

ЗАЯВКА НА ОТПУСК: КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК

Заголовок: Ваш контрольный список для участия в программе Paid Family and Medical Leave

Копия: Программа Paid Family and Medical Leave может оказать вам помощь в самый трудный момент. Воспользуйтесь этим контрольным списком при сборе информации и подготовке заявки на получение оплачиваемого отпуска.

РУКОВОДСТВО ПО ПОЛУЧЕНИЮ ВЫПЛАТ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE

Руководство по получению выплат в рамках программы Paid Family and Medical Leave позволит вам узнать о том, как подавать заявку на получение пособия и отправлять еженедельные запросы. Кроме того, оно расскажет о ваших законных правах и обязанностях. Податели заявок обязаны ознакомиться с содержанием данного руководства. Скачать руководство можно на странице paidleave.wa.gov/benefit-guide.

ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ ОТПУСКОВ:

Уведомите своего работодателя в письменной форме и сохраните копию уведомления.

- Если вам заранее известно о своем предстоящем отпуске, уведомите о нем работодателя в письменной форме по крайней мере за 30 дней до его начала.
- Если необходимость в оплачиваемом отпуске возникла неожиданно, сразу же уведомите работодателя о ней в письменной форме.
- Уведомление можно отправить по электронной почте, обычным письмом или сообщением. Обязательно сохраните его копию.

Соберите следующие сведения, которые потребуются для подачи заявки:

- Номер социального страхования.
- Документы, удостоверяющие личность (см. список принимаемых документов)
- Список всех ваших работодателей за последние 12 месяцев.

ПРОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТПУСКА

При подаче заявки вам также потребуется отправить определенные документы (в зависимости от причины, по которой вы хотите получить оплачиваемый отпуск).

ОТПУСК ПО МЕДИЦИНСКИМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ

- **Если вы хотите получить отпуск сами, вам потребуются следующие документы:**

- форма, подтверждающая серьезные проблемы со здоровьем, заполненная вашим поставщиком медицинских услуг, *либо*
 - официальный бланк, оформленный в соответствии с законом Family Medical Leave Act, или другой документ от вашего поставщика медицинских услуг, подтверждающий наличие у вас серьезной болезни.
- **ОТПУСК ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ**
- **Если вы хотите получить отпуск для ухода за членом семьи, вам потребуются следующие документы:**
 - форма, подтверждающая серьезные проблемы со здоровьем, заполненная поставщиком медицинских услуг соответствующего члена семьи, *либо*
 - официальный бланк, оформленный в соответствии с законом Family Medical Leave Act, или другой документ от поставщика медицинских услуг соответствующего члена семьи, подтверждающий наличие серьезной болезни.
 - При возникновении вопросов, связанных с вашей заявкой, мы можем попросить вас предоставить документы, подтверждающие степень родства.
 - **Если вы хотите получить отпуск в связи с рождением, усыновлением, удочерением ребенка либо в связи с оформлением опеки над ним:**
 - для подачи заявки на получение отпуска по указанным причинам предоставлять документы о рождении, усыновлении, удочерении или размещении ребенка не нужно; при наличии вопросов, связанных с вашей заявкой, мы можем их запросить.
 - **Если вы хотите получить отпуск, чтобы проводить время с членом семьи в связи с прохождением военной службы или событиями военного характера, вам потребуются следующие документы:**
 - действующие приказы служебного характера или иные официальные военные документы, а также
 - документы, подтверждающие степень родства (в некоторых случаях)

Подача заявки на участие в программе Paid Family and Medical Leave

Прежде чем приступить...

Подаявая онлайн-заявку на получения пособия, вы можете выбрать, каким образом следует отправлять еженедельные запросы на получение пособия (онлайн или по телефону) и как вы хотите получать свои выплаты (прямым переводом на ваш банковский счет или на предоплаченную дебетовую карту). При подаче заявки на получение пособия в бумажной форме ваши возможности ограничены:

1. Отправлять еженедельные запросы на получение пособия можно по телефону 833-717-2273.
2. Получать выплаты можно только на предоплаченную дебетовую карту.

Если вы хотите отправлять еженедельные запросы онлайн или получать выплаты в виде прямого перевода, необходимо подать онлайн-заявку. Чтобы узнать больше, посетите сайт www.paidleave.wa.gov.

Руководство по получению выплат в рамках программы Paid Family and Medical Leave позволит вам узнать о том, как подавать заявку на получение пособия и отправлять еженедельные запросы. Кроме того, оно расскажет о ваших законных правах и обязанностях. Скачать руководство можно на странице paidleave.wa.gov/benefit-guide, а запросить его копию — по телефону 833-717-2273.

Инструкции по подаче заявки на получение пособия

Раздел персональных и контактных данных

Укажите свое имя, номер социального страхования (SSN), дату рождения и контактную информацию. По указанному вами адресу мы отправим вам предоплаченную дебетовую карту. Он будет использоваться для связи с вами.

Раздел информации о трудоустройстве

Предоставленная вами информация будет использована нами, чтобы подтвердить достаточное количество отработанных вами часов для получения права на отпуск.

- Имя работодателя. Имя компании или организации, в которой вы работаете.
- Единый бизнес-идентификатор (UBI) или Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN). Чтобы узнать идентификатор UBI, обратитесь к своему работодателю. Можно также воспользоваться средством для поиска UBI на сайте Департамента налогов и сборов (www.DOR.wa.gov).
- Даты начала и окончания трудоустройства. Если это ваш текущий работодатель, оставьте дату окончания пустой и поставьте флажок в поле для обозначения текущего работодателя.

Раздел информации об отпуске

Мы попросим вас указать информацию о своем запросе на предоставление отпуска, включая желаемый тип отпуска (по медицинским или семейным обстоятельствам, в связи с военной службой, рождением или размещением ребенка) и ожидаемые даты его начала и окончания.

Может ли иное лицо заполнить эту форму за меня?

Вы можете предоставить другому лицу право от вашего имени выполнять действия, связанные с получением пособия в рамках программы Paid Family and Medical Leave. Для этого нужно заполнить форму назначения доверенного лица — Designated Authorized Representative. Чтобы получить копию этой формы, позвоните нам по телефону 833-717-2273.

Отправка заявки

Подготовленную заявку, копии идентифицирующих вас документов и всю сопроводительную документацию (например, сертификаты, подтверждающие серьезные проблемы со здоровьем, или форму назначения доверенного лица) следует отправлять по следующему адресу:

Employment Security Department
Paid Family and Medical Leave Care Center
P.O. Box 19020
Olympia, WA 98507-0020

Возникли вопросы?

Если у вас есть вопросы, позвоните по телефону 833-717-2273 или напишите по адресу paidleave@esd.wa.gov.

Заявка на получение пособия

Раздел I: персональная информация	
Имя (первое и второе имя, фамилия)*:	
SSN*:	
Дата рождения*:	
Телефон*:	
Электронная почта:	
Предпочтительный способ связи*:	<input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Почта
Почтовый адрес*:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Гендерная принадлежность*:	<input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Гендерквир <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать
Какие категории из перечисленных лучше всего описывают ваше этническое происхождение? Отметьте все подходящие варианты.	<input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Черные или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренное население Аляски <input type="checkbox"/> Уроженцы Южной Азии или американцы южноазиатского происхождения <input type="checkbox"/> Уроженцы Восточной Азии или американцы восточноазиатского происхождения <input type="checkbox"/> Уроженцы Юго-Восточной Азии или американцы, являющиеся их потомками <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или жители других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Латиноамериканцы <input type="checkbox"/> Уроженцы Ближнего Востока или американцы арабского происхождения <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать <input type="checkbox"/> Иное

* Обязательное поле

Раздел II: информация о трудоустройстве

Чтобы определить, имеете ли вы право на получение отпуска, нам необходима история вашей занятости. Перечислите всех своих работодателей, начиная с 1 января 2019 г.

Каков ваш текущий статус трудоустройства?*

- Штатный сотрудник, полная занятость
- Частичная занятость или оплата по часам
- Безработный

Имя работодателя*:

UBI или FEIN:

Это ваш текущий работодатель?*

- Да
- Нет

Планируете ли вы взять отпуск, работая на этого работодателя?*

- Да
- Нет

Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск?*

- Да
- Нет
- Требование не действует

В случае утвердительного ответа: когда вы уведомили этого работодателя (укажите дату)?*

Дата начала трудоустройства*:

Дата окончания трудоустройства:

Телефон работодателя*:

Адрес работодателя*:

Имя работодателя:

UBI или FEIN:

Это ваш текущий работодатель?*

- Да
- Нет

Планируете ли вы взять отпуск, работая на этого работодателя?*

- Да
- Нет

Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск?

- Да
 Нет
 Требование не действует

В случае утвердительного ответа: когда вы уведомили этого работодателя (укажите дату)? _____

Дата начала трудоустройства:

Дата окончания трудоустройства:

Телефон работодателя:

Адрес работодателя: _____

Имя работодателя:

UBI или FEIN:

Это ваш текущий работодатель?

- Да
 Нет

Планируете ли вы взять отпуск, работая на этого работодателя?

- Да
 Нет

Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск?

- Да
 Нет
 Требование не действует

В случае утвердительного ответа: когда вы уведомили этого работодателя (укажите дату)?

Дата начала трудоустройства:

Дата окончания трудоустройства:

Телефон работодателя:

Адрес работодателя: _____

* Обязательное поле

Раздел III: информация об отпуске

Выберите желаемый тип отпуска*:

Отпуск, связанный с состоянием собственного здоровья

В случае утвердительного ответа: потеряли ли вы трудоспособность в связи с серьезной болезнью или беременностью?

- Да
 Нет

Отпуск для ухода за членом семьи

В случае утвердительного ответа: для ухода за кем из членов семьи вы хотите получить отпуск?

- Собственный родитель либо родитель жены или мужа
 Жена или муж
 Ребенок, зять, невестка
 Брат или сестра
 Внук или внучка
 Дедушка или бабушка (свои, жены или мужа)
 Иное: _____

Рождение или размещение ребенка

В случае утвердительного ответа: укажите дату рождения или размещения: _____

Военная служба

Как долго вы хотели бы находиться в отпуске?*

Дата начала: _____ Дата окончания: _____

Получали ли вы в прошлом или получаете ли сейчас компенсации или пособия по безработице за период, на основании которого запрашиваете отпуск?*

- Да
 Нет

Было ли вам заранее известно о необходимости получить отпуск?*

- Да
 Нет

* Обязательное поле

Раздел IV: согласие и подпись

Программа Paid Family and Medical Leave может передавать и получать информацию о вас (и вашем запросе), обмениваясь ей с другими учреждениями и департаментами, а также с вашими работодателями. Нам может потребоваться проверить предоставленную вами информацию. При необходимости мы можем запросить от вас дополнительную информацию.

При подаче вами заведомо недостоверной информации о себе, а также при умышленном умалчивании информации мы будем рассматривать подобные действия как мошенничество. При подаче неточной информации мы можем отклонить ваш запрос на получение пособия или потребовать вернуть полученные от нас средства. В отношении вас могут быть применены штрафные санкции и уголовное преследование.

- Я соглашаюсь раскрыть информацию о себе и подтверждаю, что все ответы в данной заявке являются достоверными*.

Подпись*:

Дата*:

Имя (печатными буквами)*:

Если лицо, подающее заявку на получение пособия, не может подписать данную форму в связи с серьезной болезнью или травмой, поставить подпись от его имени может доверенное лицо. В подобном случае необходимо также отправить форму назначения доверенного лица — Designated Authorized Representative.

Имя доверенного лица:

Подпись доверенного лица:

Дата:

Телефон:

Электронная почта:

* Обязательное поле

ДОКУМЕНТЫ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЕ ЛИЧНОСТЬ

Удостоверяющие личность документы, принимаемые программой Paid Family and Medical Leave

К своей заявке, отправляемой Paid Family and Medical Leave, вам необходимо приложить документы, удостоверяющие вашу личность. Кроме того, такие документы должны предоставить все доверенные лица. **Следует отправить один самостоятельный документ ЛИБО два альтернативных документа из списка ниже.** Не следует отправлять оригиналы документов.

Самостоятельные документы (один из перечисленных вариантов)

- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное властями США (например, загранпаспорт, паспортная карта, ID-карта, стандартные или расширенные водительские права, визовая карта категории В1/В2 и т. д.)
- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное Службой гражданства и иммиграции США. Принимаются:
 - Допуск на повторный въезд в США (I-327)
 - Выездное удостоверение беженца, выпущенное властями США (I-571)
 - Постоянный вид на жительство (I-551)
 - Разрешение на работу (I-766)
- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное властями другой страны (например, загранпаспорт, консульская ID-карта, удостоверение личности с фотографией и подписью, внутренняя ID-карта и т. д.)
- **Действительная** ID-карта, выпущенная признанным на федеральном уровне племенем американских индейцев и подтверждающая членство в нем (с фотографией и подписью)
- **Действующая** ID-карта Бюро США по делам индейцев (с фотографией и подписью)

Альтернативные документы (необходимо два документа из списка)

- Удостоверение личности, выпущенное властями США (например, загранпаспорт, паспортная карта, ID-карта, стандартные или расширенные водительские права, визовая карта категории В1/В2 и т. д.), **с истекшим сроком действия**
- Удостоверение личности, выпущенное Службой гражданства и иммиграции США, **с истекшим сроком действия**. Принимаются:
 - Допуск на повторный въезд в США (I-327)
 - Выездное удостоверение беженца, выпущенное властями США (I-571)
 - Постоянный вид на жительство (I-551)
 - Разрешение на работу (I-766)
- Удостоверение личности, выпущенное властями другой страны (например, загранпаспорт, консульская ID-карта, удостоверение личности с фотографией и подписью, внутренняя ID-карта и т. д.), **с истекшим сроком действия**
- Документы, подтверждающие усыновление или удочерение
- Заверенное свидетельство о рождении, выпущенное в США или другой стране
- Заверенная карта регистрации рождения (с указанием вашего имени, даты и места рождения, даты обращения за документом и даты его выпуска)
- Действительное разрешение на скрытое ношение оружия, выпущенное учреждением округа или штата
- Консульский доклад о рождении за границей
- Документы, подтверждающие опеку
- Очистительное свидетельство или личное дело водителя из транспортного управления штата (DMV)
- Заверенное решение о расторжении брака
- Заверенное свидетельство о регистрации брака
- Профессиональная лицензия (медсестры, врача, инженера и т. д.)
- Школьные записи или выписки
- Действительная идентификационная карта учащегося, выпущенная колледжем или университетом с аккредитацией государственного уровня
- Удостоверение личности транспортного работника (TWIC)
- Регистрационные документы транспортного средства или ПТС, однако оформляемые на месте свидетельства (quick title) не принимаются
- Квитанции на оплату коммунальных услуг на дому (газ, электричество, водоснабжение, вывоз мусора, сливная канализация, стационарный телефон, телевидение, Интернет, ISTA)
- Письма, связанные с получением пособий от DSHS (медицинская или продовольственная помощь и т. д.)
- Подтверждение прав собственности на жилье (документы, связанные с ипотекой, налогами на имущество, сделками, правом владения и т. д.)
- Деловое письмо из официальных учреждений города, округа, племени, штата или федерального правительства
- Письмо с индивидуальным налоговым идентификационным номером (ITIN) от Налоговой службы (IRS)
- Страховой полис владельца или арендатора жилья
- Полис или счет, связанный со страховкой автомобиля
- Платежный чек или квитанция с телефоном или адресом работодателя, а также его именем
- Форма W-2 от работодателя либо форма 1099
- Документы, связанные со стоянкой судов (счет, договор и т. д.)

Информация, предоставляемая перед приобретением карты
U.S. Bank ReliaCard®
Название программы: Washington Paid Family & Medical Leave
(Оплачиваемые больничные и отпуска по семейным обстоятельствам
в штате Вашингтон)

Ежемесячная комиссия	За покупку	Снятие наличных в банкомате	Пополнение наличными
0 долл. США	0 долл. США	0 долл. США внутри сети 2,50 долл. США вне сети	Н/Д
Запрос баланса в банкомате (внутри и вне сети)			0 долл. США
Служба поддержки клиентов (автоматизированная или специалистом)			0 долл. США за звонок
Неактивность			0 долл. США
Также взимается комиссия за три дополнительных услуги. Вот некоторые из них:			
Международные операции снятия наличных в банкоматах			3,00 долл. США
Международные операции			3 %
Овердрафт и кредит недоступны. Ваши средства страхует ФКСВ.			
Общие сведения о предоплаченных счетах см. на странице cfpb.gov/prepaid . Для получения дополнительной информации об условиях взимания комиссий и оказания услуг ознакомьтесь с пакетом документов, приложенных к карте, позвоните по тел. 1-888-964-0359 или посетите веб-сайт usbankreliacard.com .			

Тарифы за обслуживание карты U.S. Bank ReliaCard®

Название программы: Washington Paid Family & Medical Leave (Оплачиваемые больничные и отпуска по семейным обстоятельствам в штате Вашингтон)

Дата вступления в силу: август 2019 г.

Все тарифы	Сумма	Подробности
Снятие наличных		
Снятие наличных в банкомате (внутри сети)	0 долл. США	Комиссия за одну операцию снятия. К банкоматам внутри сети относят банкоматы U.S. Bank и сети MoneyPass®. Адреса банкоматов см. на странице usbank.com/locations или moneypass.com/atm-locator .
Снятие наличных в банкомате (вне сети)	2,50 долл. США	Комиссия за одну операцию снятия. К банкоматам вне сети относят любые банкоматы, кроме банкоматов U.S. Bank и сети MoneyPass. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже в случае, если вы не совершили операцию).
Снятие наличных в банкомате в отделении банка	0 долл. США	Комиссия за снятие наличных с карты в банкомате в отделении банка или кредитном союзе, принимающем карты Visa®.
Информация		
Запрос баланса в банкомате (внутри сети)	0 долл. США	Комиссия за один запрос. К банкоматам внутри сети относят банкоматы U.S. Bank и сети MoneyPass. Адреса банкоматов см. на странице usbank.com/locations или moneypass.com/atm-locator .
Запрос баланса в банкомате (вне сети)	0 долл. США	Комиссия за один запрос. К банкоматам вне сети относят любые банкоматы, кроме банкоматов U.S. Bank и сети MoneyPass. Оператор банкомата также может взимать комиссию.
Пользование картой за пределами США		
Международные операции	3 %	Комиссия за пользование картой для оплаты покупок в зарубежных магазинах и за снятие наличных в иностранных банкоматах; рассчитывается как процент от суммы операции в долларах после обмена валюты. В соответствии с действующими правилами в отношении сети банкоматов, некоторые операции покупки и операции в банкоматах считаются иностранными, даже если вы, банкомат и/или продавец находитесь в США; банк не определяет, к какой категории относят тот или иной магазин, банкомат или операцию.
Международные операции снятия наличных в банкоматах	3,00 долл. США	Комиссия за одну операцию снятия. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже в случае, если вы не совершили операцию).
Прочее		
Замена карты	0 долл. США	Комиссия за отправку карты на замену обычным отправлением (до 10 рабочих дней).
Срочная доставка карты на замену	15,00 долл. США	Комиссия за ускоренную доставку (до 3 рабочих дней), взимаемая дополнительно к комиссии за замену карты.

Ваши средства страхует ФКCB. Ваши средства будут храниться в U.S. Bank National Association — компании, застрахованной в Федеральной корпорации по страхованию вкладов (ФКCB); на случай банкротства банка U.S. Bank ФКCB страхует ваши средства на сумму до 250 000 долл. США. Подробнее читайте на странице fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html.

Овердрафт и кредит недоступны.

Для обращения в отдел по обслуживанию держателей карт звоните по тел. **1-888-964-0359**, пишите по адресу P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 или посетите веб-сайт usbankreliacard.com.

Общие сведения о предоплаченных счетах см. на странице cfpb.gov/prepaid. Жалобы, связанные с предоплаченными счетами, вы можете оставить в Бюро финансовой защиты потребителей США по телефону 1-855-411-2372 или адресу cfpb.gov/complaint.

То, что это уведомление Банка США представлено на русском языке не означает, что все последующие уведомления будут также представлены на этом языке. Некоторые услуги и корреспонденция, включая важные документы, касающиеся открытия и обслуживания наших продуктов (таких как соглашения о счетах и выписки по счетам), некоторые номера телефонов, страницы веб-сайтов и прочие интернет-коммуникации могут предоставляться исключительно на английском языке. В случае необходимости вам будут предлагаться услуги независимых сторонних устных переводчиков.