



Người Đại Diện Được Ủy Quyền Cho Nguyên Đơn Bị Mất Năng Lực Các Hướng Dẫn Danh Cho Nguyên Đơn & Danh Mục Tài Liệu

Bộ hồ sơ này dành cho những người cần được ủy quyền để thay mặt cho người yêu cầu trợ cấp không đủ năng lực hành động theo chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon.

Quý vị có thể gửi bộ hồ sơ theo một trong những cách như sau:

- Sử dụng mẫu Liên Lạc Với Chúng Tôi tại trang mạng frances.oregon.gov
- Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ và tất cả các tài liệu cần thiết đến:

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

Để tránh sự chậm trễ, xin vui lòng gửi tất cả các biểu mẫu và tài liệu cần thiết cùng một lúc. Nếu chúng tôi không nhận được tất cả các thông tin và tài liệu yêu cầu cần thiết trong vòng 30 ngày kể từ khi đơn xin ủy quyền của quý vị được chấp thuận, quý vị có thể cần phải bắt đầu lại quy trình.

Xin lưu ý: Tùy vào trường hợp cụ thể, quý vị có thể sẽ không cần phải điền tất cả các biểu mẫu trong bộ hồ sơ này. Ví dụ: nếu nguyên đơn đã nộp đơn cho tất cả các kỳ nghỉ phép được yêu cầu, quý vị sẽ không cần phải gửi thêm đơn ghi danh nữa.

Để biết thêm thông tin, xin vui lòng truy cập trang mạng của chúng tôi tại paidleave.oregon.gov hoặc liên lạc với chúng tôi qua số điện thoại 833-854-0166 (miễn cước phí). Người dùng thiết bị TTY xin vui lòng gọi số 711.

BỘ HỒ SƠ DÀNH CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN CỦA NGUYÊN ĐƠN BỊ MẤT NĂNG LỰC

Đơn Ghi Danh Cho Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Xin vui lòng đính kèm theo các tài liệu như sau:

1. Mẫu Đơn Ủy Quyền Đại Diện cho Nguyên Đơn Bị Mất Năng Lực đã điền đầy đủ thông tin từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giấy chứng nhận xác nhận nguyên đơn bị mất năng lực.
Xin Lưu Ý: Nếu quý vị có thư của tòa án cấp quyền **hoặc** giấy ủy quyền, quý vị có thể gửi một trong những giấy tờ này thay cho mẫu đơn.
2. Ít nhất hai loại giấy tờ xác minh danh tính của người đại diện được ủy quyền (xin

xem hướng dẫn trong Mẫu Đơn)

3. Ít nhất hai loại giấy tờ xác minh danh tính của nguyên đơn (xin xem hướng dẫn trong Mẫu Đơn)
4. Tài liệu chứng minh mối quan hệ giữa người đại diện được ủy quyền và nguyên đơn (không áp dụng nếu việc đại diện được thực hiện thông qua thủ tục pháp lý).

Đơn Xin Trợ Cấp Phúc Lợi (nếu nguyên đơn chưa nộp đơn xin tất cả các loại nghỉ phép được yêu cầu)

1. Một Mẫu Đơn yêu cầu hưởng trợ cấp Nghỉ Phép Có Lương đã điền đầy đủ thông tin
2. Một Mẫu Đơn xác nhận nghỉ phép (được hoàn thành bởi nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc người có thẩm quyền khác)

PHẦN 1: HƯỚNG DẪN CHUNG

Xin vui lòng **điền** và **ký tên** vào mẫu đơn này nếu quý vị là **thành viên gia đình** của một người yêu cầu phúc lợi bị **mất năng lực** do **tình trạng sức khỏe nghiêm trọng**, và quý vị yêu cầu để được đại diện và hành động thay cho họ.

Quý vị có thể yêu cầu được làm đại diện cho một người đang yêu cầu phúc lợi bị mất năng lực nếu quý vị là thành viên gia đình đúng với định nghĩa trong định luật số ORS 657B.010. Quý vị có thể tìm thấy định nghĩa về thành viên gia đình trong mục 3 của hướng dẫn này.

Một **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe** đang điều trị cho người yêu cầu phúc lợi với tình trạng mất năng lực của họ cần phải ký vào mẫu đơn này để xác nhận tình trạng sức khỏe nghiêm trọng của họ.

Chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon có thể thảo luận về yêu cầu phúc lợi nghỉ phép hiện tại hoặc đang chờ xử lý với người đại diện được ủy quyền. Việc này cho phép chúng tôi cung cấp thông tin từ hồ sơ của mình mà lẽ ra phải được bảo mật. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các thông tin:

- Về bất kỳ **quyền lợi** nào mà người yêu cầu bồi thường đã hoặc sẽ nhận được
- Được cung cấp trong đơn ghi danh ban đầu của người yêu cầu phúc lợi
- Về bất kỳ quyết định nào đang chờ xử lý hoặc quyết định chấp thuận mà chúng tôi đã đưa ra đối với một yêu cầu phúc lợi

Đơn này cũng cho phép người đại diện được ủy quyền cung cấp những thông tin sau đây cho Nghỉ Phép Có Lương với mục đích để:

- Hoàn thành yêu cầu phúc lợi
- Nộp một yêu cầu trợ cấp phúc lợi mới cho người yêu cầu phúc lợi
- Yêu cầu phiên điều trần để xem xét quyết định của Nghỉ Phép Có Lương và xuất hiện tại phiên điều trần trước Văn Phòng Điều Trăn Hành Chính thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi

Chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon chỉ công nhận một người đại diện được ủy quyền cho mỗi người yêu cầu phúc lợi tại một thời điểm. Chúng tôi sẽ không chấp nhận yêu cầu đại diện được ủy quyền nếu một người giám hộ hợp pháp khác hoặc người bảo tồn do tòa án chỉ định đã được ủy quyền hành động thay mặt cho người yêu cầu bồi thường. Điều này cũng đúng đối trường hợp người yêu cầu phúc lợi đã cấp giấy ủy quyền cho một người khác được quyền hành động thay mặt họ cho các mục đích của chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon.

Xin vui lòng cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu. Việc không cung cấp đủ thông tin có thể gây chậm trễ trong việc xử lý yêu cầu phúc lợi của quý vị. Chữ ký trên mẫu đơn này phải là chữ ký viết bằng tay. Chúng tôi không thể chấp nhận các chữ ký bằng điện tử.

Nếu quý vị đã sẵn sàng để nộp đơn xin phúc lợi thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi, quý vị có thể gửi kèm theo với mẫu đơn này.

Lưu ý: Quý vị, với tư cách là người đại diện được ủy quyền, là người duy nhất có thể gửi đơn xin quyền lợi thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi.

Cần trợ giúp?

Thông tin này rất quan trọng. Sở Việc Làm Oregon (OED) là một cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng. OED cung cấp trợ giúp miễn phí để quý vị có thể sử dụng các dịch vụ của chúng tôi. Trong đó bao gồm thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu và ngôn ngữ nói, các tài liệu bằng văn bản với các ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, âm thanh và các định dạng khác. Để được trợ giúp, xin vui lòng gọi 833-854-0166 (số điện thoại miễn phí). Người khiếm thị dùng TTY xin gọi số 711. Quý vị cũng có thể gửi điện thư tới access.paidleave@oregon.gov.

PHẦN 2: HƯỚNG DẪN CÁCH HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN

Thành Viên Gia Đình: Điền vào Phần A, B và C của mẫu đơn này. Xin chuyển Phần D cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi để họ có thể điền.

- **Phần A:** Hoàn thành phần này với thông tin của **người yêu cầu phúc lợi**.
- **Phần B:** Hoàn thành phần này với thông tin của **chính quý vị**.
- **Phần C:** Hoàn thành phần này với **ngày bắt đầu được ủy quyền**. Để trống ngày kết thúc ủy quyền nếu quý vị không biết ngày kết thúc tình trạng mất năng lực của người yêu cầu phúc lợi.
- Việc ủy quyền sẽ tự động kết thúc khi:
 - Người yêu cầu phúc lợi không còn bị mất năng lực nữa
 - Năm hưởng quyền lợi hiện tại của người yêu cầu phúc lợi đã được kết thúc
- Nếu quý vị không gửi đơn xin quyền lợi nghỉ phép trong vòng 30 ngày kể từ khi đơn vị phê duyệt quý vị là người đại diện được ủy quyền.
- Trong trường hợp người yêu cầu phúc lợi tử vong, việc ủy quyền sẽ được kết thúc vào ngày tử vong.

Quý vị cũng phải điền, **ký bằng tay** và ghi ngày vào phần này. Chúng tôi không thể chấp nhận các chữ ký bằng điện tử.

- **Phần D:** Cung cấp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi các định nghĩa trong mục 3 của hướng dẫn. Yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi hoàn thành phần yêu cầu và **ký bằng tay** vào

phần này để xác nhận tình trạng mất năng lực của người yêu cầu phúc lợi.

- Đính kèm các tài liệu xác nhận mối quan hệ gia đình của quý vị đối với người yêu cầu phúc lợi và các tài liệu chứng minh danh tính của người yêu cầu phúc lợi và danh tính của chính quý vị. Quý vị có thể tìm thấy danh sách các tài liệu chấp nhận được mà quý vị có thể sử dụng cho các mục đích này trong Mục số 4.
- Quý vị phải gửi mẫu đơn này và bất kỳ tài liệu bắt buộc nào khác đến Nghỉ Phép Có Lương Oregon. Quý vị có thể gửi chúng bằng điện tử thông qua biểu mẫu “Liên Lạc Với Chúng Tôi” (Contact Us) tại trang mạng **frances.oregon.gov**, hoặc qua bưu điện đến địa chỉ này:

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

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người yêu cầu phúc lợi:

- Xin xem lại các định nghĩa về **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tình trạng sức khỏe nghiêm trọng** và **mất năng lực** trong Mục số 3 của hướng dẫn.
- Điền vào Phần D của mẫu đơn này và **ký bằng tay** và ghi ngày vào mục này.
 - Bằng việc hoàn thành và ký vào mục này, bạn xác nhận rằng người yêu cầu bồi thường:
 - Bị **mất năng lực** do **tình trạng sức khỏe nghiêm trọng** (OAR 471-070-1000),
 - **Không thể** nộp đơn xin quyền lợi Nghỉ Phép Có Lương Oregon, và
 - **Không thể** chọn người đại diện để hành động thay mặt họ.
 - Chúng tôi sẽ không chấp nhận các chữ ký bằng điện tử.
- Gửi lại mẫu đơn đã hoàn thành và có chữ ký cho thành viên gia đình đang yêu cầu đại diện cho người yêu cầu phúc lợi bị mất năng lực. Họ sẽ gửi mẫu đơn này đến chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon.

PHẦN 3: ĐỊNH NGHĨA

Định nghĩa thành viên gia đình

ORS 657B.010 định nghĩa thành viên gia đình là:

- The Vợ/Chồng của một cá nhân được bảo hiểm;
- Con của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của đứa trẻ;
- Cha mẹ của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của cha mẹ;
- Anh chị em ruột hoặc anh chị em kế của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của anh chị em ruột hoặc anh chị em kế;
- Ông bà của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của ông bà;
- Cháu của một cá nhân được bảo hiểm hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của cháu;
- Người bạn đời của một cá nhân được bảo hiểm; hoặc
- Bất kỳ cá nhân nào có quan hệ huyết thống hoặc quan hệ thân thuộc mà sự gắn bó gần gũi của họ với một cá nhân được bảo hiểm tương đương với mối quan hệ gia đình.

Định nghĩa Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

OAR 471-070-1000 định nghĩa nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là:

(a) Một người chịu trách nhiệm chính trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người yêu cầu phúc lợi hoặc thành viên gia đình của người yêu cầu phúc lợi trước hoặc trong thời gian nghỉ phép, người được cấp phép hoặc chứng nhận để hành nghề theo luật pháp của tiểu bang hoặc quốc gia nơi họ hành nghề, người đang thực hiện trong phạm vi giấy phép hoặc chứng nhận chuyên môn của người đó, và là một:

- Bác sĩ chỉnh hình cột sống (chỉ trong phạm vi bác sĩ chỉnh hình cột sống cung cấp điều trị bao gồm thao tác thủ công cột sống để điều chỉnh tình trạng bán trật được chứng minh bằng X-quang)
- Nha sĩ
- Nữ hộ sinh
- Bác sĩ y học tự nhiên
- Y tá chuyên khoa
- Y tá chuyên khoa chuyên về hộ sinh
- Bác sĩ nhãn khoa
- Bác sĩ
- Trợ lý bác sĩ
- Nhà tâm lý học
- Y tá/điều dưỡng đã đăng ký hành nghề
- Nhân viên xã hội (hoặc)

(b) Một người chịu trách nhiệm chính trong việc điều trị cho người yêu cầu phúc lợi hoặc thành viên gia đình của người yêu cầu phúc lợi chỉ thông qua các biện pháp tâm linh trước hoặc trong thời gian nghỉ phép, bao gồm nhưng không giới hạn ở một học viên khoa học Cơ Đốc Giáo.

Định nghĩa tình trạng sức khỏe nghiêm trọng

OAR 471-070-1000 định nghĩa “tình trạng sức khỏe nghiêm trọng” là:

Một bệnh tật, thương tích, suy giảm, hoặc tình trạng thể chất hoặc tinh thần của người yêu cầu phúc lợi hoặc thành viên gia đình của họ mà:

- Yêu cầu chăm sóc nội trú tại cơ sở chăm sóc y tế như bệnh viện, nhà tế bần, hoặc cơ sở nội trú như, nhưng không giới hạn ở, nhà dưỡng lão hoặc trung tâm điều trị lạm dụng chất gây nghiện nội trú
- Theo đánh giá y tế của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều trị, có nguy cơ tử vong sắp xảy ra, hoặc là bệnh nan y với khả năng tử vong hợp lý trong tương lai gần
- Yêu cầu chăm sóc liên tục hoặc thường xuyên, bao gồm chăm sóc tại nhà do chuyên gia chăm sóc sức khỏe thực hiện
- Liên quan đến một khoảng thời gian mất năng lực. “Mất Năng Lực” là không có khả năng thực hiện ít nhất một chức năng công việc thiết yếu, hoặc không thể đi học hoặc thực hiện các hoạt động hàng ngày thông thường trong hơn ba ngày dương lịch liên tiếp. Một khoảng thời gian mất năng lực bao gồm bất kỳ điều trị hoặc thời gian phục hồi bắt buộc nào sau đó liên quan đến cùng một tình trạng. Tình trạng mất năng lực phải liên quan đến một trong những điều sau:
 - Hai lần điều trị trở lên bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe
 - Một lần điều trị cộng với một phác đồ chăm sóc liên tục
- Dẫn đến một khoảng thời gian mất năng lực hoặc điều trị cho một tình trạng sức khỏe nghiêm trọng mãn tính mà yêu cầu thăm khám định kỳ để điều trị bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, kéo dài trong một khoảng thời gian dài, và có thể gây ra tình trạng mất năng lực theo từng đợt chứ không phải liên tục, chẳng hạn như hen suyễn, tiểu đường, hoặc động kinh
- Liên quan đến tình trạng mất năng lực vĩnh viễn hoặc dài hạn do một tình trạng mà việc điều trị có thể không hiệu quả, chẳng hạn như Bệnh Alzheimer, đột quỵ nặng, hoặc giai đoạn cuối của một căn bệnh. Nhân viên hoặc thành viên gia đình phải được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chăm sóc liên tục, nhưng không cần phải được điều trị tích cực
- Liên quan đến nhiều lần điều trị để phẫu thuật phục hồi hoặc cho một tình trạng như hóa trị liệu cho ung thư, vật lý trị liệu cho viêm khớp, hoặc lọc máu cho bệnh thận mà nếu không được điều trị có thể dẫn đến mất năng lực hơn ba ngày dương lịch
- Liên quan đến bất kỳ khoảng thời gian ốm yếu nào do mang thai, sinh nở, sảy thai hoặc thai chết lưu, hoặc khoảng thời gian vắng mặt để chăm sóc trước khi sinh
- Liên quan đến bất kỳ khoảng thời gian vắng mặt nào từ công việc để hiến tặng một bộ phận cơ thể, cơ quan, hoặc mô, bao gồm các dịch vụ tiền phẫu thuật hoặc chẩn đoán, phẫu thuật, điều trị sau phẫu thuật và phục hồi

Định nghĩa Mất Năng Lực

Theo bộ luật số ORS 125.005 (5), “Mất năng lực” có nghĩa là một tình trạng trong đó khả năng nhận và đánh giá thông tin một cách hiệu quả hoặc khả năng truyền đạt quyết định của một người bị suy giảm đến mức người đó hiện tại thiếu khả năng đáp ứng các yêu cầu thiết yếu cho sức khỏe thể chất hoặc sự an toàn của họ. “Đáp ứng các yêu cầu thiết yếu cho sức khỏe thể chất và sự an toàn” có nghĩa là những hành động cần thiết để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thức ăn, chỗ ở, quần áo, vệ sinh cá nhân và các dịch vụ chăm sóc khác mà nếu không có chúng thì có khả năng xảy ra thương tích hoặc bệnh tật nghiêm trọng.

PHẦN 4: CÁC TÀI LIỆU ĐƯỢC CHẤP THUẬN

Tài liệu chấp nhận được để xác nhận mối quan hệ gia đình:

- Giấy chứng nhận bạn đời ở chung nhà.
- Giấy khai sinh hợp pháp
- Giấy chứng nhận kết hôn hợp pháp
- Các tài liệu khác, theo quyết định của Nghị Phép Có Lương Oregon, được cấp bởi một bên thứ ba độc lập mà thiết lập hôn nhân, đối tác trong nước, quan hệ cha mẹ hoặc mối quan hệ gia đình khác giữa người yêu cầu phúc lợi và người nộp đơn để hành động thay mặt cho người yêu cầu phúc lợi.

Những tài liệu được chấp nhận nhằm thiết lập danh tính của người yêu cầu phúc lợi bị mất năng lực và người nộp đơn để đại diện cho người yêu cầu phúc lợi hành động thay mặt họ bao gồm:

Lưu ý: Quý vị phải gửi hai tài liệu nhận dạng chính hoặc một tài liệu chính và hai tài liệu phụ cho chính quý vị và cho người yêu cầu phúc lợi mà quý vị sẽ đại diện. Chúng cần phải là bản sao màu đầy đủ và ở định dạng PDF.

Tài liệu chính

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Giấy phép lái xe (hoặc giấy phép học lái xe) từ một tiểu bang hoặc lãnh thổ Hoa Kỳ (Chúng tôi sẽ chấp nhận giấy phép đã hết hạn nếu nó hết hạn trong vòng 12 tháng qua và còn nguyên vẹn).• Thẻ ID có ảnh do chính phủ khác cấp (Phải là tài liệu vĩnh viễn có ảnh. Thẻ ID quân sự, tài liệu tạm thời hoặc giấy tờ không được chấp nhận).• Thẻ ID có ảnh do tiểu bang cấp (Chúng tôi sẽ chấp nhận ID đã hết hạn nếu nó hết hạn trong vòng 12 tháng qua và còn nguyên vẹn). | <ul style="list-style-type: none">• Thẻ ID Sức khỏe Cựu chiến binh• Thẻ Du khách Tin cậy DHS (Global Entry, NEXUS, SENTRI)• Giấy phép lái xe của Canada• Giấy chứng nhận Nhập tịch (Mẫu N-550 hoặc N-570)• Thẻ ID Quốc gia (chỉ nếu cư trú bên ngoài Hoa Kỳ)• Thẻ ID có ảnh do Bộ Lạc được Liên Bang công nhận cấp• Thị thực không định cư do Bộ Ngoại giao |
|--|---|

- Hộ chiếu Hoa Kỳ hoặc Thẻ Hộ chiếu Hoa Kỳ
- Thẻ Thường trú nhân Hoa Kỳ (I-551)
- Thẻ Ủy quyền Lao động do USCIS cấp (I-766) (Không chấp nhận thẻ ID do nhà tuyển dụng cấp)
- Hộ chiếu nước ngoài

Hoa Kỳ cấp (chưa hết hạn quá năm năm)

- Thị thực nhập cư tạm thời (I551) do Bộ Ngoại giao Hoa Kỳ cấp (chưa hết hạn quá năm năm)

Tài Liệu phụ/thứ cấp (Bản sao màu đầy đủ và PDF của các tài liệu sau được chấp nhận là tài liệu phụ/thứ cấp)

- Thẻ An sinh Xã hội
- Giấy chứng nhận Khai sinh ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FS-545)
- Giấy chứng nhận Báo cáo Khai sinh của Hoa Kỳ (DS-1350)
- Báo cáo Lãnh sự Hoa Kỳ về Khai sinh ở nước ngoài (FS-240)
- Thẻ bảo hiểm y tế Hoa Kỳ
- Giấy khai sinh Hoa Kỳ có con dấu chính thức (tên và họ)
- Mẫu W-2
- Mẫu 1098
- Thẻ bảo hiểm ô tô
- Thẻ qua biên giới
- Thẻ thủy thủ thương mại của Lực Lượng Tuần Duyên Hoa Kỳ
- Thẻ Nhận dạng Công dân Hoa Kỳ mẫu (I-197)

- Thẻ Công việc Thổ Dân và Bắc Canada
- Thẻ ID sinh viên có ảnh của trường cao đẳng hoặc đại học
- Bảng điểm trường cao đẳng hoặc đại học.
- Giấy chứng nhận xuất ngũ DOD
- Bảng báo cáo bảo hiểm ô tô hoặc nhà cửa
- Thư chứng thực cư trú tiểu bang
- Giấy chứng nhận người nhận chương trình hỗ trợ dinh dưỡng bổ sung
- Giấy chứng nhận dành cho người nhận phúc lợi của chương trình
- Tài liệu bộ lạc Thổ dân Mỹ
- Mẫu Non SSA-1099
- Mẫu SSA-1099
- Thẻ hoặc giấy chứng nhận đăng ký cử tri Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ Hoa Kỳ
- Giấy chứng nhận người nhận chương trình phụ nữ, trẻ sơ sinh và trẻ em (WIC) Puerto Rico

Tài liệu phụ (Phải dưới 90 ngày)

- **Hóa đơn điện ích** (hiển thị số tài khoản, tên đầy đủ và địa chỉ hiện tại của quý vị)

- **Bảng sao kê ngân hàng, khoản vay, hoặc tổ chức tài chính** (hiển thị số tài

- **Hóa đơn y tế** (hiển thị số tài khoản, tên đầy đủ và địa chỉ hiện tại của quý vị)

khoản, tên đầy đủ và địa chỉ hiện tại của quý vị; do ngân hàng cấp)

- **Phiếu lương** (hiển thị tên đầy đủ, tên chủ lao động hoặc công ty, địa chỉ hiện tại của quý vị; phải là phiếu lương thực tế chứ không phải bảng sao lương)



PHẦN A - THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên:	Họ:
Số An Sinh Xã Hội (SSN): _____ hoặc	
Số Định Danh Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN): _____	
Ngày tháng năm sinh (MM/DD/YYYY): / /	Số điện thoại:
Địa chỉ hiện đang cư ngụ:	Địa chỉ thư tín (Nếu khác với địa chỉ cư ngụ):
Địa chỉ điện thư (không bắt buộc):	

PHẦN B – THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Tên:	Họ:
Ngày tháng năm sinh (MM/DD/YYYY): / /	Mối quan hệ với người nộp đơn:
Địa chỉ hiện đang cư ngụ:	Địa chỉ thư tín (Nếu khác với địa chỉ cư ngụ):
Số điện thoại:	Địa chỉ điện thư (không bắt buộc):

PHẦN C – ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN BỊ MẤT NĂNG LỰC & CHỮ KÝ

Giấy ủy quyền này có hiệu lực từ (MM/DD/YYYY): / / đến ngày: / /
(Để trống ngày kết thúc nếu chưa biết)

Khi nào tình trạng được chấp thuận của người được ủy quyền cho người nộp đơn bị mất năng lực chấm dứt:

- Việc ủy quyền của quý vị sẽ tự động chấm dứt (tùy theo điều nào xảy ra trước):
 - Khi người nộp đơn không còn bị mất năng lực nữa, hoặc
 - Khi năm phúc lợi hiện tại của người nộp đơn kết thúc
- Nếu quý vị không nộp đơn xin phúc lợi Nghỉ Phép Có Lương thay cho người nộp đơn trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị được chấp thuận làm người được ủy quyền, việc ủy quyền của quý vị sẽ được chấm dứt.
- Trong trường hợp người nộp đơn qua đời, việc ủy quyền của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày người đó mất.

Họ và tên người nộp đơn:	Số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc Số Định Danh Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) của người nộp đơn:
Cam kết của người được ủy quyền cho người nộp đơn bị mất năng lực: Tôi cam kết hành động vì lợi ích tốt nhất của người nộp đơn và sẽ giữ bí mật mọi thông tin tôi nhận được từ chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon thay mặt cho người nộp đơn. Tôi hiểu rằng quyền đại diện cho người nộp đơn của tôi sẽ chấm dứt khi người nộp đơn không còn bị mất năng lực. Tôi đồng ý thông báo cho chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon trong vòng ba (3) ngày kể từ khi tôi biết rằng người nộp đơn có thể tự thực hiện các bước thay cho chính họ.	
Chữ ký của người được ủy quyền:	Ngày: / /
Quý vị phải ký tên trực tiếp bằng tay. Chúng tôi sẽ không chấp nhận chữ ký bằng điện tử.	
PHẦN D – THÔNG TIN & CHỨNG NHẬN CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ	
Tên người nộp đơn:	Ngày Sinh: / /
Tên của nhà cung cấp dịch vụ y tế:	Chức danh:
Số giấy phép hành nghề (không bắt buộc):	Tiểu bang hoặc quốc gia:
Lĩnh vực hành nghề:	Số điện thoại:
Địa chỉ điện thư (không bắt buộc):	
Tên cơ sở y tế :	
Địa Chỉ:	
☐ Tôi đã đọc các định nghĩa về nhà cung cấp dịch vụ y tế, tình trạng sức khỏe nghiêm trọng (OAR 471-070-1000), và mất năng lực (ORS 125.005).	
Chứng nhận của nhà cung cấp dịch vụ y tế: Tôi tuyên bố dưới hình phạt khai man rằng: - Người nộp đơn ghi trong mẫu này bị mất năng lực được định nghĩa trong (ORS 125.005) do tình trạng sức khỏe nghiêm trọng được định nghĩa trong OAR 471-070-1000. - Người nộp đơn không thể tự hoàn thành các bước cần thiết để nộp đơn xin phúc lợi với chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon và không thể tự chọn người đại diện để hành động thay họ. - Tôi là nhà cung cấp dịch vụ y tế được phép chứng nhận tình trạng của người nộp đơn theo định nghĩa trong OAR 471-070-1000 và tôi đang điều trị cho người nộp đơn do tình trạng mất năng lực của họ. - Tất cả thông tin cung cấp trong mẫu này là đúng và đầy đủ.	
Chữ ký nhà cung cấp dịch vụ y tế:	Ngày: / /
Quý vị phải ký tên trực tiếp bằng tay. Chúng tôi sẽ không chấp nhận chữ ký bằng điện tử.	

Quý Quý vị có thể ghi danh phúc lợi của chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon bằng cách hoàn tất mẫu đơn này và đính kèm các giấy tờ phù hợp với loại nghỉ phép của quý vị. Chúng tôi khuyến nghị quý vị tìm hiểu đầy đủ các yêu cầu về điều kiện đủ tiêu chuẩn nhận phúc lợi trước khi hoàn tất hồ sơ ghi danh. Quý vị có thể tìm thấy thông tin này tại trang mạng paidleave.oregon.gov/vi hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 833-854-0166.

Quý vị có thể gửi hồ sơ ghi danh trong vòng 30 ngày trước ngày bắt đầu nghỉ phép, hoặc tối đa 30 ngày sau ngày này. Nếu các hoàn cảnh ngoài tầm kiểm soát của quý vị khiến quý vị không thể gửi hồ sơ trong khung thời gian 60 ngày này, chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon có thể chấp nhận hồ sơ ghi danh của quý vị trong vòng tối đa một năm kể từ ngày bắt đầu nghỉ phép. Trong trường hợp đó, quý vị cần gửi cho chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon các giấy tờ giải thích lý do của sự chậm trễ. Chúng tôi sẽ xem xét các giấy tờ này và đưa ra quyết định.

Cách nhanh chóng và thuận tiện nhất để ghi danh phúc lợi, theo dõi tình trạng hồ sơ, và xem các khoản thanh toán phúc lợi của quý vị là tạo một tài khoản Nghỉ Phép Có Lương Oregon tại trang mạng frances.oregon.gov.

XÁC MINH HÌNH THỨC NGHỈ PHÉP

Quý vị phải xuất trình những bằng chứng xác minh cho sự kiện cụ thể trong đời của mình bằng cách gửi kèm theo các tài liệu xác minh hợp pháp được chấp nhận. Chương trình Nghỉ Phép Có Lương sẽ sử dụng những tài liệu này để quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện để nhận trợ cấp phúc lợi hay không, để đáp ứng sự định nghĩa về loại nghỉ phép mà quý vị yêu cầu và tính toán số ngày nghỉ phép cũng như khung thời gian quý vị có thể yêu cầu trợ cấp phúc lợi. Hãy truy cập Tập Sách Cẩm Nang Hướng Dẫn Dành Cho Nhân Viên của chúng tôi tại <https://paidleave.oregon.gov/vi/resources/resources.html> để biết được danh sách các tài liệu xác minh nào được chấp nhận. Để đảm bảo, xin gửi kèm theo bản sao rõ ràng dễ đọc (đủ rõ ràng để đọc) của tài liệu xác minh được chấp nhận cùng với đơn ghi danh này.

THÔNG TIN VỀ CÁC QUYỀN LỢI KHÁC

Các Khoản Trợ Cấp Bảo Hiểm Thất Nghiệp và Trợ Cấp Bồi Thường Lao động

Trong bất kỳ tuần nào mà quý vị hội đủ điều kiện nhận được trợ cấp tổn thất thời gian từ Bảo Hiểm Bồi Thường Lao động hoặc trợ cấp Bảo Hiểm Thất Nghiệp, quý vị sẽ không được phép nhận trợ cấp từ chương trình Nghỉ Phép Có Lương (Paid Leave) cho tuần đó.

Trợ cấp do thất thoát thời gian là phúc lợi bồi thường cho người lao động để thay thế tiền lương của nhân viên.

Cần trợ giúp?

Thông tin này rất quan trọng. Sở Việc Làm Oregon (OED) là một cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng. OED cung cấp trợ giúp miễn phí để quý vị có thể sử dụng các dịch vụ của chúng tôi. Trong đó bao gồm thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu và ngôn ngữ nói, các tài liệu bằng văn bản với các ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, âm thanh và các định dạng khác. Để được trợ giúp, xin vui lòng gọi 833-854-0166 (số điện thoại miễn phí). Người khiếm thị dùng TTY xin gọi số 711. Quý vị cũng có thể gửi điện thư tới access.paidleave@oregon.gov.

SỰ NHẬN DẠNG

Số An sinh Xã hội (SSN): _____ hoặc

Mã số thuế cá nhân (ITIN): _____

Tên pháp lý:

Tên đệm pháp lý (nếu có):

Họ pháp lý:

Tên ưa chuộng:

Nêu tên (các) chủ lao động hiện tại hoặc trước đây của quý vị biết quý vị qua một tên khác nếu có:

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): / /

Bằng lái xe hoặc thẻ ID nhận dạng tiểu bang (nếu quý vị có một trong hai):

Tiểu bang cấp:

Danh xưng của quý vị là gì? (Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp)

☐ Anh ấy/anh ấy/ của anh ấy☐ Cô ấy/cô ấy/của cô ấy☐ Họ/họ/của họ☐ Không muốn trình bày☐ Không có sự lựa chọn☐ Không được liệt kê: _____☐ Không chắc chắn (dành cho người đại diện được chỉ định)

Quý vị muốn nhận dịch vụ của chúng tôi bằng ngôn ngữ nào?

☐ Tiếng Anh☐ Tiếng Tây Ban Nha

Chúng tôi cung cấp trợ giúp miễn phí để quý vị có thể sử dụng các dịch vụ của chúng tôi. Một số ví dụ về trợ giúp miễn phí là: người phiên dịch ngôn ngữ ký hiệu, người phiên dịch ngôn ngữ nói, tài liệu văn bản bằng ngôn ngữ khác, chữ khổ to, âm thanh và định dạng khác.

Quý vị có cần trợ giúp để sử dụng dịch vụ của chúng tôi không?

☐ Có☐ Không

HỌ VÀ TÊN:		SSN/ITIN:	
SỰ NHẬN DẠNG (Tiếp theo)			
Khi quý vị nộp đơn xin trợ cấp Nghỉ Phép Có Lương Oregon, Bộ Luật Thuế Vụ và Quy Tắc Hành Chính của Oregon yêu cầu quý vị Phải cung cấp Mã số Thuế (TIN) của mình. Mã số TIN của quý vị chính là Số An Sinh Xã Hội (SSN) được chỉ định hoặc Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN). Sở Việc Làm Oregon (OED) sử dụng thông tin này để xác nhận danh tính của quý vị và báo cáo các khoản thanh toán quyền lợi của quý vị cho Tổng Vụ Thu thuế Quốc Gia và Sở Thuế Vụ Oregon. Nếu mã số TIN của quý vị là SSN, OED sẽ xác nhận điều đó với Cơ Quan An Sinh Xã Hội. Nếu mã số TIN của quý vị là ITIN, OED có thể xác nhận điều đó với Sở Thuế Vụ. OED sử dụng mã số TIN của quý vị làm hồ sơ để xử lý đơn xin trợ cấp của quý vị và cho các mục đích thống kê liên quan đến Nghỉ Phép Có Lương. Những số liệu thống kê này sẽ không bao gồm thông tin nhận dạng cá nhân. OED có thể sử dụng mã số TIN của quý vị để thu nợ.			
THÔNG TIN LIÊN LẠC			
Địa chỉ điện thư: _____			
Lưu ý: Nếu quý vị muốn nhận thông tin từ chúng tôi bằng phương thức điện tử, hãy tạo tài khoản trên hệ thống Frances Online tại trang mạng frances.oregon.gov .			
Số điện thoại #1 Cell phone ☐ Điện thoại di động ☐ Điện thoại nhà riêng ☐ Điện thoại cơ quan ☐ Số điện thoại: (____) ____ - ____		Số điện thoại #2 (không bắt buộc) ☐ Điện thoại di động ☐ Điện thoại nhà riêng ☐ Điện thoại cơ quan Số điện thoại: (____) ____ - ____	
ĐỊA CHỈ HIỆN ĐANG CƯ NGỰ			
Đường hàng số 1:			
Đường hàng số 2:			
Loại căn hộ:		Số căn hộ:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng:	Hạt:
Tên người nhận:		Quốc gia:	
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ HIỆN ĐANG CƯ NGỰ)			
Đường hàng số 1:			
Đường hàng số 2:			
Loại căn hộ:		Số căn hộ:	

HỌ VÀ TÊN:		SSN/ITIN:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng:	Hạt:
Tên người nhận:		Quốc gia:	
LOẠI NGHỈ PHÉP & NGÀY			
Quý vị đang yêu cầu loại nghỉ phép nào? (Chọn Có cho chỉ một câu trả lời) Nghỉ Phép Gắn Kết. Quý vị có đang định xin nghỉ phép gia đình để chăm sóc và gắn kết với một đứa trẻ trong năm đầu tiên sau khi đứa trẻ được sinh ra hoặc trong năm đầu tiên sau khi đứa trẻ được nhận nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng không? ☐ Có ☐ Không Nghỉ Phép Gia Đình. Quý vị có đang định xin nghỉ phép để chăm sóc một thành viên trong gia đình có tình trạng sức khỏe nghiêm trọng không? ☐ Có ☐ Không Nghỉ phép Y Tế. Quý vị có đang định xin nghỉ bệnh vì tình trạng sức khỏe nghiêm trọng của chính mình không? ☐ Có ☐ Không Nghỉ Phép An Toàn. Quý vị có đang định xin nghỉ phép vì lý do an toàn cho chính bản thân của quý vị, cho con của quý vị hoặc người thân phụ thuộc của quý vị là nạn nhân của tấn công tình, bạo lực gia đình, bị quấy rối, bị thiên vị kỳ thị hoặc bị đeo bám và bị rình rập không? ☐ Có ☐ Không Nghỉ Phép Trước Khi Tiếp Nhận Con. Quý vị có đang định xin nghỉ phép trước khi bố trí cho các hoạt động cần thiết trước khi nhận con nuôi hoặc nhận nuôi dưỡng một đứa trẻ vào nhà của quý vị không? (Quý vị phải nghỉ phép theo lịch trình không liên tục với loại nghỉ phép này. Quý vị phải nộp đơn yêu cầu hàng tuần cho mỗi tuần nghỉ phép mà quý vị nghỉ.)? ☐ Có ☐ Không Quý vị dự định bắt đầu kỳ nghỉ phép vào ngày nào? ____ / ____ / ____ (THÁNG/NGÀY/NĂM) Ngày kết thúc kỳ nghỉ phép mà quý vị yêu cầu là ngày nào? ____ / ____ / ____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			

HỌ VÀ TÊN:	SSN/ITIN:		
CÁC CÂU HỎI BỔ SUNG VỀ LOẠI NGHỈ PHÉP			
Trả lời thêm các câu hỏi liên quan đến loại nghỉ phép mà quý vị đã chọn trong phần trên. Không phải tất cả các loại nghỉ phép đều có thêm câu hỏi..			
Nghỉ phép Chăm sóc Gia đình Quý vị đang nghỉ phép để chăm sóc cho thành viên nào trong gia đình? ☐ Con ☐ Cháu ☐ Ông bà ☐ Cha Mẹ ☐ Anh Chị Em ☐ Vợ/Chồng hoặc Bạn Tình sống chung ☐ Khác Nếu “Khác” – Xin vui lòng nêu rõ mối quan hệ với người đó như thế nào như một thành viên gia đình.			
Thông tin liên lạc của người mà quý vị đang chăm sóc: Tên:			
Họ:			
Số điện thoại:			
Địa chỉ của người mà quý vị đang chăm sóc: Đường hàng số 1:			
Đường hàng số 2:			
Loại căn hộ:	Số căn hộ:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng:	Quận Hạt:
Loại hình thức chăm sóc hoặc hỗ trợ mà quý vị đang cung cấp cho thành viên gia đình mình là gì? Xin chọn tình trạng phù hợp nhất với tình huống của quý vị. Emotional support or comfort ☐ Hỗ trợ cảm xúc hoặc sự an ủi về mặt tinh thần và cảm xúc ☐ ắp xếp việc chăm sóc y tế hoặc hỗ trợ để hoàn thành các nhiệm vụ hành chính khác để hỗ trợ ☐ Hỗ trợ y tế hoặc hỗ trợ về thể chất ☐ Chuyên chở đến các cơ sở chăm sóc y tế ☐ Thể loại khác Nếu “Khác” – Xin vui lòng nêu rõ nơi đây:			

HỌ VÀ TÊN:	SSN/ITIN:
NGHỈ PHÉP AN TOÀN	
Quý vị cần nghỉ phép vì lý do an toàn cho ai? ☐ Cho bản thân của quý vị ☐ Cho con cái hoặc cho người phụ thuộc của quý vị Lưu ý: Nếu là con của quý vị thì phải dưới 18 tuổi, và nếu trên 18 tuổi, thì phải là người có khuyết tật, cần phụ thuộc về thể chất hoặc tinh thần làm hạn chế khả năng sống độc lập. Xin vui lòng chọn (các) mục đích nghỉ phép vì lý do an toàn của quý vị dưới đây. (Chọn sự chọn lựa phù hợp nhất đối với tình huống của quý vị) ☐ Để tìm kiếm sự trợ giúp pháp lý hoặc sự trợ giúp từ những biện pháp thực thi pháp luật vì sức khỏe và sự an toàn của bản thân, cho con của quý vị hoặc người phụ thuộc, bao gồm việc chuẩn bị và tham gia vào các phiên tòa xét xử liên quan đến tấn công tình dục, bạo lực gia đình, quấy rối, kỳ thị thiên vị hoặc bị theo dõi. ☐ Để tìm kiếm sự điều trị về y tế và phục hồi sau những tổn thương do tấn công tình dục, bạo lực gia đình, quấy rối, kỳ thị thiên vị hoặc bị theo dõi cho quý vị, cho con của quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị. ☐ Để được tư vấn cho bản thân, cho con của quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị từ chuyên gia sức khỏe tâm thần được cấp phép vì quý vị, cho con của quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị là nạn nhân của hành vi tấn công tình dục, bạo lực gia đình, quấy rối, kỳ thị thiên vị hoặc bị theo dõi. ☐ Để nhận các dịch vụ cho bản thân, cho con của quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị từ nhà cung cấp dịch vụ dành cho các nạn nhân vì quý vị, con của quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị là nạn nhân của hành vi tấn công tình dục, bạo lực gia đình, quấy rối, kỳ thị thiên vị hoặc bị rình rập ☐ Di dời hoặc thực hiện các bước cần thiết để đảm bảo an toàn cho nơi quý vị hiện đang cư ngụ nhằm đảm bảo về mặt sức khỏe và sự an toàn của quý vị, hoặc sức khỏe và sự an toàn của con quý vị hoặc cho người phụ thuộc của quý vị. ☐ Không áp dụng	

HỌ VÀ TÊN:	SSN/ITIN:
THÔNG TIN VIỆC LÀM	
Hoàn thành thông tin đầy đủ về tất cả các công việc quý vị đã làm ở Oregon trong các khung thời gian sau: ☐ Trong 18 tháng trước khi nghỉ phép có lương ☐ Trong thời gian nghỉ phép có lương Ghi chú: Nếu kỳ nghỉ của quý vị chưa bắt đầu hoặc quý vị đang ở giữa chừng kỳ nghỉ của mình, xin chỉ liệt kê những việc làm mà quý vị đã và đang làm cho đến thời điểm hiện tại mà thôi. Xin cũng vui lòng liệt kê tất cả những những việc làm liên quan đến việc tự làm chủ doanh nghiệp của mình nếu quý vị chọn tham gia Paid Leave Oregon. Xin bao gồm tất cả những việc làm sau ngay cả khi: ☐ quý vị không đang xin nghỉ phép có lương từ tất cả những công việc đó ☐ Một (hay nhiều hơn) trong những chủ doanh nghiệp của quý vị có một chương trình phúc lợi tương đương. Ghi chú: Nếu tất cả các chủ doanh nghiệp mà quý vị đang làm việc cho họ đều có chương trình phúc lợi riêng của họ, xin hãy dừng lại ở đây. Quý vị sẽ cần phải nộp đơn xin phúc lợi từ chương trình phúc lợi riêng của chủ doanh nghiệp của mình, không phải với Paid Leave Oregon. Quý vị cần phải cung cấp tất cả những thông tin được yêu cầu cho từng việc làm. Chủ sở hữu doanh nghiệp của quý vị (hay chính quý vị nếu quý vị làm việc cho chính doanh nghiệp chính mình, và nếu chọn tham gia Paid Leave Oregon) phải cung cấp thông tin về lương theo từng quý của quý vị. Chương trình nghỉ phép có lương sẽ sử dụng những thông tin này để tính mức phúc lợi hàng tuần của quý vị. Nếu chúng tôi không thể xác định được thông tin về tiền lương của quý vị, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để cập nhật thêm thông tin.	

HỌ VÀ TÊN:		SSN/ITIN:	
Công ty doanh nghiệp #1			
Tên công ty doanh nghiệp:			
Số Nhận dạng Liên Bang của công ty doanh nghiệp (FEIN):			
Số Nhận Dạng Doanh Nghiệp (BIN):			
Địa chỉ công ty doanh nghiệp			
Đường hàng số 1:			
Đường hàng số 2:			
Loại căn hộ:		Số căn hộ:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng:	Quận Hạt:
Người nhận thư:		Quốc gia	
Tên người liên lạc tại nơi làm việc:			
Số điện thoại liên lạc nơi làm việc:			
Địa chỉ điện thư để liên lạc nơi làm việc:			
Thông tin về công việc và nghỉ phép			
Ngày tuyển dụng: ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Quý vị vẫn còn đang làm việc cho công ty này không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu "Không", ngày làm việc cuối cùng ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Tần suất trả lương:			
☐ Hàng giờ ☐ Hàng tuần ☐ Nửa tháng (hai lần mỗi tháng) ☐ Hàng năm		☐ Hàng ngày ☐ Hai tuần một lần (mỗi hai tuần) ☐ Hàng tháng	
Đối với tần suất trả lương quý vị đã chọn, số tiền lương của quý vị là bao nhiêu?			
Quý vị đã hoặc đang dự định nghỉ phép từ công ty này không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu quý vị nghỉ phép từ công ty này, quý vị thường làm việc bao nhiêu ngày mỗi tuần cho công ty này? Khoanh tròn một lựa chọn 1 2 3 4 5 6 7			
Nếu quý vị sắp nghỉ phép từ công ty này, quý vị có thông báo cho công ty này về việc nghỉ phép của quý chưa? ☐ Có ☐ Không			
Nếu "Có", quý đã thông báo công ty này khi nào: ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			

HỌ VÀ TÊN:		SSN/ITIN:	
Công ty doanh nghiệp #2			
Tên công ty doanh nghiệp:			
Số Nhận dạng Liên Bang của công ty doanh nghiệp (FEIN):			
Số Nhận Dạng Doanh Nghiệp (BIN):			
Địa chỉ công ty doanh nghiệp			
Đường hàng số 1:			
Đường hàng số 2:			
Loại căn hộ:		Số căn hộ:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng:	Quận Hạt:
Người nhận thư:		Quốc gia	
Tên người liên lạc tại nơi làm việc:			
Số điện thoại liên lạc nơi làm việc:			
Địa chỉ điện thư để liên lạc nơi làm việc:			
Thông tin về công việc và nghỉ phép			
Ngày tuyển dụng: ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Quý vị vẫn còn đang làm việc cho công ty này không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu "Không", ngày làm việc cuối cùng ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Tần suất trả lương:			
☐ Hàng giờ ☐ Hàng tuần ☐ Nửa tháng (hai lần mỗi tháng) ☐ Hàng năm		☐ Hàng ngày ☐ Hai tuần một lần (mỗi hai tuần) ☐ Hàng tháng	
Đối với tần suất trả lương quý vị đã chọn, số tiền lương của quý vị là bao nhiêu?			
Quý vị đã hoặc đang dự định nghỉ phép từ công ty này không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu quý vị nghỉ phép từ công ty này, quý vị thường làm việc bao nhiêu ngày mỗi tuần cho công ty này? Khoanh tròn một lựa chọn 1 2 3 4 5 6 7			
Nếu quý vị sắp nghỉ phép từ công ty này, quý vị có thông báo cho công ty này về việc nghỉ phép của quý chưa? ☐ Có ☐ Không			
Nếu "Có", quý đã thông báo công ty này khi nào: ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			

HỌ VÀ TÊN:		SSN/ITIN:	
Công ty doanh nghiệp #3			
Tên công ty doanh nghiệp:			
Số Nhận dạng Liên Bang của công ty doanh nghiệp (FEIN):			
Số Nhận Dạng Doanh Nghiệp (BIN):			
Địa chỉ công ty doanh nghiệp			
Đường hàng số 1:			
Đường hàng số 2:			
Loại căn hộ:		Số căn hộ:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng:	Quận Hạt:
Người nhận thư:		Quốc gia	
Tên người liên lạc tại nơi làm việc:			
Số điện thoại liên lạc nơi làm việc:			
Địa chỉ điện thư để liên lạc nơi làm việc:			
Thông tin về công việc và nghỉ phép			
Ngày tuyển dụng: ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Quý vị vẫn còn đang làm việc cho công ty này không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu "Không", ngày làm việc cuối cùng ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Tần suất trả lương:			
☐ Hàng giờ ☐ Hàng tuần ☐ Nửa tháng (hai lần mỗi tháng) ☐ Hàng năm		☐ Hàng ngày ☐ Hai tuần một lần (mỗi hai tuần) ☐ Hàng tháng	
Đối với tần suất trả lương quý vị đã chọn, số tiền lương của quý vị là bao nhiêu?			
Quý vị đã hoặc đang dự định nghỉ phép từ công ty này không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu quý vị nghỉ phép từ công ty này, quý vị thường làm việc bao nhiêu ngày mỗi tuần cho công ty này? Khoanh tròn một lựa chọn 1 2 3 4 5 6 7			
Nếu quý vị sắp nghỉ phép từ công ty này, quý vị có thông báo cho công ty này về việc nghỉ phép của quý chưa? ☐ Có ☐ Không			
Nếu "Có", quý đã thông báo công ty này khi nào: ____/____/____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			

HỌ VÀ TÊN:		SSN/ITIN:	
Tự kinh doanh #1			
Tên doanh nghiệp, nếu có:			
Số Nhận dạng LiêBang của công ty doanh nghiệp (FEIN), nếu có:			
Mã số Doanh nghiệp (BIN), nếu có:			
Địa chỉ			
Đường hàng số 1:			
Đường hàng số 2:			
Loại căn hộ:		Số căn hộ:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng:	Quận Hạt:
Người nhật thư:		Quốc gia:	
Tên người liên lạc tại nơi làm việc:			
Số điện thoại liên lạc tại nơi làm việc:			
Địa chỉ điện thư để liên lạc tại nơi làm việc:			
Thông tin về công việc và nghỉ phép			
Ngày làm việc đầu tiên trong doanh nghiệp này: ____ / ____ / ____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Quý vị vẫn đang tự kinh doanh và làm việc trong doanh nghiệp này? ☐ Có ☐ Không			
Nếu "Không", ngày làm việc cuối cùng: ____ / ____ / ____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Nghề nghiệp (chức danh):			
Tần suất thu nhập nhận được từ hoạt động kinh do:			
☐ Hàng giờ ☐ Hàng tuần ☐ Nửa tháng (hai lần mỗi tháng) ☐ Hàng năm		☐ Hàng ngày ☐ Hai tuần một lần (mỗi hai tuần) ☐ Hàng tháng	
Đối với tần suất trả lương quý vị đã chọn, số tiền lương của quý vị là bao nhiêu?			
Quý vị đã hoặc đang dự định nghỉ phép từ công ty này không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu quý vị nghỉ phép từ công ty này, quý vị thường làm việc bao nhiêu ngày mỗi tuần cho công ty này? Khoanh tròn một lựa chọn: 1 2 3 4 5 6 7			

HỌ VÀ TÊN:	SSN/ITIN:
Thông tin bổ sung của Công Ty Doanh Nghiệp hoặc Tự Kinh Doanh ☐ Đánh dấu vào ô này nếu quý vị có nhiều hơn một việc làm hoặc có hơn một kinh doanh tự do. Sau đó điền và đính kèm theo Mẫu Công Ty Doanh Nghiệp Bổ Sung (có thể tìm trên trang mạng Nghỉ Phép Có Lương tại: paidleave.oregon.gov/vi/resources/forms-and-checklists.html).	
TẤT CẢ THÔNG TIN CỦA CÔNG TY DOANH NGHIỆP (VÀ DOANH NGHIỆP TỰ KINH DOANH)	
Trung bình, quý vị làm việc bao nhiêu ngày mỗi tuần cho tất cả các công ty doanh nghiệp của mình ở Oregon? Xin vui lòng bao gồm các công việc của quý vị với tư cách là người tự làm chủ, nếu quý vị đã chọn bảo hiểm. Xin lưu ý: Nếu quý vị nộp đơn ghi danh sau khi bắt đầu nghỉ phép, xin hãy liệt kê số ngày trung bình quý vị làm việc ở Oregon khi nghỉ phép của quý vị bắt đầu. Khoanh tròn một lựa chọn: 1 2 3 4 5 6 7	
MỤC BỔ SUNG CHO NGHỈ THAI SẢN	
Tùy chọn này chỉ khả dụng nếu quý vị đang nghỉ phép để gắn bó gia đình hoặc nghỉ phép vì lý do y tế. Quý vị hiện đang mang thai hoặc đã sinh con trong năm ngoái, và quý vị cần yêu cầu xin thêm hai tuần nghỉ phép cho các vấn đề sức khỏe liên quan đến mang thai, sinh con hoặc tình trạng y tế liên quan không? ☐ Có ☐ Không Nếu quý vị hiện không đang mang thai, xin vui lòng cho biết ngày kết thúc thai kỳ của quý vị: ____ / ____ / ____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)	
LỊCH TRÌNH NGHỈ PHÉP	
Loại lịch trình nghỉ phép của quý vị là gì? (Chỉ chọn một) ☐ Lịch nghỉ phép gián đoạn. Quý vị nghỉ phép trong khoảng thời gian từ ngày bắt đầu đến ngày kết thúc kỳ nghỉ của mình, nhưng cũng có làm việc một số ngày hoặc một số tuần trong khung thời gian này. Quý vị cũng có thể nghỉ phép cho hai hoặc nhiều loại nghỉ phép cùng một lúc hoặc quý vị đang nghỉ phép trước khi bố trí. Xin lưu ý: Với cách tùy chọn này, quý vị phải nộp cho chúng tôi Mẫu Yêu Cầu Bồi Thường Hàng Tuần khi mỗi tuần quý vị nghỉ phép. Mẫu đơn này phải được gửi cho chúng tôi trong vòng 30 ngày kể từ cuối mỗi tuần quý vị nghỉ phép. Nếu thời gian nghỉ phép của quý vị mới bắt đầu, hãy gửi kèm Mẫu Đơn Yêu Cầu Hàng tuần cùng với đơn xin của quý vị. Xin xem hướng dẫn về Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Hàng Tuần để biết thêm thông tin. Hãy gọi cho chúng tôi theo số 833-854-0116 để yêu cầu mẫu đơn.	

HỌ VÀ TÊN:	SSN/ITIN:
Để gửi yêu cầu bồi thường hàng tuần và để xem trạng thái hàng tuần của yêu cầu bồi thường nhanh hơn, hãy tạo tài khoản trên hệ thống Frances Online tại trang mạng frances.oregon.gov. Lịch nghỉ phép liên tục. Quý vị nghỉ phép cho một sự kiện hội đủ điều kiện tại một thời điểm và quý vị không làm việc cho bất kỳ công ty doanh nghiệp nào (ngay cả khi tự kinh doanh) trong khoảng thời gian nghỉ phép đã được phê duyệt của quý vị.	
Để tính toán các trợ cấp phúc lợi của quý vị, hãy cung cấp các thông tin sau. Đối với chương trình Nghỉ Phép Có Lương, một tuần sẽ được tính từ từ Chủ nhật đến Thứ Bảy. Quý vị sẽ nghỉ bao nhiêu ngày trong tuần đầu tiên quý vị bắt đầu nghỉ phép? Khoanh tròn một lựa chọn: 1 2 3 4 5 6 7 Quý vị sẽ nghỉ bao nhiêu ngày trong tuần cuối cùng của kỳ nghỉ phép? Khoanh tròn một lựa chọn: 1 2 3 4 5 6 7	
CÁC QUYỀN LỢI KHÁC Quý vị đã nhận được hoặc dự kiến trong tương lai sẽ nhận được trợ cấp bồi thường do thất thoát thời gian dành cho người lao động trong thời gian nghỉ phép của quý vị không? ☐ Có ☐ Không Quý vị đã nhận được hoặc dự kiến sẽ nhận được các quyền lợi Bảo hiểm Thất nghiệp trong thời gian nghỉ phép của mình Không? ☐ Có ☐ Không	

HỌ VÀ TÊN:	SSN/ITIN:
SỰ CÔNG BỐ TỰ NGUYỆN	
Chúng tôi sẽ không sử dụng các câu trả lời của quý vị trong phần này để đưa ra quyết định về đơn ghi danh yêu cầu phúc lợi của quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng các câu trả lời này của quý vị cho nhóm phân tích dữ liệu. Để giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về sự khác biệt giữa các cộng đồng mà chúng tôi đang phục vụ, chúng tôi khuyến khích quý vị trả lời những thông tin nhân khẩu học dưới đây. Quý vị có thể chọn tùy chọn 'không muốn nói' cho bất kỳ câu hỏi nào.	
Bằng cấp hoặc trình độ học vấn cao nhất mà quý vị đã hoàn thành là gì? (Chọn một câu trả lời) ☐ Không đi học ☐ Chưa học hết trung học ☐ Trung học, không có bằng tốt nghiệp ☐ Tốt nghiệp trung học, bao gồm GED hoặc tương đương ☐ Trường kỹ thuật, thương mại hoặc dạy nghề ☐ Có bằng đại học hoặc bằng cao đẳng ☐ Bằng cử nhân ☐ Bằng sau đại học ☐ Không muốn trả lời ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định) Quý vị có bị khuyết tật không? (Chọn một câu trả lời) Quý vị sẽ được coi là bị khuyết tật nếu quý vị bị khuyết tật về thể chất, trí tuệ và/hoặc phát triển hoặc tình trạng y tế làm hạn chế đáng kể một hoạt động chính, hoặc nếu quý vị có tiền sử hoặc hồ sơ về khuyết tật hoặc tình trạng y tế. Điều này cũng bao gồm nếu quý vị được coi là bị khuyết tật. ☐ Có ☐ Không ☐ Không muốn trả lời ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định)	Tình trạng cựu chiến binh hoặc quân nhân của quý vị là gì? (Chọn một câu trả lời) ☐ Tôi là cựu chiến binh của Lực lượng Vũ trang, Dự bị Quân sự hoặc Vệ binh Quốc gia Hoa Kỳ ☐ Tôi là Lực lượng Vũ trang, Dự bị Quân sự hoặc Vệ binh Quốc gia Hoa Kỳ đang hoạt động ☐ Tôi không phải là cựu chiến binh hoặc tôi không có tư cách quân nhân ☐ Không muốn trả lời ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định) Điều nào sau đây mô tả đúng nhất về quý vị? (Đánh dấu tất cả các câu trả lời phù hợp) ☐ Thổ Dân Da Đỏ, Thổ dân Mỹ, hoặc Thổ dân Alaska ☐ Người Châu Á ☐ Người Da Đen hoặc người Mỹ gốc Châu Phi ☐ Người gốc Tây Ban Nha/La tinh ☐ Thổ Dân Hawaii, Đảo Thái Bình Dương ☐ Người Da Trắng ☐ Người Trung Đông/Bắc Châu Phi ☐ Chọn tự mô tả: ☐ Không muốn trả lời ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định)

HỌ VÀ TÊN:	SSN/ITIN:
Quý vị là người gốc Tây Ban Nha, La Tinh, hoặc Tây Ban Nha? (Chọn một câu trả lời) ☐ Có, tôi là người gốc Tây Ban Nha, La tinh, hoặc Người Tây Ban Nha ☐ Không, tôi không phải là người gốc Tây Ban Nha, La Tinh hoặc Người Tây Ban Nha ☐ Không muốn trả lời ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định) Giới tính của quý vị là gì? (Chọn một câu trả lời) ☐ Phụ nữ/nữ giới ☐ Nam/nam giới ☐ Không muốn trả lời Quý vị có phải là người chuyển giới không? (Chọn một câu trả lời) ☐ Có ☐ Không ☐ Trong tình trạng nghi vấn/Tìm hiểuKhông muốn nói ☐ Tôi không biết câu hỏi này là gì ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định)	Giới tính của quý vị là gì? (Đánh dấu tất cả các câu trả lời phù hợp) ☐ Phi giới tính/không giới tính ☐ Phi nhị giới ☐ Phụ nữ/nữ ☐ Nam giới/nam ☐ Một giới tính khác không được liệt kê. Vui lòng nêu rõ: _____ ☐ Trong tình trạng nghi vấn/Tìm hiểu ☐ Không muốn trả lời ☐ Tôi không biết câu hỏi này là gì ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định) Quý vị mô tả khuynh hướng giới tính hoặc bản dạng giới tính của mình như thế nào? (Đánh dấu tất cả các câu trả lời phù hợp) ☐ Vô tính ☐ Lưỡng giới ☐ Đồng tính nam ☐ Đồng tính nữ ☐ Đồng tính luyến ái ☐ Người đa dạng tính dục ☐ Trong tình trạng nghi vấn/Tìm hiểuYêu đồng giới ☐ Yêu đồng giới tính ☐ Yêu đồng giới ☐ Thẳng (chủ yếu bị thu hút hoặc chỉ với (các) giới tính hoặc (các) giới tính khác) ☐ Một khuynh hướng tính dục khác không được liệt kê. ☐ Vui lòng nêu rõ: _____ ☐ Không muốn trả lời ☐ Tôi không biết câu hỏi này là gì ☐ Không chắc chắn (đối với người đại diện được chỉ định)

HỌ VÀ TÊN:

SSN/ITIN:

CÁCH NHẬN PHÚC LỢI CỦA QUÝ VỊ

Quý vị muốn nhận các khoản thanh toán phúc lợi như thế nào nếu chúng được phê duyệt? (Chỉ chọn một)

☐ **Chuyển khoản trực tiếp**

☐ Tài khoản ngân hàng

☐ Tài khoản tiết kiệm

Tên ngân hàng: _____

Số định tuyến ngân hàng: _____

Số tài khoản ngân hàng: _____

Vui lòng đánh dấu vào ô bên dưới để xác nhận sự lựa chọn gửi tiền trực tiếp của quý vị làm phương thức thanh toán:

- ☐ Tôi cho phép chương trình Nghỉ Phép Có Lương của Sở Việc Làm Oregon thanh toán tiền phúc lợi gửi bằng điện tử đến tổ chức tài chính được liệt kê ở trên. Tôi cho phép tổ chức tài chính có tên ở trên chấp nhận khoản thanh toán phúc lợi này và gửi vào tài khoản tôi đã liệt kê ở trên.

Tôi hiểu rằng sự cho phép này sẽ thay thế bất kỳ sự cho phép nào trước đó và sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi tôi gửi thông báo bằng văn bản về việc hủy bỏ quyền cho phép với chương trình Nghỉ Phép Có Lương, hoặc một năm đã trôi qua kể từ lần cuối tôi nộp yêu cầu phúc lợi.

Tôi hiểu rằng nếu các khoản thanh toán phúc lợi của tôi không thể được gửi vào tài khoản tổ chức tài chính được liệt kê ở trên, thì các khoản thanh toán phúc lợi của tôi sẽ tự động được thanh toán trên thẻ U.S. Bank ReliaCard®. Tôi đã xem xét các thông tin chi tiết từ ReliaCard đi kèm trước khi thực hiện lựa chọn cách thanh toán của mình.

☐ **Thẻ ghi nợ (ReliaCard).**

Lưu ý: Nếu quý vị đã nhận được các khoản thanh toán phúc lợi từ Chương trình Nghỉ Phép Có Lương qua thẻ ReliaCard trước đây, thì Nghỉ Phép Có Lương sẽ sử dụng cùng một thẻ ReliaCard cho yêu cầu phúc lợi này Xin. Vui lòng báo cho Chương trình Nghỉ Phép Có Lương biết nếu quý vị cần một thẻ mới.

- ☐ Tôi đã xem xét báo cáo chi tiết ReliaCard đi kèm.

Name:	SSN/ITIN:
SỰ LỰA CHỌN CÁCH KHẤU TRỪ THUẾ	
Quý vị muốn khấu trừ thuế từ các khoản thanh toán phúc lợi như thế nào? ☐ Tôi muốn CẢ HAI 10% cho các khoản thuế thu nhập cá nhân liên bang của tôi và 8% cho các khoản thuế thu nhập cá nhân của tiểu bang tôi được khấu trừ từ các khoản thanh toán phúc lợi của tôi. ☐ Tôi CHỈ muốn 10% các khoản thanh toán phúc lợi của tôi được giữ lại cho các khoản thuế thu nhập cá nhân của liên bang. ☐ Tôi CHỈ muốn 8% các khoản thanh toán phúc lợi của tôi được khấu trừ cho các khoản thuế thu nhập cá nhân của tiểu bang. Tôi không muốn bị khấu trừ thuế từ các khoản thanh toán phúc lợi của mình.	
SỰ CHỨNG NHẬN	
☐ Tôi xác nhận theo hình phạt của pháp luật rằng các thông tin tôi cung cấp như trên là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng luật pháp quy định hình phạt đối với những hành vi khai man để được hưởng trợ cấp phúc lợi thông qua chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon. Bằng cách ký tên bên dưới, tôi hiện đang yêu cầu trợ cấp phúc lợi từ chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon Tôi cho phép chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon công bố các thông tin có liên quan đến đơn xin trợ cấp phúc lợi cho công ty-doanh nghiệp của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn ở thông tin về đơn xin nghỉ phép của tôi; việc chấp thuận hoặc sự từ chối đơn xin trợ cấp phúc lợi của tôi; ngày, thời gian và tần suất nghỉ phép; và số tiền trợ cấp hàng tuần của tôi. Tôi cho phép chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon công bố các thông tin cần thiết có liên quan đến trợ cấp phúc lợi cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến đơn xin nghỉ phép có lương của tôi. Tôi hiểu rằng tôi phải có trách nhiệm thông báo cho chương trình Nghỉ Phép Có Lương Oregon về bất kỳ sự thay đổi nào đối với những thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này, bao gồm ngày và số ngày nghỉ phép, và những sự thay đổi về việc làm hiện tại của tôi.	
Chữ ký:	Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):
Chữ ký của người đại diện được chỉ định của nguyên đơn:	Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM)
Claimant-designated representative (print name:)	
Người đại diện được chỉ định của nguyên đơn (tên viết in hoa):	Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):

Name:	SSN/ITIN:
Đại diện được ủy quyền của người yêu cầu bị mất năng lực hoặc đã qua đời (ghi rõ họ tên):	
Lưu ý: Bạn cần có sự chấp thuận từ cơ quan để được phép thay mặt người yêu cầu với tư cách là đại diện do người yêu cầu chỉ định hoặc đại diện được ủy quyền trước khi chúng tôi có thể chấp nhận đơn hoặc thông tin khác từ bạn. Các mẫu đơn để yêu cầu trạng thái này có sẵn trên trang web của chúng tôi.	
Việc thiếu thông tin hoặc thiếu tài liệu có thể gây ra sự chậm trễ trong việc xử lý đơn xin trợ cấp phúc lợi của quý vị. Gửi đơn ghi danh đã hoàn thành đầy đủ của quý vị và tất cả các tài liệu cần thiết đến: Attn: Paid Leave Oregon Oregon Employment Department 875 Union St NE Salem, OR 97311	

Bản công bố thông tin Trước khi mở tài khoản trả trước U.S. Bank
ReliaCard®
Tên Chương trình: Oregon State Government Programs

Một số tài liệu và dịch vụ có thể chỉ được cung cấp bằng tiếng Anh.

Quý vị có các lựa chọn về cách nhận các khoản thanh toán của mình, bao gồm gửi trực tiếp vào tài khoản ngân hàng của quý vị hoặc vào thẻ trả trước này. Hối chi nhánh ngân hàng của quý vị về các lựa chọn hiện có và đưa ra lựa chọn.			
Phí hàng tháng \$0	Mỗi lần mua hàng \$0	Rút tiền tại ATM \$0 cùng mạng lưới \$2* ngoài mạng lưới	Nạp tiền KHÔNG ÁP DỤNG
Truy vấn Số dư tại ATM (cùng mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới)			\$0
Chăm sóc Khách hàng (tự động hoặc trò chuyện trực tiếp)			\$0 mỗi cuộc gọi
Không hoạt động (sau 365 ngày không có giao dịch)			\$2 mỗi tháng
Chúng tôi tính 3 loại phí khác. Một trong số đó là:			
Giao dịch Quốc tế			3%
* Phí này có thể thấp hơn tùy vào cách thức và địa điểm sử dụng thẻ này. Tham khảo Bảng Phí đi kèm để biết cách thức truy cập miễn phí thông tin về tiền và số dư của bạn. Không có tính năng thấu chi/tín dụng. Tiền của quý vị đủ tiêu chuẩn hưởng bảo hiểm của FDIC. Để biết thông tin chung về tài khoản trả trước, vui lòng truy cập cfpb.gov/prepaid (bằng Tiếng Anh). Tìm chi tiết và điều kiện cho tất cả các khoản phí và dịch vụ bên trong gói thẻ hoặc gọi 1-855-282-6161 hoặc truy cập usbankreliacard.com (bằng tiếng Anh).			

CR-36991804

Biểu Phí U.S. Bank ReliaCard®

Tên Chương trình: Oregon State Government Programs

Tất cả các khoản phí	Số tiền	Thông tin chi tiết
Nhận tiền mặt		
Rút tiền tại ATM (cùng mạng lưới)	\$0	Đây là phí áp dụng cho mỗi lần rút tiền. "Cùng mạng lưới" chỉ mạng lưới ATM của U.S. Bank hoặc MoneyPass®. Có thể tìm địa điểm tại usbank.com/locations (bằng Tiếng Anh) hoặc moneypass.com/atm-locator.html (bằng Tiếng Anh).
Rút tiền tại ATM (ngoài mạng lưới)	\$2	Đây là phí áp dụng của chúng tôi cho mỗi lần rút tiền. Phí này được miễn cho hai lần rút tiền mặt đầu tiên tại máy ATM mỗi tháng, bao gồm cả Rút tiền tại ATM (ngoài mạng lưới) lẫn Rút tiền tại ATM Quốc tế. "Ngoài mạng lưới" chỉ tất cả các ATM nằm ngoài mạng lưới ATM của U.S. Bank hoặc MoneyPass. Quý vị cũng có thể bị công ty vận hành ATM tính phí ngay cả khi quý vị không hoàn tất giao dịch.
Rút tiền mặt tại quầy	\$0	Đây là phí chúng tôi tính khi quý vị rút tiền mặt từ thẻ tại quầy giao dịch của ngân hàng hoặc liên hiệp tín dụng chấp nhận thẻ Visa®.
Thông tin		
Truy vấn số dư tại ATM (cùng mạng lưới)	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần truy vấn. "Cùng mạng lưới" chỉ mạng lưới ATM của U.S. Bank hoặc MoneyPass. Có thể tìm địa điểm tại usbank.com/locations (bằng Tiếng Anh) hoặc moneypass.com/atm-locator.html (bằng Tiếng Anh).
Truy vấn Số dư tại ATM (ngoài mạng lưới)	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần truy vấn. "Ngoài mạng lưới" chỉ tất cả các ATM nằm ngoài mạng lưới ATM của U.S. Bank hoặc MoneyPass. Quý vị cũng có thể bị công ty vận hành ATM tính phí.
Sử dụng thẻ bên ngoài Hoa Kỳ.		
Giao dịch quốc tế	3%	Đây là khoản phí của chúng tôi khi quý vị sử dụng thẻ của mình để mua hàng từ người bán ở nước ngoài và rút tiền mặt từ máy ATM ở nước ngoài và là tỷ lệ phần trăm số tiền giao dịch bằng đô la sau khi chuyển đổi tiền. Ngay cả khi quý vị và/hoặc người bán hoặc máy ATM đặt tại Hoa Kỳ, một số giao dịch được coi là giao dịch nước ngoài theo quy định về mạng hiện hành và chúng tôi không kiểm soát cách thức phân loại người bán, máy ATM và các giao dịch đó cho mục đích này.
Rút Tiền tại ATM Quốc Tế	\$2	Đây là phí áp dụng của chúng tôi cho mỗi lần rút tiền. Phí này được miễn cho hai lần rút tiền đầu tiên tại máy ATM mỗi tháng, bao gồm cả Rút Tiền tại ATM (ngoài mạng lưới) lẫn Rút Tiền tại ATM Quốc Tế. Quý vị cũng có thể bị công ty vận hành ATM tính phí ngay cả khi quý vị không hoàn tất giao dịch.
Khác		
Đổi thẻ	\$0	Đây là phí chúng tôi tính mỗi lần gửi thường thẻ thay thế cho quý vị (tối đa 10 ngày làm việc).
Chuyển Phát Nhanh Thẻ Thay Thế	\$15	Đây là phí chúng tôi tính mỗi lần gửi chuyển phát nhanh thẻ thay thế cho quý vị (tối đa 3 ngày làm việc) ngoài phí Đổi Thẻ.
Không hoạt động	\$2	Đây là phí chúng tôi tính mỗi tháng sau khi quý vị không có giao dịch sử dụng thẻ của mình trong 365 ngày liên tiếp.

Mặc dù quý vị nhận được thông tin này bằng tiếng Việt, các thông tin về sau của U.S. Bank và các tài liệu liên quan đến thỏa thuận hợp đồng, bản công khai thông tin, thông báo và sao kê ngân hàng, dịch vụ Internet và ngân hàng di động của quý vị có thể chỉ có bằng tiếng Anh. Quý vị phải có khả năng đọc và hiểu những tài liệu này hoặc có người giúp thực hiện việc dịch những tài liệu này, để hiểu và sử dụng dịch vụ hoặc sản phẩm này. Tài liệu bằng tiếng Anh sẽ được cung cấp theo yêu cầu.

Tiền của quý vị đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm của FDIC. Tiền của quý vị sẽ được giữ tại U.S. Bank National Association, một định chế được FDIC bảo hiểm và được FDIC bảo hiểm tối đa \$250.000 trong trường hợp U.S. Bank phá sản. Xem fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (bằng tiếng Anh) để biết thông tin chi tiết.

Không có tính năng thấu chi/tín dụng.

Liên hệ Cardholder Services bằng cách gọi 1-855-282-6161, qua đường bưu điện tại PO Box 551617, Jacksonville, FL 32255 hoặc truy cập usbankreliacard.com (bằng tiếng Anh).

Để biết thông tin chung về tài khoản trả trước, vui lòng truy cập cfpb.gov/prepaid (bằng Tiếng Anh). Nếu quý vị có khiếu nại về tài khoản trả trước, vui lòng gọi cho Consumer Financial Protection Bureau theo số 1-855-411-2372 hoặc truy cập cfpb.gov/complaint (bằng tiếng Anh).

CR-36991804

Thẻ ReliaCard do U.S. Bank National Association phát hành theo giấy phép của Visa U.S.A. Inc. ©2023 U.S. Bank. Member FDIC.