</p> <p><input type="checkbox"/> 不確定 (授權代表適用)</p> <p>您的生理性別是什麼? (選擇一個答案)</p> <p><input type="checkbox"/> 女性</p> <p><input type="checkbox"/> 男性</p> <p><input type="checkbox"/> 不願透露</p> <p>您是跨性別人士嗎? (選擇一個答案)</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 正在提問/探索</p> <p><input type="checkbox"/> 不願透露</p> <p><input type="checkbox"/> 我不了解這個問題在問什麼</p> <p><input type="checkbox"/> 不確定 (授權代表適用)</p>	<p>您的社會性別是什麼? (請勾選所有適用選項)</p> <p><input type="checkbox"/> 無性別</p> <p><input type="checkbox"/> 非二元性別</p> <p><input type="checkbox"/> 女性/女孩</p> <p><input type="checkbox"/> 男性/男孩</p> <p><input type="checkbox"/> 未列出的其他社會性別。請具體說明: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 正在提問/探索</p> <p><input type="checkbox"/> 不願透露</p> <p><input type="checkbox"/> 我不了解這個問題在問什麼</p> <p><input type="checkbox"/> 不確定 (授權代表適用)</p> <p>您如何描述您的性取向或性向認同? (請勾選所有適用選項)</p> <p><input type="checkbox"/> 無性戀</p> <p><input type="checkbox"/> 雙性戀</p> <p><input type="checkbox"/> 男同性戀者</p> <p><input type="checkbox"/> 女同性戀者</p> <p><input type="checkbox"/> 泛性戀</p> <p><input type="checkbox"/> 酷兒</p> <p><input type="checkbox"/> 正在提問/探索</p> <p><input type="checkbox"/> 同社會性別之愛</p> <p><input type="checkbox"/> 同生理性別之愛</p> <p><input type="checkbox"/> 異性戀 (主要吸引或僅吸引其他社會性別或生理性別)</p> <p><input type="checkbox"/> 未列出的其他性取向。請具體說明: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不願透露</p> <p><input type="checkbox"/> 我不了解這個問題在問什麼</p> <p><input type="checkbox"/> 不確定 (授權代表適用)</p>

姓名:

SSN/ITIN:

領取福利

如果您的福利申請被核准，您希望如何取得福利付款？（請僅選擇一個選項）

直接存款

支票帳戶

儲蓄帳戶

金融機構: _____

銀行匯款路徑號碼: _____

銀行賬號: _____

請勾選以下方塊，確認選擇將直接存款作為您的付款方式:

我允許俄勒岡州就業部俄勒岡帶薪休假計劃在上方列出的金融機構中以電子方式存款。本人允許上述機構接受此筆付款，並將其存入本人在上方列出的帳戶。

我瞭解，此許可將取代任何先前的許可，且將持續有效，直到我將書面取消通知寄送至俄勒岡帶薪休假，或自我在上一次提出休假申請後已過一年的時間後為止。

我瞭解，如果我的福利付款無法存入上述金融機構帳戶，我的福利付款將自動以美國銀行 ReliaCard® 支付。我在作出付款選擇之前，已經審查了隨附的 ReliaCard 揭露資訊。

借記卡 (ReliaCard®).

注意：如果您過去透過 ReliaCard 收到帶薪休假的福利付款，則俄勒岡帶薪休假將使用相同的 ReliaCard 來處理此福利申請事宜。如果您需要更換新卡，請告知帶薪休假。

我已審查了隨附的 ReliaCard 揭露資訊。

姓名:	SSN/ITIN:
預扣所得稅選擇	
<p>您希望如何從福利付款中預扣所得稅?</p> <p><input type="checkbox"/> 我希望從我的福利付款中預扣10%用於繳納我的聯邦個人所得稅，並預扣8%用於繳納州個人所得稅。</p> <p><input type="checkbox"/> 我希望只預扣10%的福利付款用於繳納聯邦個人所得稅。</p> <p><input type="checkbox"/> 我希望只預扣8%的福利付款用於繳納州個人所得稅。</p> <p><input type="checkbox"/> 我不希望從福利付款中預扣所得稅。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 根據法律規定，我保證就我所知所信，本人所提供的資訊真實無誤。我知道法律規定，為成功獲得俄勒岡帶薪休假福利而作出虛假陳述將受到處罰。本人在下面簽字，即表示本人正在申請俄勒岡帶薪休假福利。</p> <p>我授權俄勒岡帶薪休假向我的僱主公佈相關的申請信息，包括但不限於：我的休假申請信息；我的申請被批准或拒絕的信息；休假的日期、時長和頻率；以及我的每週福利金額。</p> <p>我授權俄勒岡帶薪休假向與我的帶薪休假申請有關的醫療服務提供者透露相關的申請資訊。</p> <p>我明白，我必須通知俄勒岡帶薪休假有關我在此申請中所提供資訊的任何變更，包括休假日期和天數，以及我工作的變更。</p>	
簽名:	日期 (月/日/年):
福利申請人指定代表簽名:	日期 (月/日/年):
福利申請人指定代表 (正楷姓名:)	
無行動能力或已故申請人的授權代理人簽名:	日期 (月/日/年):
無行動能力或已故申請人的授權代理人 (正楷姓名:)	
<p>注意： 您必須獲得相關部門的批准，才能作為申請人指定代表或授權代理人以代表申請人行事。否則，我們無法接受您提交的申請或其他資訊。申請此身份的表格可在我們的網站上取得。</p>	

姓名:

SSN/ITIN:

缺少資訊或文件可能會導致延遲處理您的福利申請。

請將填妥的申請表和所有必要的文件寄至:

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

U.S. Bank 全美銀行 ReliaCard® 領卡前披露事項
 計劃名稱：Oregon State Government Programs

某些資料與服務可能僅提供英文版本。

您可以選擇如何接受付款， 包括直接存入您的銀行帳戶或此預付卡。 關於可用選項請洽詢您的機構並選擇您的選項。			
月費	每次購物	ATM 提款	現金儲值
\$0	\$0	\$0 網內 \$2.00* 網外	不適用
ATM 餘額查詢 (網內或網外)			\$0
客戶服務 (自動語音或線上客服人員)			\$0 每通電話
閒置 (未進行交易逾 365 天後)			每月 \$2.00
我們還收取另外 3 種費用。其中一種為：			
國際交易			3%
<p>* 此費用可能會因不同的卡片使用方法與使用地點而更低。 請參閱隨附的費用明細表，以了解取用資金和餘額信息的免費方式。</p> <p>無透支 / 信貸功能。 您的資金符合 FDIC 保險資格。</p> <p>如需瞭解預付帳戶的一般資訊，請造訪 cfpb.gov/prepaid (英文)。 在卡包內查找所有費用和服務的詳細信息和條件，或致電 1-855-282-6161 或訪問 usbankreliacard.com (英文)。</p>			

CR-36991804

U.S. Bank 全美銀行 ReliaCard® 費用明細表

計劃名稱：Oregon State Government Programs

所有費用	金額	詳細資訊
提領現金		
ATM 提款 (網內)	\$0	這是我們按次收取的提款費用。「網內」是指 U.S. Bank 全美銀行或 MoneyPass® ATM 網絡。ATM 位置請參閱 usbank.com/locations (英文) 或 moneypass.com/atm-locator.html (英文)。
ATM 提款 (網外)	\$2.00	這是我們按次收取的提款費用。每月前2筆ATM 取款免手續費，其中包括 ATM 取款 (網絡外) 以及國際 ATM 取款。「網外」是指 U.S. Bank 全美銀行或 MoneyPass ATM 網絡以外的所 ATM。即使未完成交易，ATM 營運商仍可能向您收取費用。
臨櫃提領現金	\$0	這是您在接受 Visa® 的銀行或信用合作社的櫃檯，使用您的卡提領現金時，我們會收取的費用。
資訊		
ATM 餘額查詢 (網內)	\$0	這是我們按次收取的查詢費用。「網內」是指 U.S. Bank 全美銀行或 MoneyPass ATM 網絡。ATM 位置請參閱 usbank.com/locations (英文) 或 moneypass.com/atm-locator.html (英文)。
ATM 餘額查詢 (網外)	\$0	這是按次收取的查詢費用。「網外」是指 U.S. Bank 全美銀行或 MoneyPass ATM 網絡以外的所有 ATM。ATM 營運商可能也會向您收取費用。
在美國境外使用您的卡		
國際交易	3%	這是您向境外商家使用卡片購物，或使用卡片在境外 ATM 提領現金時，我們會向您收取的費用；這是經匯率換算後依照美金交易金額計算的百分比。即使您和 / 或商家或 ATM 位於美國，部分交易仍會根據適用的網絡規則，以境外交易處理；且我們不會因此目的而控管這些商家、ATM 及交易的分類方式。
國際 ATM 提款	\$2.00	這是我們按次收取的提款費用。每月頭 2 次 ATM 取款免費，不論是網外 ATM 取款還是國際 ATM 提款均如此。即使未完成交易，ATM 營運商仍可能向您收取費用。
其他		
卡片換發	\$0	這是按次收取的換卡費，換發的新卡會以標準遞送方式寄給您 (最多 10 個工作日)。
換卡急件遞送方式	\$15.00	這是我們在任何換發費用以外加收的急件遞送費用 (最多 3 個工作日)。
閒置	\$2.00	這是您連續 365 天未使用卡片完成任何交易後，我們每月所收取的費用。

雖然此通信是以簡體中文為您提供的，但後續的 U.S. Bank 通信以及與您的契約協議、披露信息、通知和結單相關的文件、網上銀行和手機銀行服務可能僅以英文提供。您必須能夠閱讀和理解這些文件，或者在翻譯這些文件時獲得協助，以方便您理解和使用本產品或服務。文件可根據要求為您提供英文版本的。

您的資金符合 FDIC 保險資格。您的資金會由 FDIC 承保之 U.S. Bank National Association 全美銀行全國聯合會持有，若 U.S. Bank 全美銀行失去支付能力，FDIC 會承兌您的資金，最高為 \$250,000。詳細資訊請參閱 fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (英語版)。

無透支 / 信貸功能。

如需聯繫 Cardholder Services 持卡人服務，請致電 1-855-282-6161，郵寄至 PO Box 551617, Jacksonville, FL 32255 或造訪 usbankreliacard.com (英語版)。

如需瞭解預付帳戶的一般資訊，請造訪 cfpb.gov/prepaid (英語版)。如果您想就預付帳戶事宜提出投訴，請致電 1-855-411-2372 聯繫消費者金融保護局 (Consumer Financial Protection Bureau)，或造訪 cfpb.gov/complaint (英語版)。

CR-36991804

ReliaCard 由美國銀行全國協會根據 Visa U.S.A. Inc. 的許可發行。© 2023 U.S. Bank. Member FDIC.