

ИНСТРУКЦИИ

Если вы хотите выбрать представителя, который будет действовать от вашего имени по заявлению в программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», заполните и собственноручно подпишите эту форму.

Для получения пособия по программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» представитель не требуется. Заполняйте эту форму только в том случае, если вы хотите назначить представителя.

Заполнение этой формы даёт программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» разрешение предоставлять следующую информацию вашему представителю:

- Информация о любых пособиях, которые вы уже получили или получите
- Информация, указанная в вашем первоначальном заявлении
- Информация о любых решениях по вашему заявлению, находящихся на рассмотрении или уже вынесенных

Также эта форма даёт представителю разрешение выполнять от вашего имени следующие действия:

- Предоставлять информацию в программу «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», включая сведения, необходимые для завершения подачи заявления на пособие
- Подавать новое заявление на получение пособий от вашего имени

Если вы пожелаете, ваш представитель заявителя также может подать запрос на проведение слушания для пересмотра решения по программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» и присутствовать на слушании в Офисе административных слушаний от вашего имени.

Пожалуйста, укажите всю необходимую информацию. Отсутствие данных может привести к задержке обработки вашего запроса. Все подписи в этой форме должны быть поставлены от руки. Электронные подписи не принимаются.

Вы можете иметь только одного представителя заявителя одновременно.

ИНСТРУКЦИИ

Чтобы назначить представителя заявителя, который будет действовать от вашего имени, заполните части А–С этой формы.

- **Часть А:** укажите свою личную информацию.
- **Часть В:** укажите информацию о выбранном вами представителе.

Примечание: выбранное вами лицо должно быть не моложе 18 лет.

- **Часть С:** **заполните этот блок**, указав дату начала и окончания действия полномочий, а также сообщите, хотите ли вы, чтобы ваш представитель имел право подать запрос на проведение слушания и присутствовать на нём по решению программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» от вашего имени. Полномочия представителя автоматически прекращаются, когда заканчивается ваш льготный год или если вы или ваш представитель не подадите заявление на получение пособия в течение 30 дней после утверждения представителя департаментом. В случае смерти заявителя, полномочия прекращаются в день смерти.

Вы и ваш представитель также должны **собственноручно** подписать и указать дату в форме. Электронные подписи **не принимаются**.

Самый быстрый и простой способ отправить эту форму — через систему Frances Online. Заявители могут загрузить заполненные формы через систему Frances Online по адресу frances.oregon.gov или отправить их по почте по указанному ниже адресу:

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

Нужна помощь?

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

access.paidleave@oregon.gov.

ЧАСТЬ А - ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя заявителя:

Фамилия заявителя:

Номер социального страхования (SSN): _____ или

Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN): _____

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): / /

Номер телефона заявителя:

Адрес заявителя:

Почтовый адрес (если отличается от физического):

Адрес электронной почты заявителя (необязательно):

ЧАСТЬ В – ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Имя представителя:

Фамилия представителя:

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): / /

Связь с заявителем:

Физический адрес

Почтовый адрес (если отличается от физического):

Номер телефона:

Адрес электронной почты (необязательно):

ЧАСТЬ С - РАЗРЕШЕНИЕ И ПОДПИСИ ЗАЯВИТЕЛЯ И ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

Я хочу, чтобы представитель заявителя имел право подать запрос на проведение слушания для пересмотра решения по программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» и присутствовать на слушании в Офисе административных слушаний от моего имени.

Данные полномочия действуют с (ММ/ДД/ГГГГ): / / по: / /

Все полномочия автоматически прекращаются по окончании текущего льготного года заявителя. Если заявитель или назначенный им представитель не подадут заявление на получение пособия по программе «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» в течение 30 дней с момента утверждения представителя департаментом, полномочия прекращаются по истечении этих 30 дней. В случае смерти заявителя, полномочия прекращаются в день смерти.

Имя заявителя:	Номер социального страхования (SSN)/Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN):
Подтверждение заявителя: Я понимаю цель этого разрешения. Я ставлю подпись по собственной воле, без принуждения. Я понимаю, что я могу аннулировать данное разрешение в любое время.	
Подпись заявителя:	Дата: / /
Вы должны подписать эту форму от руки. Мы не принимаем электронные подписи.	
Подтверждение полномочий представителя заявителя: Я действую в интересах заявителя и буду соблюдать конфиденциальность любой информации, полученной мной от программы «Оплачиваемый отпуск в Орегоне» по поручению заявителя.	
Подпись представителя заявителя:	Дата: / /
Вы должны подписать эту форму от руки. Мы не принимаем электронные подписи.	