Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department
P.O. Box 19020 | Olympia, WA 98507-0020

«Name»
«Address_Line_1»
«Address_Line_2»
«City» «State» «Zip»

طلب الحصول على إجازة أ��ية ومرضية مدفوعًتي ا��جر

قبل أن تبدئي

عندما تتقدم بطلب للحصول على استحقاقات عبر الإنترنت، يمكنك اختيار كيفية إرسال مطالبات الاستحقاقات الأسبوعية الخاصة بك (عبر الإنترنت أو عبر الهاتف)، وكيفية تلقي مدفوعات استحقاقاتك (عن طريق الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو عبر بطاقة خصم مدفوعة مقد ًما). عندما تتقدم بطلب للحصول على استحقاقات من خلال طلب ورقي، فأنت مقيد بما يلي:

1. تقديم مطالبات الاستحقاقات الأسبوعية عبر الهاتف من خلال الاتصال على الرقم 833-717-2273.
2. تلقي مدفوعات استحقاقاتك على بطاقة خصم مدفوعة مقد ًما.

إذا كنت ترغب في تقديم مطالباتك الأسبوعية عبر الإنترنت أو تلقي مدفوعات استحقاقاتك من خلال الإيداع المباشر، فإنه يجب عليك تقديم طلبك عبر الإنترنت. يمكنك الذهاب إلى الموقع الإلكتروني www.paidleave.wa.gov للحصول على مزيد من المعلومات.

يوفر دليل استحقاقات الإجازة الأسرية والمرضية معلومات حول كيفية التقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات وتقديم مطالبات أسبوعية. كما يشرح ما تتمتع به من حقوق ومسؤوليات بموجب القانون. يمكنك تحميل الدليل عبر paidleave.wa.gov/benefit-guide أو طلب نسخة عبر الاتصال على الرقم 833-717-2273.

تعليمات حول طلب الاستحقاقات

قسم المعلومات الشخصية ومعلومات الاتصال

أدخل اسمك، ورقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number (SSN)، وتاريخ الميلاد، ومعلومات الاتصال. العنوان الذي تقدمه هو المكان الذي سنرسل إليه بطاقة الخصم المدفوعة مقد ًما الخاصة بك والمراسلات الأخرى عبر البريد.

قسم المعلومات الخاصة بالتوظيف

سنستخدم المعلومات التي تقدمها للتأكد من أنك عملت لساعات كافية لتكون مؤه ًلاللحصول على إجازة.

- اسم صاحب العمل. اسم جهة العمل أو المؤسسة التي عملت بها.
- معرف الأعمال الموحد (Unified Business Identifier (UBI أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي(Federal Employer Identification Number (FEIN). ابحث عن معرف الأعمال الموحد

لصاحب العمل عن طريق سؤالهم عنه، أو باستخدام أداة البحث عن معرف الأعمال الموحد المتاحة عبر الموقع الإلكتروني الخاص بدائرة الإيرادات (www.DOR.wa.gov) .(

- تاريخ بدء التوظيف وتاريخ انتهائه. إذا كانوا هم أصحاب العمل الحالي الخاص بك، فاترك تاريخ الانتهاء فارغا وضع علامة في المربع للإشارة إلى أنهم أصحاب العمل الحالي لك.

قسم المعلومات الخاصة بالإجازة

سنطلب معلومات حول طلب الإجازة الخاص بك، بما في ذلك نوع الإجازة التي تطلبها (إجازة مرضية، أو إجازة أسرية، أو إجازة رعاية ما بعد الولادة، أو إجازة وضع طفل تحت عناية، أو إجازة استدعاء عسكري) وتواريخ البدء والانتهاء المتوقعة.

لشخص آخر ملء هذا النموذج لي؟ تفويض شخص آخر بالتصرف نيابة عنك لأغراض استحقاقات الإجازة الأسرية والمرضية مدفوعتَي الأجر. وللقيام *هل* بأكمل النموذج التمثيلي الخاص بالمفوَّض المخصص. اتصل بنا على الرقم 833-717-2273 للحصول على يمكنك بهذا الأمر، نسخة من النموذج.

الإقامة أو المساعدة المعقولة

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات تيسيرية معقولة أو مساعدة أخرى لمساعدتك على التفاعل مع برنامجنا، فيرجى إخبارنا بذلك. تعالج طلبات الترتيبات التيسيرية المعقولة عن طريق مكتب أمين المظالم المعني بالإجازات العائلية والطبية المدفوعة الأجر. لطلب مكان إقامة، أرسل بريدا إلكترونيا PFMLaccess@esd.wa.gov أو اتصل بالرقم 833-494-2273، خدمة ترحيل واشنطن 711.

تقديم طلبك

أرسل طلبك المكتمل، ونسخ مستندات التعريف الخاصة بك، وأي مستندات داعمة أخرى (شهادة خاصة بحالة صحية خطيرة، أو نموذج تمثيلي خاص بمفوَّض مخصص، وما إلى ذلك) إلى:

إدارة الأمن الوظيفي (Employment Security Department)
مركز الرعاية بالإجازات الطبية وإجازات رعاية الأسرة مدفوعة الأجر (Paid Family and Medical Leave Care Center)
P.O. Box 19020

Olympia, WA 98507-0020

هل لديك أسئلة؟

إذا كان لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 717-833-2273 أو التواصل على البريد الإلكتروني paidleave@esd.wa.gov. نحن متواجدون من الإثنين إلى الجمعة بين 8:30 صباحا و4:30 مسا ًء.

Washington Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

طلب الاستحقاق

المعلومات الشخصية

الأفضل مطلوبة ما لم يذكر خلاف ذلك. ج

الاسم (الأول، والحرف الأول من اسمك الأوسط، واسم العائلة):

رقم الضمان الاجتماعي: | **تاريخ الميلاد:**

رقم الهاتف:

عنوان البريد الإلكتروني *(اختياري)*:

طريقة التواصل المفضلة:
o رقم الهاتف
البريد الإلكتروني o
العنوان البريدي

هل يمكننا ترك رسالة بريد صوتي مفصلة على رقم الهاتف الذي قدمته؟
o نعم
o لا

عندما يكون ذلك ممكنًا، هل تفضل التواصل بلغة أخرى غير الإنجليزية؟
o نعم
o لا

ما هي لغتك المفضلة؟

o الأمهرية	o اليابانية	o الروسية
o العربية	o الكورية	o الصومالية
o الكمبودية (الخميرية)	o اللاوسية	o الإسبانية
o الصينية	o المارشالية	o التغالوغية
o الإنجليزية	o الأوروموا	o الأوكرانية
o الفارسيةا	o البنجابية	o الفيتنامية

o أخرى. إن كانت لغة أخرى، فما هي لغتك المفضلة؟ _____

العنوان البريدي:

المدينة: **الولاية:** **الرمز البريدي:**

الجنس:
o أنثى
o ذكر
o غير متحيز
o أفضل عدم الإجابة

أي مما يلي يصف بشكل أفضل أصلك العرقي؟ حدد كل ما ينطبق.

o لأبيض	o من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ الأخرى
o أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	o من أصل إسباني أو لاتيني
o هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين	o من الشرق الأوسط أو أمريكي عربي
o جنوبي آسيوي أو أمريكي من جنوب آسيا	o أفضل عدم الإجابة
o شرقي آسيوي أو أمريكي من شرق آسيا	o أخرى. إذا كان الأمر كذلك، يرجى التحديد:
جنوبي آسيوي أو أمريكي من جنوب آسيا	_____

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

معلومات الإجازة

الأول أو الثاني، جميع الأقسام الأخرى مطلوبة. أكمل في

القسم 1:

إذا كنت قد أنجبت أو سوف تنجبين:

هل تأخذين إجازة للحصول على الرعاية الطبية أثناء الحمل؟

- □ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ وضع الطفل المتوقع أو تاريخ ميلاده:** _____
- □ **لا**

هل تأخذين إجازة للتعافي من الولادة؟

- □ **نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ وضع الطفل المتوقع أو تاريخ ميلاده:** _____
- □ **لا**

هل تعانين من مضاعفات تتعلق بحملك أو ولادتك؟

- □ **نعم**
- □ **لا**

هل تأخذين إجازة للارتباط بطفلك الجديد (عادة ما تأخذ بعد الإجازة الطبية)؟

- □ **نعم**
- □ **لا**

القسم 2:

لجميع الحالات الأخرى:

لماذا تحتاج إلى أخذ إجازة؟ **(اختر واحدا)**

- □ **إجازة مرضية لك**
- □ **إجازة للاعتناء بأحد أفراد العائلة**

إذا كانت الإجابة بنعم، فأي فرد من أفراد العائلة تأخذ إجازة من أجله؟ □ **أحد الوالدين (أو أحد الوالدين للزوج/الزوجة)**

- □ **الزوج/الزوجة**
- □ **الابن/الإبنة (أو صهر/الكنة)**
- □ **الإخوة/الأخوات**
- □ **الحفيد/الحفيدة**
- □ **الجد/الجدة (أو جد/جدة الزوج/الزوجة)**
- □ **غير ذلك:** _____

□ **رعاية ما بعد الولادة أو وضع طفل تحت عناية**

إذا كانت الإجابة بنعم، فتاريخ الولادة أو الوضع تحت عناية هو: _____

□ **استدعاء عسكري**

القسم **3**:

ما المدة التي تتوقع أن تستغرقها الإجازة؟

تاريخ البدء: _____ تاريخ الانتهاء: _____

هل تعلم أنك ستحتاج إلى أخذ إجازة قبل بدء إجازتك؟**?**

- □ نعم
- □ لا

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

معلومات التوظيف

تحتاج إلى سجل التوظيف الخاص بك لتحديد إذا ما كنت قد عملت لساعات كافية لتكون مؤهلًا للحصول على إجازة. يُرجى ذكر كل صاحب عمل عملت لصالحه في 18 شهرًا الأخيرة. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

ما هي الحالة الوظيفية الحالية الخاصة بك؟*
- ☐ موظف بأجر يعمل بدوام كامل
- ☐ موظف يعمل بدوام جزئي أو بالساعة
- ☐ غير موظف

اسم صاحب العمل:

رقم هاتف صاحب العمل:	معرف العمل الموحد (**UBI**) أو رقم معرف صاحب العمل الاتحادي (**FEIN**):
هل تخطط للحصول على إجازة من صاحب العمل؟ ☐ نعم ☐ لا	هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أبلغت صاحب العمل بأنك تنوي أخذ إجازة؟
- ☐ نعم
- ☐ لا
- ☐ غير مطلوب

إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ _____

تاريخ انتهاء العمل ***(اختياري)***:	تاريخ بدء التوظيف:

عنوان صاحب العمل:

الرمز البريدي: الولاية: المدينة:

اسم صاحب العمل:

رقم هاتف صاحب العمل:	معرف العمل الموحد (**UBI**) أو رقم معرف صاحب العمل الاتحادي (**FEIN**):
هل تخطط للحصول على إجازة من صاحب العمل؟ ☐ نعم ☐ لا	هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أبلغت صاحب العمل بأنك تنوي أخذ إجازة؟
- ☐ نعم
- ☐ لا
- ☐ غير مطلوب

إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ _____

تاريخ انتهاء العمل ***(اختياري)***:	تاريخ بدء التوظيف:

عنوان صاحب العمل:

الرمز البريدي: الولاية: المدينة:

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

اسم صاحب العمل:	
معرف العمل الموحد (UBI) أو رقم معرف صاحب العمل الاتحادي (FEIN):	**رقم هاتف صاحب العمل:**
هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه؟ □ نعم □ لا	**هل تخطط للحصول على إجازة من صاحب العمل؟** □ نعم □ لا
هل أبلغت صاحب العمل بأنك تنوي أخذ إجازة؟ □ نعم □ لا □ غير مطلوب **إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟** _____	
تاريخ انتهاء التوظيف:	**تاريخ بدء التوظيف:**
عنوان صاحب العمل: **المدينة:** **الولاية:** **الرمز البريدي:**	

الموافقة والتوقيع

قد تشارك خدمة الإجازة العائلية والمرضية مدفوعة الأجر، معلومات خاصة بك (أو بطلبك) مع وكالات أو أقسام أخرى أو مع مشغليك. قد نحتاجين إلى التحقق من المعلومات التي تقدمها، وقد نطلب معلومات إضافية حسب الاقتضاء.

إن أخطأت في تقديم نفسك، أو حجبت عنا معلومات عن قصد، فسيتم اعتبار الأمر احتيال. إذا كنت تقدم معلومات غير دقيقة، فقد نرفض طلب استحقاقك، أو نطلب منك رد الاستحقاقات التي حصلت عليها. وقد تدفع غرامات أو تخضع للمحاكمة الجنائية. بالتوقيع على هذا المستند، *أوافق على الإفصاح عن معلوماتي وأنني أجبت على أسئلة الطلب بصدق.*

التوقيع:	**التاريخ:**
الاسم الكامل:	

على التوقيع على هذا النموذج بسبب حالة صحية خطيرة أو شريطة أن يقدم أو يُقبل نموذج الممثل المفوض المختار إذا كان الشخص الذي قم إصابة، فإنه يجوز للممثل المعتمد التوقيع نيابة عنه.

(Designated Authorized Representative).

اسم الممثل المفوض *(اختياري)*:	
توقيع الممثل المفوض *(اختياري)*:	**التاريخ** *(اختياري)*:
رقم الهاتف *(اختياري)*:	
البريد الإلكتروني *(اختياري)*:	

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

وثائق التحقق من الهوية

وثائق الهوية المقبولة لإجازة العناية والمرضية مدفوعة الأجر

يجب عليك تقديم وثائق التحقّق من الهوية مع طلب إجازة العناية والمرضية مدفوعة الأجر. يجب أيضًا تقديم مستندات التحقق من الهوية إلى ممثل مفوّض مخصص. **يرجى إرسال وثيقة واحدة منفردة أو وثيقتين بديلتين من القائمة الواردة أدناه.** لا ترسل الوثائق الأصلية.

الوثائق المنفردة (وثيقة واحدة من هذه الوثائق)

- نموذج تحديد هوية **ساري المفعول** صادر عن حكومة الولايات المتحدة (الفيدرالية أو التابعة للولاية) (مثل جواز السفر، أو بطاقة جواز السفر، أو بطاقة الهوية، أو رخصة القيادة المعززة أو القياسية، أو بطاقة عبور الحدود بتأشيرات B1/B2، وما إلى ذلك)
- رقم هوية **ساري المفعول** صادر عن دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية. النماذج المقبولة هي:
  - وثيقة سفر لاجئين نموذج I-571
  - تأشيرة عمل نموذج I-766
  - تأشيرة إعادة الدخول الأمريكي نموذج I-327 لوثيقة السفر
  - البطاقة الدائمة للمقيمين نموذج I-551
- نموذج تحديد هوية **ساري المفعول** صادر عن حكومة أجنبية (مثل جواز السفر، أو بطاقة الهوية القنصلية، أو بطاقة الهوية الوطنية، أو "وثيقة" مع التوقيع وصورة شخصية، وما إلى ذلك)
- بطاقة هوية تفيد التسجيل **سارية المفعول** صادرة عن قبيلة هندية معترف بها فيدراليًا (يجب أن تشمل توقيعك وصورتك الشخصية)
- بطاقة هوية **سارية المفعول** صادرة من مكتب الشؤون الهندية في الولايات المتحدة (يجب أن تشمل توقيعك وصورتك الشخصية)

الوثائق البديلة (وثيقتان اثنان من هذه الوثائق)

- نموذج تحديد هوية **منتهي الصلاحية** صادر عن حكومة الولايات المتحدة (الفيدرالية أو التابعة للولاية) (مثل جواز السفر، أو بطاقة جواز السفر، أو بطاقة الهوية، أو رخصة القيادة المعززة أو القياسية، أو بطاقة عبور الحدود بتأشيرات B1/B2، وما إلى ذلك)
- رقم هوية **منتهي الصلاحية** صادر عن دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية. النماذج المقبولة هي:
  - وثيقة سفر لاجئين نموذج I-571
  - تأشيرة عمل نموذج I-766
  - تأشيرة إعادة الدخول الأمريكي نموذج I-327 لوثيقة السفر
  - البطاقة الدائمة للمقيمين نموذج I-551
- نموذج تحديد هوية **منتهي الصلاحية** صادر عن حكومة أجنبية (مثل جواز السفر، أو بطاقة الهوية القنصلية، أو بطاقة الهوية الوطنية، أو "وثيقة" مع التوقيع وصورة شخصية، وما إلى ذلك)
- أوراق التبني
- شهادة الميلاد الأمريكية أو الأجنبية المعتمدة
- بطاقة تسجيل مواليد معتمدة (يجب أن تشمل اسمك، وتاريخ الميلاد، ومحل الميلاد، وتاريخ الملف، وتاريخ الإصدار)
- تأشيرة ساري المفعول لحيازة أسلحة مخبأة صادر عن وكالة الدولة أو الولاية
- تقرير القنصلية للميلاد في الخارج
- وصاية صادرة عن قرار المحكمة/أمر العائلة
- خطاب تخليص أو سجل قيادة من دائرة إدارة المركبات من الولاية
- وثيقة طلاق معتمدة
- شهادة/وثيقة زواج معتمدة
- رخصة مهنية (ممرضة، طبيب، مهندس، إلى آخره)
- دفتر أو سجل مدرسي
- بطاقة هوية طالب سارية المفعول صادرة عن كلية أو جامعة معتمدة محليًا
- الاعتماد الخاص بتحديد هوية عمال النقل (TWIC)
- تسجيل المركبة أو سند ملكيتها (سند الملكية الأصلي غير مقبول)
- فاتورة المرافق المنزلية (الغاز، الكهرباء، المياه، القمامة، المجاري، الهاتف الأرضي، التلفزيون، الإنترنت، فاتورة ISTA)

- خطاب استحقاقات من DSHS (طبي، طعام، إلى آخره)
- إثبات ملكية المنزل (مستندات الرهن العقاري، مستندات ��يبة الملكية، صك التمليك، سند الملكية، إلى آخره)

وثائق التحقق من الهوية العربية - Arabic

إقرار اإلجازة االلسرية

إجازة أسرية وطبية مدفوعة االلجر

الخطوة 1:

اختر/اختاري النموذج الصحيح

استخدم)-ي(هذا النموذج عند التقدم بطلب الحصول على إجازة أسرية لتقديم الرعاية ألحد أفراد االلسرة الذي يعاني من حالة صحية خطيرة.

يمكنك العثور على االلنواع االلخرى لإلجازات المدفوعة في مركز المساعدة)Help Center(لدينا عبر paidleave.wa.gov/help-center

الخطوة 2:

امأل)-ي(النموذج

على الشخص الذي يتقدم بطلب الحصول على إجازة ملء القسم االلول، بينما يتم ملء اإلقرار وتوقيعه من قبل مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فرد االلسرة هذا. ترد تعليمات مقدم الرعاية الصحية في هذه الحزمة.

لن يتم قبول النماذج الموقعة من مقدم الرعاية الصحية قبل أكثر من 90 يو ًما من تاريخ طلبك. إذا كانت الحالة مزمنة، فستحتاج)-ين(إلى إقرار جديد كل 12 شه ًرا.

الخطوة 3:

حمل)-ي(نموذجك المعبأ

قم/قومي بتحميل هذا النموذج من خالل حساب مزايا اإلجازة المدفوعة أو أرفقه/أرفقيه مع طلبك الورقي.

Instructions for
Healthcare Providers

Paid Leave medical certification forms are used to certify a serious health condition to qualify for Paid Family and Medical Leave. Your patient may be applying due to their own serious health condition, their pregnancy, or to care for a family member with a serious health condition. Our Certification of Birth form can be used for the first six weeks of medical leave to recover from giving birth and for family leave to bond with a new baby.

"Healthcare Provider" is defined by law in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090.

SERIOUS HEALTH CONDITION

A serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Generally, a serious health condition could include an illness, injury, impairment, or physical or mental condition that involves:

- **Inpatient care in a hospital, hospice, or residential medical care facility, including any period of incapacity; or**
- **Continuing treatment by a healthcare provider including any of the following:**
  - **Incapacity:** A period of incapacity of more than three consecutive days and subsequent treatment or period of incapacity relating to the same condition. Incapacity means an inability to work, attend school, or perform other regular daily activities because of a serious health condition, treatment of that condition or recovery from it, or subsequent treatment.
  - **Pregnancy**: Any period of incapacity due to pregnancy, or for prenatal care.
  - **Chronic conditions:** Any period of incapacity or treatment for such incapacity due to a chronic serious health condition. A chronic serious health condition is one which:
    - » Requires periodic visits to a health care provider;
    - » Continues over an extended period of time, including recurring episodes of a single underlying condition; and
    - » May cause episodic rather than a continuing period of incapacity, including asthma, diabetes, and epilepsy.
  - **Permanent/Long-term**: A period of incapacity which is permanent or long-term due to a condition for which treatment may not be effective. The employee or family member must be under the continuing supervision of, but need not be receiving active treatment by, a health care provider, including:
    - » Alzheimer's, a severe stroke, or the terminal stages of a disease; or
    - » Multiple treatments: Any period of absence to receive multiple treatments, including any period of recovery from the treatments.
    - » Substance abuse may be a serious health condition if the treatment meets other requirements in this definition.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Visit paidleave.wa.gov/help-center and click on Healthcare Providers.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 833-717-2273 or paidleave@esd.wa.gov.

Washington **Paid Family & Medical Leave**

Family Leave Certification
Serious Health Condition

Washington Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Use this form for:

- **Family leave related to caring for a family member with a serious health condition**

Paid Leave customer information

Complete the customer information section, then have your family member's healthcare provider complete and sign the certification.

Name of person applying for family leave:	
Date of birth: ____ / ____ / ____	**Paid Leave Customer ID number** *(if known)*:

Healthcare provider certification

To be completed and signed by an authorized healthcare provider.
All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

Patient's name:

Briefly describe the serious health condition. Your answers should be your best estimate based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.

Provide the start and end dates for the leave needed due to the serious health condition described above.
Give specific dates. Terms such as "unknown" or "indeterminate" won't be sufficient to determine Paid Leave eligibility.

Start date: ____ / ____ / ____ **End date:** ____ / ____ / ____

Healthcare provider's information and signature

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, that the patient's condition meets the definition of "serious health condition," and that I am a health care provider authorized to certify their condition (RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090).

Signature:	**Date:** ____ / ____ / ____
Name and title:	
Certificate license number and state *(optional)*:	**Type of practice/Specialty:**
Phone:	**Email address:**
Business name and address:	

Upload completed form to your Paid Leave account.
If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Instructions for designating an authorized representative

Can I help someone apply for benefits?

You may be authorized by another individual to act on their behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits. Requests to designate an authorized representative can only be granted if we receive one of the following:

- A completed Paid Family and Medical Leave designated authorized representative form;
- Documentation of a court-appointed legal guardian with authority to make decisions on a person's behalf;
- Documentation of an individual designated as a power of attorney to act on a person's behalf; or
- Other written documentation designating an authorized representative.

Instructions

Complete sections 1-3. The person applying for benefits and their designated authorized representative must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

What if they cannot sign this form?

If a patient is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that the patient is:

- incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits, and
- unable to designate an authorized representative to act on their behalf.

The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Healthcare providers who are authorized to sign this form are defined in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090. Generally, "healthcare provider" means:

- A physician or an osteopathic physician who is licensed to practice medicine or surgery, as appropriate, by the state in which the physician practices;
- Nurse practitioners, nurse-midwives, midwives, clinical social workers, physician assistants, podiatrists, dentists, clinical psychologists, optometrists, and physical therapists licensed to practice under state law and who are performing within the scope of their practice as defined under state law by the state in which they practice.

Instructions

Complete sections 1-4. The designated authorized representative and healthcare provider must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 833-717-2273 or paidleave@esd.wa.gov.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Designated authorized representative

A designated representative is someone whom you appoint and authorize to act on your behalf and represent you to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits. A designated representative is allowed to provide and obtain personal information regarding your application for Paid Family and Medical Leave and any benefits you may receive. By designating a representative, you are authorizing us to disclose your information to the individual named in section two of this form.

Section one: Employee information

Information about the employee taking leave

Customer ID number *(if known)*:

Name:

Date of birth:

Address:

Phone number:

Email address:

Section two: Authorized representative information

Information about the authorized representative

Name:

Relationship to employee:

Address:

Phone number:

Email address:

Section three: Authorization and signatures

Employee's authorization: *I designate and authorize the person listed in section two of this form to act on my behalf to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits.*
Note: Use section four if the employee is unable to sign this form

Signature:	**Date:**

Authorized representative's attestation: *I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct and that I am acting in the best interests of the patient by completing this form.*

Authorized representative name:

Authorized representative signature:	**Date:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

If an employee applying for leave is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that their patient is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on the patient's behalf. The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Section four: Provider's information and certification

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010. Serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Answer all questions fully and completely. Please be sure to sign the form.

Patient's name:	**Date of birth:_____/_____/ _____**
Does the patient have a serious health condition and are they incapable of designating an authorized representative? ☐ Yes ☐ No	
I declare under penalty of perjury that: • *The patient listed on this form is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on their behalf;* • *I am acting in the patient's best interests by completing this form; and* • *The information provided in this form is true and correct and I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].*	
Signature:	**Date:**
Name and title:	
Certificate license and state:	
License area/area of practice:	
Business name:	
Address:	
Phone number:	
Email address:	

كشف ما قبل الحصول على بطاقة U.S. Bank ReliaCard®
اسم البرنامج: الإجازة العائلية والطبية مدفوعة الأجر في واشنطن

قد لا تتوفر بعض الخدمات إلا باللغة الإنجليزية.

لديك خيارات حول كيفية استلام مدفوعاتك، بما في ذلك الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو هذه البطاقة المدفوعة مسبقًا. استفسر من الوكالة الخاصة بك عن الخيارات المتاحة واختر ما يُناسبك.			
الرسوم الشهرية **0 دولار أمريكي**	عن كل معاملة شراء **0 دولار أمريكي**	السحب من ماكينة الصراف الآلي **0 دولار أمريكي** داخل الشبكة **2.50 دولار أمريكي** خارج الشبكة	إيداع رصيد **غير متاح**
الاستعلام عن الرصيد من ماكينات الصراف الآلي (داخل الشبكة أو خارجها)		0 دولار أمريكي	
خدمة العملاء (الرد الآلي أو التواصل المباشر مع أحد ممثلي خدمة العملاء)		0 دولار أمريكي عن كل مكالمة	
عدم النشاط		0 دولار أمريكي	
نفرض 3 أنواع أخرى من الرسوم.أحدها:			
استبدال البطاقة (التوصيل العادي أو العاجل)		0 دولار أمريكي أو 15 دولا ًرا أمريكيًا	

راجع جدول الرسوم المرفق لمعرفة الطرق المجانية للوصول إلى أموالك والحصول على معلومات عن الرصيد.

لا تتوفر ميزة السحب على المكشوف/الائتمان.
أموالك مؤهلة للحصول على التغطية التأمينية بواسطة المؤسسة الفيدرالية للتأمين على الودائع (FDIC).

للحصول على معلومات عامة عن الحسابات المدفوعة مسبقًا، تف ّضل بزيارة *cfpb.gov/prepaid* (باللغة الإنجليزية).
يمكنك الاطلاع على التفاصيل والشروط الخاصة بجميع الرسوم والخدمات داخل ُمغلّف البطاقة أو الاتصال بالرقم **1-888-964-0359**
أو زيارة الموقع **usbankreliacard.com** (باللغة الإنجليزية).

جدول رسوم U.S. Bank ReliaCard®

اسم البرنامج: الإجازة العائلية والطبية مدفوعة الأجر في واشنطن

جميع الرسوم	المبلغ	التفاصيل
السحب النقدي		
سحب من ماكينة الصراف الآلي (داخل الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها على كل عملية سحب. يُشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي التابعة لمصرف U.S. Bank أو MoneyPass® يمكن البحث عن المواقع في *usbank.com/locations* (باللغة الإنجليزية) أو *moneypass.com/atm-locator.html* (باللغة الإنجليزية).
سحب من ماكينة الصراف الآلي (خارج الشبكة)	2.50 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها على كل عملية سحب. يُشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي خارج شبكة مصرف U.S. Bank أو MoneyPass. قد يفرض مُشغّل ماكينة الصراف الآلي رسومًا إضافية حتى وإن لم تُكمل المعاملة.
سحب نقدي من الصراف المباشر	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها عندما تسحب مبالغ نقدية من بطاقتك من صراف مباشر في مصرف أو اتحاد ائتماني يقبل التعامل ببطاقات Visa® .
المعلومات		
استعلام عن الرصيد من ماكينات الصراف الآلي (داخل الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها على كل عملية استعلام. يُشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي التابعة لمصرف U.S. Bank أو MoneyPass. يمكن البحث عن المواقع في *usbank.com/locations* (باللغة الإنجليزية) أو *moneypass.com/atm-locator.html* (باللغة الإنجليزية).
استعلام عن الرصيد من ماكينات الصراف الآلي (خارج الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها على كل عملية استعلام. يُشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي خارج شبكة مصرف U.S. Bank أو MoneyPass. قد يفرض مُشغّل ماكينة الصراف الآلي رسومًا إضافية.
استخدام البطاقة خارج الولايات المتحدة.		
المعاملات الدولية	3%	هذه هي الرسوم التي نفرضها عندما تستخدم البطاقة لإجراء مشتريات من التجار الأجانب والسحب النقدي من ماكينات الصراف الآلي الأجنبية وهي نسبة من مبلغ المعاملة بالدولار بعد أي تحويل للعملة. تُعتبر بعض المعاملات أجنبية حتى لو كنت أنت و/أو التاجر أو ماكينة الصراف الآلي داخل الولايات المتحدة، وذلك بموجب قواعد الشبكة المعمول بها، ولا تتحكم في كيفية تصنيف هؤلاء التجار وماكينات الصراف الآلي والمعاملات لهذا الغرض.
السحب الدولي من ماكينات الصراف الآلي	3 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها على كل عملية سحب. قد يفرض مُشغّل ماكينة الصراف الآلي رسومًا إضافية حتى وإن لم تُكمل المعاملة.
أخرى		
استبدال البطاقة	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها نظير استبدال البطاقة وإرسالها بالبريد بنظام التوصيل العادي (خلال ما يصل إلى 10 أيام عمل).
استبدال البطاقة بنظام التوصيل العاجل	15 دولارا أمريكيًا	هذه هي الرسوم التي نفرضها على نظام التوصيل العاجل (خلال ما يصل إلى 3 أيام عمل)، بالإضافة إلى أي رسوم لاستبدال البطاقة.
عدم النشاط	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها عن كل شهر إذا لم تُجر أي معاملة باستخدام بطاقتك.

على الرغم من أن هذه الرسالة تُقدم باللغة العربية، إلا أن مراسلات المتابعة من U.S. Bank والمستندات المتعلقة باتفاقياتك التعاقدية والكشوف والإشعارات والبيانات وخدمات الإنترنت والخدمات المصرفية عبر الهاتف المحمول قد لا تكون متاحة إلا باللغة الإنجليزية فحسب. يجب أن تكون قادرًا على قراءة هذه المستندات وفهمها، أو الحصول على مساعدة في ترجمتها، من أجل فهم هذا المنتج أو الخدمة واستخدامهما. الوثائق باللغة الإنجليزية متوفرة عند الطلب.

أموالك مؤهّلة للحصول على تأمين من FDIC. ستُحفظ أموالك في U.S. Bank National Association، وهي مؤسسة مؤمنة من FDIC، وسيؤمن عليها بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار أمريكي من FDIC في حالة عجز U.S. Bank عن الوفاء بالتزاماته. راجع الرابط *fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html* (باللغة الإنجليزية) لمعرفة التفاصيل.

لا تتوفر ميزة السحب على المكشوف/الائتمان.
اتصل بخدمات حاملي البطاقات على الرقم **1-888-964-0359**، أو عبر البريد على صندوق بريد 551617، Jacksonville, FL 32255، أو تفضل بزيارة الموقع ***usbankreliacard.com*** (باللغة الإنجليزية).

للحصول على معلومات عامة عن الحسابات المدفوعة مسبقًا، تفضل بزيارة *cfpb.gov/prepaid* (باللغة الإنجليزية). إذا كانت لديك شكوى حول حساب مدفوع مسبقًا، فاتصل بمكتب الحماية المالية للمستهلكين (Consumer Financial Protection Bureau) على الرقم 1-855-411-2372 أو تفضل بزيارة *cfpb.gov/complaint* (باللغة الإنجليزية).

CR-21378422

أصدرت بطاقة ReliaCard من U.S. Bank National Association بموجب ترخيص من Visa U.S.A. Inc. © حقوق النشر لعام 2022 محفوظة لمصرف U.S. Bank. Member FDIC.