

自雇職業者可以選擇參加「Oregon州帶薪假期」計劃。

「Oregon州帶薪假期」計劃的選擇性承保是壹項三年期計劃。申請獲批後，您需要根據上壹納稅年度自雇工作的淨收入（總收入減去支出），按季繳納計劃費用配額。

我們建議您寄發申請之前，先深入了解ORS 657B.010（22）中所定義的自雇職業定義，以及所有的計劃條款和要求。您可以在paidleave.oregon.gov上找到信息，或者致電503-947-1488索取信息。

填寫說明：

- 標有*的字段為必填項
- 請確保回復內容清晰可讀
- 申請審核完成後，我們會向您寄發郵件予以告知
- 請用黑色或藍色墨水填寫此表
- 請將填妥的表格以及所需文件郵寄至第3頁所述地址

身份識別

* 名字：	* 姓氏：
公司註冊真名（DBA）：	
* 出生日期（年/月/日）：	<input type="checkbox"/> 社會安全號（SSN）或者 <input type="checkbox"/> 個人稅務識別號（ITIN） *號碼： ____ - ____ - ____
駕照/州身份證號碼：	
所頒發的州駕駛執照：	

聯系信息

電話所在國家：	電話類型（請圈選壹個）：住宅 手機 公司 其他：
* 電話號碼：	電子郵箱：

實際地址

* 街道地址1：			
街道地址2：			
單元類型：	單元號：	* 城市：	
* 州：	* 郵政編碼：	縣：	收件人：

郵寄地址（如果與實際地址不同）

* 街道地址1：			
街道地址2：			
單元類型：	單元號：	* 城市：	
* 州：	* 郵政編碼：	縣：	收件人：

企業統計資訊

公司主要業務*?
北美行業分類系統（NAICS）代碼（如果已知）：

收入證明

您必須在每年4月30日之前完成年度收入認證，並提交Oregon州和聯邦個人所得稅申報表，以確定您在上壹納稅年度的自雇工作淨收入。該信息將用來確定您的「Oregon州帶薪假期」計劃繳款配額以及未來申領的福利金額。

如果您尚未提交上壹納稅年度的Oregon州所得稅申報表，請提交您的最新稅表。向「Oregon州稅務局（DOR）」提交上壹年稅表後，請於10月30日之前向「Oregon州帶薪假期」計劃提交壹份稅表副本。

您是否提交了聯合納稅申報表？ 是 否 如果是，您是否是唯壹的自雇職業者？ 是 否

您需要隨附《聯邦個人所得稅申報表（表1040）》和《Oregon州表OR-40》或者《Oregon州表OR-40-P》。您還必須將所有附表壹並提交。

如果提供了同意書，就業部將向「Oregon州稅務局（DOR）」核實文件中申報的Oregon州淨收入。如果對就業部向Oregon州DOR確認的自雇工作淨收入金額存在異議，您必須提供壹份DOR出具的Oregon州正式稅表。

我授權「Oregon州稅務局」對本人的姓名、地址、社會安全號（SSN）或個人稅務識別號（ITIN），以及本申請中指定納稅年度的Oregon州自雇工作淨收入金額進行披露，以確認本人Oregon州個人所得稅申報表所申報或調整的信息，用於管理「Oregon州帶薪假期」計劃之目的。我授權將本人信息披露給簽署稅務局保密協議的就業部工作人員。 是 否

*您在Oregon州個人所得稅申報表中申報的自雇職業淨收入金額是多少？

\$ _____

請參閱第3頁，了解可用於查詢淨收入金額的其他稅表種類。

證明

- 我證明，本人所提供的信息在本人所知所信範圍內真實無誤，否則會受到法律懲罰。我知道法律對以獲取「Oregon州帶薪假期」計劃福利為目的做出虛假陳述的處罰力度。
- 我同意以下所有條款：1) 繳納不少於三年的計劃費用配額（ORS 6570B.130）；2) 提供相關部門認為選擇性承保管理必需的與自雇工作淨收入相關的任何信息和文件，包括但不限於提供Oregon州個人所得稅申報表（OAR 471-070-2010）副本；以及，3) 如果相關部門索要，提供任何補充資料，以確認選擇性承保資格。
- 我知道，除非本人提交破產申請、變更雇傭狀態，或者上壹納稅年度非自雇工作的淨收入超過（含）\$1,000，否則在承保生效至少三年之前，不得終止本人的自雇職業個人選擇性承保。如果需要終止承保，本人必須提交終止承保申請，並提供「Oregon州帶薪假期」計劃的批准文件。（ORS 6570B.130；OAR 471-070-2170）
- 我知道，相關部門可能會出於以下任何原因終止本人的自雇職業個人選擇性承保：1) 未能支付計劃費用配額；2) 未能提供年度收入認證表；3) 不再符合計劃資格；或者，4) 因任何其他原因取消本人的承保資格，以及不再符合三年期選擇性承保條件。（OAR 471-070-2170）
- 我聲明，根據偽證罪處罰之規定，上述內容均真實無誤。

執行日期 _____（月）____，_____（日），時間 _____，_____ 城市 _____ 州 _____

簽名：

日期：

請將本表以及所需附件壹並交回至：

Oregon Employment Department
Paid Leave Oregon Self-Employed Application
875 Union St NE
Salem, OR 97311

需要幫助？

「Oregon州就業部（OED）」是壹個提供均等機會的機構。每個人都有權使用OED計劃和服務。OED提供免費幫助。例如手語和口語翻譯、其他語種的書面材料、盲文、大字體、音頻和其他格式文檔。如需幫助，請致電833-854-0166。TTY用戶請撥打711。您也可以通過paidleave@oregon.gov尋求幫助。

查詢淨收入金額

請使用以下信息查詢您的自雇工作或獨立承包商工作的淨收入金額。

Oregon州居民（表OR-40）

業務結構類型	「淨收入」	納稅表	稅表行
獨資	• 淨利潤（虧損）	附表C（表1040）	第13行
農場	• 農場淨利潤（或虧損）	附表F（表1040）	第34行
合作夥伴	• 保證支付；以及 • 普通業務收入（虧損）	單獨申報人-附表E（表1040）	第28i和28k行
		聯合申報人-附表K-1（表1065）	第1和4a行
S型公司	• 普通業務收入（虧損）	單獨申報人-附表E（表1040）	第28i和28k行
		聯合申報人-附表K-1（1120-S表格）	第1行

部分時間居住在Oregon州的居民（表OR-40-P）

業務結構類型	「淨收入」	納稅表	稅表行
獨資	• 淨利潤（虧損）	表 OR-40-P	第13S行
農場	• 農場淨利潤（或虧損）	表 OR-40-P	第18S行
合作夥伴	• 保證支付；以及 • 普通業務收入（虧損）	查看Oregon州K-1	第1b和4b行
S型公司	• 普通業務收入（虧損）	查看Oregon州K-1	第1b行

自願披露

提供這些資訊純屬自願。我們收集您的回復資訊僅用於申報之目的，您的回答不會影響您的「Oregon州帶薪假期」計劃資格。

您是否身有殘疾？如果存在身體、智力和（或）發育障礙，或者存在嚴重限制主要行動的疾病，或者存在相關殘疾或疾病史或病例時，您將被視為身患殘疾。

- 是
- 否
- 不願回答
- 不確定（適用於授權代表）

您的退伍軍人或軍人身份是什麼？

- 我是壹名美國陸軍、後備役或國民警衛隊退伍軍人
- 我是美國陸軍、後備役或國民警衛隊現役軍人
- 我不是退伍軍人或者沒有參軍
- 不願回答
- 不確定（適用於授權代表）

以下哪項與您最為相符？請勾選所有適用項。

- 美洲印第安人、美洲原住民或者阿拉斯加原住民
- 亞洲人
- 黑人或非裔美國人
- 西班牙裔或拉丁裔/a/x
- 中東人或北非人
- 夏威夷原住民或者太平洋島民
- 白人

- 未列出

- 首選自我描述

- 不願回答
- 不確定（適用於授權代表）

您在家中主要以哪種語言交談？

- 英語
- 西班牙語
- 越南語
- 俄語
- 普通話
- 中文廣東話
- 阿拉伯語
- 索馬裏語
- 寮語
- 安哈拉語
- 波斯語
- 未列出

- 不確定（適用於授權代表）

您所獲得的最高學位或教育程度是什麼？

- 沒有上學
- 高中以下
- 部分高中教育，沒有文憑
- 高中畢業，包括GED或同等學歷
- 技術、貿易或職業學校

- 部分本科教育或者大專學位
- 學士學位
- 研究生學位
- 不願回答
- 不確定（適用於授權代表）

您是否為西語裔、拉丁裔/a/x或西班牙裔？請選擇壹個答案。

- 是，我是西語裔、拉丁裔/a/x或西班牙裔
- 否，我不是西語裔、拉丁裔/a/x或西班牙裔
- 不詳
- 不願回答
- 不確定（適用於授權代表）

如果回答「是」，請選擇以下任壹選項：

- 中美洲
- 多明尼加
- 波多黎各裔
- 墨西哥
- 南美洲/中美洲
- 西班牙
- 不願回答
- 首選自我描述
- 不確定（適用於授權代表）