

طلب الحصول على إجازة أسرية ومرضية مدفوعي الأجر

Application for Paid Family and Medical Leave

قبل البدء

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 مقدماً). 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 مقدماً.

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 مدفوعي الأجر 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 www.paidleave.wa.gov/benefit-guide أو طلب نسخة عبر الاتصال على الرقم 833-717-2273.

تقديم طلبك

أرسل طلبك المكتمل، ونسخ مستندات التعريف الخاصة بك، وأي مستندات داعمة أخرى (شهادة خاصة بحالة صحية خطيرة، أو نموذج الممثل المفوض المخصص، وما إلى ذلك) إلى:

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

ألديك استفسارات؟

إذا كان لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 833-717-2273 أو التواصل على البريد الإلكتروني paidleave@esd.wa.gov. نحن متواجدون من الاثنين إلى الجمعة بين 8.30 صباحاً و4.30 مساءً.

Before you begin

When you apply for benefits online, you can choose how to submit your weekly benefit claims (online or over the phone) and how to receive your benefit payments (direct deposit to your bank account or on a prepaid debit card). When you apply for benefits with a paper application, you are limited to:

1. Submitting weekly benefit claims over the phone by calling 833-717-2273.
2. Receiving your benefit payments on a prepaid debit card.

If you would like to file your weekly claims online or receive your benefit payments through direct deposit, you must submit your application online. Go to www.paidleave.wa.gov for more information.

The Paid Family and Medical Leave Benefit Guide provides information on how to apply for benefits and submit weekly claims. It also explains your rights and responsibilities under the law. Download the guide at www.paidleave.wa.gov/benefit-guide or request a copy by calling 833-717-2273.

Submitting your application

Mail your completed application, copies of your identifying documents, and any other supporting documents (certification of a serious health condition, designated authorized representative form, etc.) to:

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

Questions?

If you have questions, please contact us at 833-717-2273 or email paidleave@esd.wa.gov. We are available Monday through Friday between 8:30 a.m. and 4:30 p.m.

تعليمات حول طلب الاستحقاقات

قسم المعلومات الشخصية ومعلومات الاتصال

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

قسم المعلومات الخاصة بالتوظيف

سنستخدم المعلومات التي تقدمها للتأكد من أنك عملت لساعات كافية لتكون مؤهلاً للحصول على إجازة.

- اسم صاحب العمل. اسم جهة العمل أو المؤسسة التي عملت بها.
- معرف الأعمال الموحد (UBI) أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي (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 فارغاً 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 ولادة طفل، أو إجازة رعاية ما بعد التكفل بطفل، أو إجازة استدعاء عسكري) وتواريخ البدء والانتهاء المتوقعة.

هل يمكن لشخص آخر ملء هذا النموذج لي؟

يمكنك تفويض شخص آخر بالتصرف نيابة عنك لأغراض استحقاقات الإجازة الأسرية والمرضية مدفوعي الأجر. وللقيام بهذا الأمر، أكمل نموذج الممثل المفوض المخصص. اتصل بنا على الرقم 833-717-2273 للحصول على نسخة من النموذج.

الترتيبات التيسيرية المعقولة أو المساعدة

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات تيسيرية معقولة أو مساعدة أخرى لمساعدتك على التفاعل مع برنامجنا، فيرجى إخبارنا بذلك. تعالج الطلبات عن طريق مكتب أمين المظالم المعني بالإجازات الأسرية والمرضية المدفوعة الأجر. لطلب ترتيبات تيسيرية، أرسل بريداً إلكترونياً إلى PFMLaccess@esd.wa.gov أو اتصل بالرقم 833-494-2273.

Benefit application instructions

Personal and contact information section

Provide your name, Social Security (SSN), birthdate and contact information. The address you provide is where we will mail your prepaid debit card and other correspondence.

Employment information section

We'll use the information you provide to confirm you've worked enough hours to be eligible for leave.

- Employer name. The name of the business or organization you worked for.
- Unified Business Identifier (UBI) or Federal Employer Identification Number (FEIN). Find your employer's UBI by asking them for it, or by using the UBI look-up tool on the Department of Revenue's website (www.DOR.wa.gov).
- Employment start and end dates. If they're your current employer, leave the end date blank and check the box to indicate they're your current employer.

Leave information section

We'll ask for information about your leave request, including the type of leave you're requesting (medical, family, bonding after birth or placement of a child, or military exigency) and your expected start and end dates.

Can someone else complete this form for me?

You can authorize another individual to act on your behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits. To do this, complete the Designated Authorized Representative form. Contact us at 833-717-2273 to get a copy of the form.

Reasonable accommodation or assistance

If you need a reasonable accommodation or other assistance to help you interact with our program, please let us know. Requests are handled through the Office of the Paid Family and Medical Leave Ombuds. To request an accommodation, email PFMLaccess@esd.wa.gov or call 833-494-2273, Washington Relay Service 711.

طلب الاستحقاق

Benefit application

لتقديم الطلب، أدخل المعلومات المطلوبة (*) المطلوبة أدناه.		To apply, provide the required information (*) requested below.	
المعلومات الشخصية Personal information			
First name* الاسم الأول *		Middle initial الحرف الأول من الاسم الأوسط :	
Last name* اسم العائلة *			
SSN or ITIN رقم الضمان الاجتماعي أو الرقم التعريفي الفردي لدافع الضرائب :		Date of birth* تاريخ الميلاد *	
Phone number* رقم الهاتف *			
Email address عنوان البريد الإلكتروني :			
Preferred contact method* طريقة التواصل المفضلة * :			
☐ Phone الهاتف ☐ Email البريد الإلكتروني ☐ Mail البريد			
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* صوتي مفصلة على رقم الهاتف الذي قدمته؟* ☐ Yes نعم ☐ No لا			
What is your preferred language?* ما لغتك المفضلة؟* ☐ English الإنجليزية ☐ Moroccan المغربية ☐ Oman العمانية ☐ Qatar القطرية ☐ Saudi Arabia السعودية ☐ Syria السورية ☐ Tunisia التونسية ☐ United Arab Emirates (U.A.E.) الإماراتية ☐ Yemen اليمنية ☐ Arabic العربية ☐ Algeria الجزائرية ☐ Bahrain البحرينية ☐ Egypt المصرية ☐ Iraq العراقية ☐ Jordan الأردنية ☐ Kuwait الكويتية ☐ Lebanon اللبنانية ☐ Libya الليبية If Arabic, what is your preferred dialect إذا كانت اللغة العربية، فما هي اللهجة المفضلة لديك؟ ☐ Other. If other, what is your preferred language and dialect? أخرى. إن كانت لغة أخرى، فما لغتك ولهجتك المفضلة؟			
Mailing address* العنوان البريدي *			
City* المدينة *			
State* الولاية *		Zip Code* الرمز البريدي *	

Gender* النوع : ☐ Female أنثى ☐ Male ذكر ☐ Non-binary غير ثنائي ☐ Prefer not to say أفضل عدم الإجابة	Gender* النوع : ☐ Female أنثى ☐ Male ذكر ☐ Non-binary غير ثنائي ☐ Prefer not to say أفضل عدم الإجابة
Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply. أفضل انتمائك العرقي و/ أو العرق؟ حدد كل ما ينطبق.* ☐ American Indian or Alaskan Native هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ Black or African American أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ Hispanic or Latino/Latina من أصل إسباني أو لاتيني/ عرق لاتيني ☐ Middle Eastern or Arab American شرقي أوسطي أو أمريكي من أصل عربي ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander من سكان هاواي الأصليين أو غير ذلك من سكان جزر المحيط الهادئ ☐ East Asian شرقي آسيوي ☐ South Asian جنوبي آسيوي ☐ Southeast Asian جنوبي شرق آسيوي ☐ White أبيض ☐ Prefer not to say أفضل عدم الإجابة ☐ Ethnicity and/or race not listed الانتماء العرقي و/ أو العرق غير مُدرج	
Leave information معلومات الإجازة	
<i>/ .Complete sections one OR two. All other sections are required</i> <i>أكمل القسمين الأول أو الثاني. جميع الأقسام الأخرى مطلوبة.</i>	
SECTION 1 القسم 1 : If you are a parent that is going to or gave birth هل تأخذين إجازة للحصول على الرعاية الطبية في أثناء الحمل؟ ☐ Yes نعم If yes, baby's due date or date of birth إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ وضع الطفل المتوقع أو تاريخ ميلاده: _____ (يوم/شهر/سنة) (MM/DD/YYYY) ☐ No لا Are you taking leave to recover from giving birth? هل تأخذين إجازة للتعافي من الولادة؟ ☐ Yes نعم If yes, baby's due date or date of birth إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ وضع الطفل المتوقع أو تاريخ ميلاده: _____ (يوم/شهر/سنة) (MM/DD/YYYY) ☐ No لا Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? هل تعانيين من مضاعفات تتعلق بحملك أو ولادتك؟ ☐ Yes نعم ☐ No لا Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? هل تأخذين إجازة للارتباط بطفلك الجديد (عادة ما تأخذ بعد الإجازة المرضية)؟ ☐ Yes نعم If yes, baby's date of birth إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ ميلاد الطفل: _____ (يوم/شهر/سنة) (MM/DD/YYYY) ☐ No لا	

SECTION 2 | القسم 2 :

For all other situations | لجميع الحالات الأخرى :

Why do you need to take leave? (Choose one) | لماذا تحتاج إلى أخذ إجازة؟ (اختر واحدة)

- Medical leave for yourself | إجازة مرضية لك ☐
- Leave to care for a family member | إجازة للاعتناء بأحد أفراد العائلة ☐
- If yes, which family member are you taking leave for? | أجله؟

- Child (or son-in-law, daughter-in-law) | الابن/الإبنة (أو الصهر/الكننة) ☐
- Grandchild | الحفيد/الحفيدة ☐
- Grandparent (or grandparent of spouse) | الجد/الجدة (أو جد/جدة الزوج/الزوجة) ☐
- Parent (or parent of spouse) | أحد الوالدين (أو أحد الوالدين للزوج/الزوجة) ☐
- Sibling | الأشقاء/الشقيقات ☐
- Spouse | الزوج/الزوجة ☐
- Other | أخرى: ☐

- Bonding after the birth of your child | إجازة رعاية ما بعد ولادة طفلك ☐
- If yes, child's date of birth (MM/DD/YYYY) | (يوم/شهر/سنة) ☐
- Bonding after the placement of your foster child | إجازة رعاية بعد التكفل بحضانة طفل ☐
- If yes, child's date of placement (MM/DD/YYYY) | (يوم/شهر/سنة) ☐
- Bonding after the adoption of your child | إجازة رعاية ما بعد تبني طفلك ☐
- If yes, child's date of adoption (MM/DD/YYYY) | (يوم/شهر/سنة) ☐
- Military exigency | الاستدعاء العسكري ☐
- If yes, which family member are you taking leave for? | أجله؟

- Child (or son-in-law, daughter-in-law) | الابن/الإبنة (أو الصهر/الكننة) ☐
- Grandchild | الحفيد/الحفيدة ☐
- Grandparent (or grandparent of spouse) | الجد/الجدة (أو جد/جدة الزوج/الزوجة) ☐
- Parent (or parent of spouse) | أحد الوالدين (أو أحد الوالدين للزوج/الزوجة) ☐
- Sibling | الأشقاء/الشقيقات ☐
- Spouse | الزوج/الزوجة ☐
- Other | أخرى: ☐

SECTION 3 | القسم 3 :

How long do you expect to be on leave?* | ما المدة المتوقعة منك التي ستسغرقها هذه الإجازة؟*

Start date (MM/DD/YYYY) | تاريخ البدء (يوم/شهر/سنة):

End date (MM/DD/YYYY) | تاريخ الانتهاء (يوم/شهر/سنة):

Did you know you would need to take leave before your leave started? | هل تعلم أنك ستحتاج إلى أخذ إجازة قبل بدء إجازتك؟

- Yes | نعم ☐
- No | لا ☐

معلومات التوظيف Employment information	
نحتاج إلى سجل التوظيف الخاص بك لتحديد إذا ما كنت قد عملت لساعات كافية لتكون مؤهلاً للحصول على إجازة. يُرجى ذكر كل صاحب عمل عملت لصالحه في 18 شهرًا الأخيرة. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.	We need your employment history to determine whether you've worked enough hours to qualify for leave. Please list each employer you've worked for within the last 18 months. Attach additional pages if needed.
What is your current employment status?* ما الحالة الوظيفية الحالية الخاصة بك؟* ☐ Full-time salaried employee موظف بأجر يعمل بدوام كامل ☐ Full-time hourly employee موظف يعمل بدوام كامل بالساعة ☐ Part-time salaried employee موظف بأجر يعمل بدوام جزئي ☐ Part-time hourly employee موظف يعمل بدوام جزئي بالساعة ☐ Unemployed غير موظف	
Employer name* اسم صاحب العمل :	
UBI or FEIN* معرف الأعمال الموحد أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي :	
Employer phone number* رقم هاتف صاحب العمل :	
Is this your current employer?* هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه؟* ☐ Yes نعم ☐ No لا	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* هل أخطرت صاحب العمل هذا أنك تخطط للحصول على إجازة؟* ☐ Yes نعم If yes, on what date did you notify them? إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة) _____ ☐ No لا Requirement waived تم التنازل عن متطلبات	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* تاريخ بدء التوظيف (يوم/شهر/سنة) : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) تاريخ انتهاء التوظيف (يوم/شهر/سنة) : _____	
Employer address* عنوان صاحب العمل :	
City* المدينة :	
Zip Code* الرمز البريدي :	State* الولاية :

Employer name اسم صاحب العمل :	
UBI or FEIN معرف الأعمال الموحد أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي :	
Employer phone number رقم هاتف صاحب العمل :	
Is this your current employer? هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه؟* Yes نعم ☐ No لا ☐	
Did you notify this employer that you plan to take leave? هل أخطرت صاحب العمل هذا أنك تخطط للحصول على إجازة؟* Yes نعم ☐ If yes, on what date did you notify them? إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة) _____ No لا ☐ Requirement waived تم التنازل عن متطلبات ☐	
Employment start date (MM/DD/YYYY) تاريخ بدء التوظيف (يوم/شهر/سنة) : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) تاريخ انتهاء التوظيف (يوم/شهر/سنة) : _____	
Employer address عنوان صاحب العمل :	
City المدينة :	
State الولاية :	*Zip Code* الرمز البريدي :
Employer name اسم صاحب العمل :	
UBI or FEIN معرف الأعمال الموحد أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي :	
Employer phone number رقم هاتف صاحب العمل :	
Is this your current employer? هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه؟* Yes نعم ☐ No لا ☐	
Did you notify this employer that you plan to take leave? هل أخطرت صاحب العمل هذا أنك تخطط للحصول على إجازة؟* Yes نعم ☐ If yes, on what date did you notify them? إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة) _____ No لا ☐ Requirement waived تم التنازل عن متطلبات ☐	
Employment start date (MM/DD/YYYY) تاريخ بدء التوظيف (يوم/شهر/سنة) : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) تاريخ انتهاء التوظيف (يوم/شهر/سنة) : _____	
Employer address عنوان صاحب العمل :	
City المدينة :	
State الولاية :	*Zip Code* الرمز البريدي :

الموافقة والتوقيع	Consent and signature
نحن نشارك ونستقبل معلومات تتعلق بك أو بمطالبتك مع أصحاب عملك والبرامج الأخرى، على سبيل المثال قسم دعم الأطفال (Division of Child Support) أو تعويضات العمال (Workers' Compensation) أو التأمين ضد البطالة (Unemployment Insurance). قد نحتاج إلى التحقق من المعلومات التي تُقدِّمها، وقد نطلب معلومات إضافية حسب الاقتضاء. إذا كنت تقدم نفسك بطريقة مغايرة للحقيقة، أو تحجب معلومات عنا عن قصد، فسيُعتبر ذلك احتيالاً. 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.	We share and receive information about you or your claim with your employers and other programs, such as the Division of Child Support, Workers' Compensation or Unemployment Insurance. We may need to verify information you provide and may request additional information as needed. If you misrepresent yourself, or knowingly withhold information from us, it will be considered fraud. If you provide inaccurate information, we may deny your benefit application or require that you pay back benefits you were given. You could face fines or criminal prosecution.
Date* التاريخ *	Signature* التوقيع *
Printed name* الاسم بأحرف كبيرة *	

الممثل المفوض	Authorized Representative
إذا كان الشخص الذي يتقدم بطلب للحصول على استحقاقات غير قادر على التوقيع على هذا النموذج بسبب حالة صحية خطيرة أو إصابة، فإنه يجوز للممثل المفوض التوقيع نيابة عنه، شريطة أن يقدموا أيضاً نموذجاً تمثيلاً خاصاً بالمفوض المخصص.	If the person applying for benefits is unable to sign this form because of a serious health condition or injury, an authorized representative may sign on their behalf, provided they also submit a Designated Authorized Representative form.
Authorized representative name اسم الممثل المفوض :	
Authorized representative signature اسم الممثل المفوض :	
Date التاريخ :	
Phone number رقم الهاتف :	
Email البريد الإلكتروني :	

وثائق التحقق من الهوية

وثائق الهوية المقبولة للإجازة الأسرية والمرضية مدفوعتي الأجر

يجب عليك تقديم وثائق التحقق من الهوية مع طلب إجازتك مدفوعة الأجر. يجب 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:
 - تصريح إعادة الدخول الأمريكي نموذج I-327 لوثيقة السفر
 - البطاقة الدائمة للمقيمين نموذج I-551
 - وثيقة سفر للاجئين نموذج I-571
 - تصريح عمل نموذج I-766
- 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، وتشتمل على توقيعك وصورتك الشخصية
- بطاقة هوية **سارية المفعول** صادرة من مكتب الشؤون الهندية في الولايات المتحدة، وتشتمل على توقيعك وصورتك الشخصية

الوثائق البديلة (2 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
 - تصريح إعادة الدخول الأمريكي نموذج I-327 لوثيقة السفر
 - البطاقة الدائمة للمقيمين نموذج I-551
 - وثيقة سفر للاجئين نموذج I-571
 - تصريح عمل نموذج I-766
- 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، وتشتمل على اسمك، وتاريخ الميلاد، ومحل الميلاد، وتاريخ الملف، وتاريخ الإصدار
- تصريح ساري المفعول لحيازة أسلحة مخبأة صادر عن وكالة الدولة أو الولاية
- تقرير القنصلية للميلاد في الخارج
- وصاية صادرة عن قرار المحكمة/أمر الإعالة
- خطاب تخليص أو سجل قيادة من دائرة إدارة المركبات (Department of Motor Vehicles) التابعة للولاية
- 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 السريع غير مقبول)
- فاتورة المرافق المنزلية (الغاز، الكهرباء، المياه، القمامة، المجاري، الهاتف الأرضي، التلفزيون، الإنترنت، فاتورة ISTA)
- خطاب استحقاقات من إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social and Health Services, DSHS) (طبي، طعام، إلى آخره)
- إثبات ملكية المنزل (مستندات الرهن العقاري، مستندات ضريبة الملكية، صك التملك، سند الملكية، إلى آخره)
- بريد النشاط التجاري من جهة حكومية بالولاية أو فيدرالية أو بالقبيلة أو بالمقاطعة أو بالمدينة
- خطاب الرقم التعريفي الفردي لدافع الضرائب صادر عن دائرة الإيرادات الداخلية (IRS)
- بوليصة التأمين للمستأجر أو لملك المنزل

- بوليصة أو فاتورة التأمين على السيارة
- دفع شيك أو دفع كعب الشيك مع اسم صاحب العمل ورقم الهاتف أو العنوان
- نموذج W-2 من صاحب عمل، أو نموذج 1099
- وثيقة رهن عقاري (فاتورة، عقد، إلى آخره)

الإفصاح عن الاستحواذ المسبق لبطاقة ReliaCard® الصادرة عن U.S. Bank
اسم البرنامج: Washington Paid Family & Medical Leave

قد تتوفر بعض المواد والخدمات باللغة الإنجليزية فقط. ربما تتفكك الروابط الموجودة في هذا البيان إلى مواقع ويب باللغة الإنجليزية.

أمامك مجموعة من الخيارات المتعلقة بكيفية تلقي مدفوعاتك، بما في ذلك الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو بطاقة الدفع المسبق هذه. اسأل الجهة التي تتعامل معها عن الخيارات المتاحة وحدد خيارك.

الرسوم الشهرية لكل عملية شراء	السحب من ماكينة الصراف الآلي	إعادة تعبئة النقد
0 دولار أمريكي	0 دولار أمريكي داخل الشبكة	لا ينطبق
أمريكي	2.50 دولار أمريكي خارج الشبكة	

الاستعلام عن الرصيد من خلال ماكينات الصراف الآلي (داخل الشبكة أو خارج الشبكة) 0 دولار أمريكي

خدمة العملاء (الآلية أو المقدمة من خلال موظف خدمة العملاء) 0 دولار أمريكي لكل مكالمة

الخمول 0 دولار أمريكي

نحن نفرض 3 أنواع أخرى من الرسوم. وفيما يلي بعض هذه الرسوم:

المعاملة الدولية 3%

استبدال البطاقة (توصيل عادي أو سريع) 0 دولار أمريكي أو 15.00 دولار أمريكي

انظر جدول الرسوم المرفق للتعرف على الطرق المجانية للوصول إلى أموالك ومعلومات الرصيد.

لا توجد ميزة السحب على المكشوف أو الائتمان.
أموالك مؤهلة للحصول على تأمين شركة FDIC.

للحصول على معلومات عامة حول حسابات الدفع المسبق، تفضل بزيارة cfpb.gov/prepaid.
يمكنك العثور على التفاصيل والشروط الخاصة بجميع الرسوم والخدمات داخل حزمة البطاقة أو الاتصال على **1-888-964-0359** أو زيارة **usbankreliacard.com**.

جميع الرسوم	المبلغ	التفاصيل
الحصول على النقد		
السحب من ماكينة الصراف الآلي (داخل الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass®. يمكن العثور على المواقع في usbank.com/locations أو moneypass.com/atm-locator.html .
السحب من ماكينة الصراف الآلي (خارج الشبكة)	2.50 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. يشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي الموجودة خارج شبكات الصراف الآلي لـ U.S. Bank أو MoneyPass®. كما يمكن تحصيل رسوم منك من جانب جهة تشغيل ماكينة الصراف الآلي حتى في حالة عدم إكمالك للمعاملة.
السحب النقدي من الصراف	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا عند قيامك بسحب النقود من بطاقتك من صراف في بنك أو اتحاد ائتماني يقبل Visa®.
استخدام بطاقتك خارج الولايات المتحدة		
المعاملة الدولية	3%	هذه هي الرسوم التي نطبقها عند استخدام بطاقتك في إجراء معاملات الشراء من التجار الأجانب والسحب النقدي من ماكينات الصراف الآلي الأجنبية، وهي نسبة مئوية من قيمة المعاملة بالدولار بعد أي عملية تحويل للعملة. تعتبر بعض المعاملات من قبيل المعاملات الأجنبية وفقًا للقواعد المعمول بها لدى الشبكة حتى في حالة تواجذك أنت و/أو التاجر أو ماكينة الصراف الآلي داخل الولايات المتحدة، وليست لدينا أي سلطة بشأن كيفية تصنيف هؤلاء التجار وماكينات الصراف الآلي والمعاملات لهذا الغرض.
السحب من ماكينات الصراف الآلي الدولية	3.00 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا عن كل عملية سحب. كما يمكن تحصيل رسوم منك من جانب جهة تشغيل ماكينة الصراف الآلي حتى في حالة عدم إكمالك للمعاملة.
أخرى		
استبدال البطاقة	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المقررة لدينا على كل بطاقة بديلة يتم إرسالها إليك بالبريد مع التوصيل العادي (حتى 10 أيام عمل).
التوصيل السريع للبطاقة البديلة	15 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضها نظير خدمة التوصيل السريع (حتى 3 أيام عمل)، بالإضافة إلى رسوم استبدال البطاقة.

على الرغم من تقديم هذا البيان باللغة العربية، إلا أن ما يتبع ذلك من مخاطبات من U.S. Bank والوثائق المتعلقة باتفاقياتك التعاقدية والإفصاحات والإشعارات والبيانات، والخدمات المصرفية عبر الإنترنت والهاتف المحمول، قد تكون متاحة باللغة الإنجليزية فقط. ربما تتفكك الروابط الموجودة في هذا البيان إلى مواقع ويب باللغة الإنجليزية. لفهم واستخدام هذا المنتج أو هذه الخدمة، يجب أن تكون قادرًا على قراءة هذه الوثائق وفهمها، أو يمكنك الحصول على مساعدة في ترجمتها. الوثائق المكتوبة باللغة الإنجليزية متاحة عند الطلب.

أموالك مؤهلة للحصول على تأمين شركة FDIC. سيتم الاحتفاظ بأموالك لدى U.S. Bank National Association، وهي مؤسسة حاصلة على التأمين من شركة FDIC، ويتم تأمينها بمبلغ يصل إلى 250 ألف دولار من قبل FDIC في حالة فشل U.S. Bank. لمزيد من التفاصيل، تفضل بزيارة fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html.

لا توجد ميزة السحب على المكشوف أو الائتمان.
اتصل بـ Cardholder Services (خدمات حامل البطاقة) عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-964-0359 أو بالبريد على العنوان P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 أو قم بزيارة usbankreliacard.com.

للحصول على معلومات عامة حول حسابات الدفع المسبق، تفضل بزيارة cfpb.gov/prepaid. إذا كانت لديك شكوى بخصوص حساب مدفوع مسبقاً، اتصل على Consumer Financial Protection Bureau (مكتب حماية المستهلك المالي) على الرقم 1-855-411-2372 أو تفضل بزيارة cfpb.gov/complaint.