

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ដើម្បីអនុវត្តសម្រាប់ការឈប់សម្រាក

ក្បាលលិខិត៖ បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺនិងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់របស់អ្នក

ច្បាប់ចម្លង៖ ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺនិងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់គឺនៅទីនេះសម្រាប់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការវាបំផុត។ ប្រើបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នេះដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននិងចាត់វិធានការដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីដាក់ពាក្យសុំការឈប់សម្រាកដែលទទួលបានការបង់ប្រាក់។

ការណែនាំអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់

ការណែនាំអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណង ប្រចាំសប្តាហ៍។ វាក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកស្របទៅតាមច្បាប់ផងដែរ។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំទទួលខុសត្រូវចំពោះ ដឹងពីព័ត៌មាននៅក្នុងការណែនាំនេះ។ ទាញយកការណែនាំនៅគេហទំព័រ payleave.wa.gov/benefit-guide ។

សម្រាប់ការឈប់សម្រាកទាំងអស់៖

ផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់និយោជករបស់អ្នក

និងរក្សាទុកច្បាប់ចម្លង

មួយច្បាប់។

- ប្រសិនបើអ្នកដឹងថាអ្នកនឹងឈប់សម្រាកជាមុន សូមជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ទៅនិយោជករបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលឈប់សម្រាក។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការឈប់សម្រាកទទួលបានការបង់ប្រាក់ដោយមិនបានរំពឹងទុក សូមជូនដំណឹងដល់និយោជករបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរភ្លាមៗនៅពេលអ្នកដឹងថាអ្នកនឹងត្រូវការឈប់សម្រាក។
- នេះអាចធ្វើបានជាអ៊ីមែល ការសរសេរសំបុត្រ ឬផ្ញើសារតាមទូរស័ព្ទ។ ត្រូវប្រាកដថារក្សាទុកច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់។

ប្រមូលព័ត៌មានខាងក្រោមដែលអ្នកនឹងត្រូវការនៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យ៖

- លេខសម្ងាត់សន្តិសុខសង្គម
- ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ(សូមមើលបញ្ជីឯកសារដែលអាចទទួលយកបាន)
- បញ្ជីរាយនាមនិយោជកទាំងអស់ដែលអ្នកបានធ្វើការអោយក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ។

ឯកសារឈប់សម្រាកផ្សេងទៀត៖

អ្នកក៏ត្រូវដាក់ឯកសារជាក់លាក់

នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំដោយផ្អែកលើមូលហេតុដែលអ្នកឈប់

សម្រាកទទួលបានការបង់ប្រាក់៖

□ **ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ**

- **ប្រសិនបើអ្នកឈប់សម្រាកសម្រាប់ខ្លួនអ្នក អ្នកនឹងត្រូវការ៖**

- ការបញ្ជាក់ទម្រង់បែបបទសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរដែលបានបំពេញដោយអ្នកផ្តល់ សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក >
- ឯកសារសម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺគ្រួសារ ឬឯកសារផ្សេងទៀត ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលអាចបញ្ជាក់ពីអត្ថិភាពនៃស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់អ្នក។>

□ **ការឈប់សម្រាកក្រុមគ្រួសារ៖**

- **ប្រសិនបើអ្នកឈប់សម្រាកសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ អ្នកនឹងត្រូវការ៖**

- វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់អំពីបែបបទសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរដែលបានបំពេញដោយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ >
- ឯកសារសម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺគ្រួសារ ឬឯកសារផ្សេងទៀត ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេដែលអាចបញ្ជាក់ពីអត្ថិភាពនៃស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងររបស់អ្នក។>
- យើងអាចស្នើសុំឯកសារអំពីទំនាក់ទំនងគ្រួសារ ប្រសិនបើយើងមានសំណួរអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នក។

- **ប្រសិនបើអ្នកឈប់សម្រាកសម្រាប់កំណើតរបស់កូន ការសុំកូនចិញ្ចឹម ឬក្លាយជាឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម៖**

- អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ឯកសារដើម្បីបញ្ជាក់ពីកំណើត ការសុំកូនចិញ្ចឹម ឬការ ដាក់ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ការឈប់សម្រាកភាពជិតស្និទ្ធរវាងឪពុកម្តាយនឹងកូន។ យើងអាចស្នើសុំវា ប្រសិនបើយើងមានសំណួរអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកឈប់សម្រាកដើម្បីចំណាយពេលជាមួយសមាជិកគ្រួសារដោយសារតែការដាក់ពង្រាយ ឬព្រឹត្តិការណ៍យោធា អ្នកនឹងត្រូវការ៖
 - បញ្ហាកាតព្វកិច្ចសកម្ម ឬឯកសារយោធាផ្លូវការផ្សេងទៀត និង
 - អ្នកប្រហែលជាត្រូវការឯកសារស្តីពីទំនាក់ទំនងគ្រួសារ

ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ

ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដែលអាចទទួលយកបានសម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណជាមួយនឹងការសុំឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់របស់អ្នក។ ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណត្រូវផ្តល់ជូនអ្នកកំណត់ដែលត្រូវបានចាត់តាំងដែលមានសិទ្ធិអំណាច។ **សូមបញ្ជូនឯកសារមួយ ឬឯកសារជំនួសពីរ ពីបញ្ជីខាងក្រោម។** សូមកុំផ្ញើឯកសារដើម។

ឯកសារមួយ(មួយក្នុងចំណោមឯកសារទាំងនេះ)

- **មានសុពលភាព** រដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក (សហព័ន្ធ ឬរដ្ឋ បានចេញនូវប្រភេទអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ) មានន័យថាលិខិតឆ្លងដែន លិខិតឆ្លងដែនអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ប័ណ្ណបញ្ជាក់បន្ថែម ឬប័ណ្ណបើកបរប័ណ្ណឆ្លងព្រំដែនទីដ្ឋាការ B1 / B2 ជាដើម)
- **មានសុពលភាព** អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសញ្ជាតិអាមេរិក និងសេវាអន្តោប្រវេសន៍។ ទម្រង់ដែលអាចទទួលយកបានគឺ៖
 - លិខិតអនុញ្ញាតលេខ I-327
 - ឯកសារទេសចរណ៍ជនភៀសខ្លួនអាមេរិក I-571
 - របស់សហរដ្ឋអាមេរិកដើម្បីបញ្ជូនឯកសារឡើងវិញ
 - ការអនុញ្ញាតការងារ I-766
 - ប័ណ្ណស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ I-551
- **មានសុពលភាព** រដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិកបានចេញនូវទម្រង់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ (ចងជាលិខិតឆ្លងដែន អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណកុងស៊ុល អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ" ស៊ីដុល" ដែលមានហត្ថលេខា និងរូបថត។ ល។) មួយ
- **មានសុពលភាព** អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណចុះឈ្មោះចូលរៀនពីកុលសម្ព័ន្ធកណ្តាលដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ (ត្រូវតែបញ្ជូលហត្ថលេខា និងរូបថតរបស់អ្នក)
- **មានសុពលភាព** ការិយាល័យកិច្ចការកណ្តាលរបស់អាមេរិកបានចេញអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ (ត្រូវមានហត្ថលេខា និងរូបថតរបស់អ្នក)

ឯកសារជំនួស(ពីរក្នុងចំណោមឯកសារទាំងនេះ)

- **បានផ្តល់ឯកសារ** រដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក(សហព័ន្ធ ឬរដ្ឋ) បានចេញនូវអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ(ឧទាហរណ៍លិខិតឆ្លងដែន លិខិតឆ្លងដែនអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ប័ណ្ណបើកបរស្រុក ឬប័ណ្ណបើកបរប័ណ្ណឆ្លងព្រំដែនទីដ្ឋាការ B1 / B2 ជាដើម)
- **បានផ្តល់ឯកសារ** អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសញ្ជាតិអាមេរិក និងសេវាអន្តោប្រវេសន៍។ ទម្រង់ដែលអាចទទួលយកបានគឺ៖
 - លិខិតអនុញ្ញាតលេខ I-327
 - ឯកសារទេសចរណ៍ជនភៀសខ្លួនអាមេរិក I-571
 - របស់សហរដ្ឋអាមេរិកដើម្បីបញ្ជូនឯកសារឡើងវិញ
 - ការអនុញ្ញាតការងារ I-766
 - ប័ណ្ណស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ I-551
- **បានផ្តល់ឯកសារ** រដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិកបានចេញនូវទម្រង់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ (ដូចជាលិខិតឆ្លងដែនអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណកុងស៊ុល អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ" ស៊ីដុល" ដែលមានហត្ថលេខា និងរូបថត។ ល។)
- ឯកសារសុំកូនចិញ្ចឹម
- លិខិតបញ្ជាក់កំណើតអាមេរិក ឬបរទេសដែលបានបញ្ជាក់
- ប័ណ្ណចុះបញ្ជីកំណើតដែលមានបញ្ជាក់(ត្រូវមានឈ្មោះថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ទីកន្លែងកំណើត កាលបរិច្ឆេទឯកសារ និងកាលបរិច្ឆេទចេញសុពលភាព)
- លិខិតអនុញ្ញាតអាវុធដែលមានសុពលភាពចេញដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬខោនធី
- របាយការណ៍កុងស៊ុលកំណើតនៅបរទេស
- រដ្ឋនៃគ្រូរូបសកុលការ / លំដាប់នៃភាពអាស្រ័យ
- លិខិតបោះសម្លាត ឬកំណត់ត្រាបើកបរពីរដ្ឋ DMV
- ត្រីក្យលែងលះដែលបានបញ្ជាក់
- លិខិតអនុញ្ញាតរៀបការ / វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់
- អាជ្ញាប័ណ្ណវិជ្ជាជីវៈ(គិលានុបដ្ឋាយិកា ត្រូវពេទ្យ វិស្វកម្ម។ ល។)
- ប្រតិចារិកសាលារៀន ឬកំណត់ត្រា
- អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណនិស្សិតដែលមានសុពលភាពចេញដោយមហាវិទ្យាល័យ ឬសាលាវិទ្យាល័យដែលមានការទទួលស្គាល់ជាលក្ខណៈជាតិ
- លិខិតសម្គាល់អត្តសញ្ញាណនិយោជិកធីតាជញ្ជូន (TWIC)
- ការចុះបញ្ជីយានយន្ត ឬប័ណ្ណសម្គាល់កម្មសិទ្ធិ(ប័ណ្ណសម្គាល់កម្មសិទ្ធិក្លាមៗមិនអាចទទួលយកបានទេ)
- វិក័យប័ត្រប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ (ហ្គោស អត្តសនី ទឹក សំរាម លូទឹក ដី ទូរស័ព្ទ ទូរទស្សន៍ អ៊ិនធឺណិត ISTA)
- លិខិតទទួលបានអត្តប្រយោជន៍ពី DSHS (វេជ្ជសាស្ត្រ អាហារ។ ល។)
- ភ័ស្តុតាងនៃភាពជាម្ចាស់ផ្ទះ(ឯកសារបញ្ជាក់ ឯកសារពន្ធអចលនទ្រព្យប័ណ្ណ កម្មសិទ្ធិ ប័ណ្ណសម្គាល់កម្មសិទ្ធិ។ ល។)
- សំបុត្រអាជីវកម្មពីរដ្ឋ សហព័ន្ធ កុលសម្ព័ន្ធ ខោនធី ឬអង្គការរដ្ឋាភិបាលទីក្រុង
- លេខអត្តសញ្ញាណកម្មពន្ធបុគ្គល (ITIN) លិខិតពីសេវាករច្រកចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS)
- ម្ចាស់ផ្ទះ ឬគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជួល
- គោលនយោបាយ ឬវិក្កយបត្រធានារ៉ាប់រងដោយស្វ័យប្រវត្តិ
- មូលប្បទានប័ត្រ ឬខ្លឹមសារដែលមានឈ្មោះនិយោជក និងលេខទូរស័ព្ទ ឬអាសយដ្ឋាន
- ទម្រង់ W-2 ពីនិយោជក ឬទម្រង់ 1099
- ឯកសារយុថការ(វិក្កយបត្រ កិច្ចសន្យា។ ល។)

ពាក្យសុំសម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់

មុនពេលអ្នកចាប់ផ្តើម

នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍តាមអ៊ិនធឺណេត អ្នកអាចជ្រើសរើសវិធីដាក់បណ្តឹងទាមទារសំណងអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នក (តាមអ៊ិនធឺណេត ឬតាមទូរស័ព្ទ) និងរបៀបទទួលបានការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក (ដាក់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬនៅលើប័ណ្ណឥណទានបង់ប្រាក់ជាមុន) ។ នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ជាមួយពាក្យសុំគ្រួសារ អ្នកត្រូវបានកំណត់ចំពោះ៖

1. ផ្ញើពាក្យបណ្តឹងអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំសប្តាហ៍តាមទូរស័ព្ទដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ 833-717-2273 ។
2. ទទួលបានការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនៅលើកាតឥណទានបង់ប្រាក់ជាមុន។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នកតាមអ៊ិនធឺណេត ឬទទួលបានការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកតាមរយៈការដាក់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ិនធឺណេត។ ចូលទៅ www.paidleave.wa.gov សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ការណែនាំអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងប្រចាំសប្តាហ៍។ វាក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកស្របទៅតាមច្បាប់ផ្ទៃក្នុង។ ទាញយកការណែនាំនៅគេហទំព័រ payleave.wa.gov/benefit-guide ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ 833-717-2273 ។

ការណែនាំអំពីការដាក់ពាក្យសុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍

ផ្នែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងទំនាក់ទំនង

ផ្តល់ឈ្មោះរបស់អ្នក លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។ អាសយដ្ឋានដែលអ្នកផ្តល់ជូនគឺជាកន្លែងដែលយើងនឹងផ្ញើកាតឥណទានបង់ប្រាក់ជាមុន និងការឆ្លើយតបផ្សេងទៀត។

ផ្នែកព័ត៌មានការងារ

យើងនឹងប្រើព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកបានធ្វើការគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីមានសិទ្ធិឈប់សម្រាក។

- ឈ្មោះនិយោជក។ ឈ្មោះអាជីវកម្ម ឬអង្គការដែលអ្នកបានធ្វើការ។
- អ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណអាជីវកម្មរួម (UBI) ឬលេខអត្តសញ្ញាណនិយោជិកសហព័ន្ធ (FEIN) ។ ស្វែងរក UBI របស់និយោជករបស់អ្នកដោយសាកសួរពួកគេ ឬដោយប្រើឧបករណ៍រកមើល UBI នៅលើគេហទំព័ររបស់នាយកដ្ឋានប្រាក់ចំណូល (www.DOR.wa.gov) ។
- កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ និងកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ។ ប្រសិនបើពួកគេជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក សូមទុកកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ទេ ហើយគូសជីកប្រអប់ដើម្បីបង្ហាញថាពួកគេជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

ផ្នែកព័ត៌មានឈប់សម្រាក

យើងនឹងស្នើសុំព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំឈប់សម្រាករបស់អ្នករួមទាំងប្រភេទនៃការឈប់សម្រាកដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ (ការព្យាបាលជម្ងឺ គ្រួសារ ភាពជិតស្និទ្ធរវាងឪពុកម្តាយនិងកូនបន្ទាប់ពីកំណើត ឬការដាក់កូន ឬកាតព្វកិច្ចយោធា) និងកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម និងបញ្ចប់ដែលអ្នករំពឹងទុក។

តើមាននរណាម្នាក់អាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់ខ្ញុំបានទេ?

អ្នកអាចផ្តល់សិទ្ធិឱ្យបុគ្គលផ្សេងទៀតធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកក្នុងករណីឯងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រាក់ខែគ្រួសារ និងការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ។ ដើម្បីធ្វើដូច្នោះ សូមបំពេញសំណុំបែបបទគំណងដោយមានការអនុញ្ញាតដែលបានកំណត់។ ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 833-717-2273 ដើម្បីទទួលបានឯកសារច្បាប់ចម្លង។

ការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក

ផ្ញើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច ច្បាប់ចម្លងឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និងឯកសារកាត់ទ្រផ្សេងៗទៀត (វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ពីស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ សំណុំបែបបទគំណងដែលបានអនុញ្ញាត។ ល។) ទៅ៖

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

តើមានសំណួរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទាក់ទងមកយើងផ្ទុំតាមលេខ 833-717-2273 ឬ paidleave@esd.wa.gov។

ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន	
ឈ្មោះ: (ឈ្មោះផ្ទាល់ខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល ឈ្មោះកំណើត ឈ្មោះត្រកូល) *:	
SSN*:	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត*:	
លេខទូរស័ព្ទ*:	
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល:	
វិធីទំនាក់ទំនងដែលពេញចិត្ត*:	
<input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> អ៊ីមែល <input type="checkbox"/> សំបុត្រ	
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍*:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
ភេទ*:	
<input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> មិនស្រីឬមិនប្រុស <input type="checkbox"/> មិននិយាយល្អជាង	
តើមួយណាក្នុងចំណោមខាងក្រោមដែលពិពណ៌នាល្អបំផុត អំពីពូជពង្សជនជាតិរបស់អ្នក? ចូរជ្រើសយករាល់ចម្លើយដែលមាន។	
<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌា ឬដើមកំណើតអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកអាស៊ីខាងត្បូង ឬអាមេរិកខាងត្បូងអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកអាស៊ីបូហ្វី ឬអាស៊ីបូហ្វី <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកអាស៊ីក្នុង ឬអាស៊ីក្នុង <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកមជ្ឈិមបូហ្វី ឬអាហ្វាប៊ី <input type="checkbox"/> មិននិយាយល្អជាង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	

* ចង្អុលបង្ហាញជាប្រអប់ដែលត្រូវបំពេញ

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានការងារ

យើងត្រូវការប្រតិភូការងាររបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ថា តើអ្នកបានធ្វើការគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានការឈប់សម្រាក។ សូមរៀបរាប់និយោជកនីមួយៗដែលអ្នកបានធ្វើការតាំងពីថ្ងៃទី 1 ខែមករាឆ្នាំ 2019 ។

តើស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកមានលក្ខណៈដូចម្តេចដែរ?*

- និយោជកប្រាក់ខែពេញម៉ោង
- និយោជកក្រៅម៉ោង ឬនិយោជកធ្វើការតាមម៉ោង
- គ្មានការងារធ្វើ

ឈ្មោះនិយោជក*:

UBI ឬ FEIN:

តើនេះជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែរឬទេ?*

- បាទ/ចាស
- ទេ

តើអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកពីនិយោជកនេះដែរឬទេ?*

- បាទ/ចាស
- ទេ

តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់និយោជកនេះថាអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកដែរឬទេ?*

- បាទ/ចាស
- ទេ
- កម្រូវការបានលះបង់

បើមែន តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់ពួកគេនៅថ្ងៃណា? _____

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ*:

កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ*:

លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក*:

អាស័យដ្ឋាននិយោជក*:

ឈ្មោះនិយោជក:

UBI ឬ FEIN:

តើនេះជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស
- ទេ

តើអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកពីនិយោជកនេះដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស
- ទេ

តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់និយោជកនេះថាអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស

<input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> កម្រៃការបានលះបង់ បើមែន តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់ពួកគេនៅថ្ងៃណា? _____	
កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ:	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ:
លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក:	
អាស័យដ្ឋាននិយោជក: _____ _____ _____ _____	
ឈ្មោះនិយោជក:	
UBI ឬ FEIN:	
តើនេះជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19	
តើអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកពីនិយោជកនេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19	
តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់និយោជកនេះថាអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> កម្រៃការបានលះបង់	
បើមែន តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់ពួកគេនៅថ្ងៃណា? _____	
កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ:	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ:
លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក:	
អាស័យដ្ឋាននិយោជក: _____ _____ _____ _____	

* ចង្អុលបង្ហាញជាប្រអប់ដែលត្រូវបំពេញ

ផ្នែកទី 3: ព័ត៌មានឈប់សម្រាក

ជ្រើសរើសប្រភេទនៃការឈប់សម្រាកដែលបានស្នើសុំ*៖

- ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺសម្រាប់ខ្លួនអ្នក**
 ប្រសិនបើមែន តើអ្នកមិនអាចធ្វើការបានទេដោយសារស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះឬទេ?
 បាទ/ចាស
 ទេ

- ឈប់សម្រាកថែទាំសមាជិកគ្រួសារ**
 បើមាន តើសមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលអ្នកនឹងឈប់សម្រាក?
 ឪពុកម្តាយ (ឬឪពុកម្តាយរបស់ប្តីឬប្រពន្ធ)
 ប្តីឬប្រពន្ធ
 កូន កូនប្រុស/ប្រុស កូនប្រុស/ស្រី
 បងប្អូន
 ចៅ
 ជីដូនជីតា (ឬជីដូនជីតារបស់ប្តីឬប្រពន្ធ)
 ផ្សេងៗ៖ _____

- ការភ្ជាប់បន្ទាប់ពីកំណើត ឬការដាក់កូន**
 បើមាន ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬកន្លែងដាក់៖ _____

- កាតព្វកិច្ចយោធា**

តើអ្នករំពឹងថានឹងឈប់សម្រាករយៈពេលប៉ុន្មាន?*

ថ្ងៃចាប់ផ្តើម៖ _____ ថ្ងៃបញ្ចប់៖ _____

តើអ្នកបាន ឬអ្នកនឹងទទួលបានសំណងនិយោជិត ឬអត្ថប្រយោជន៍អត់ការងារសម្រាប់រយៈពេលដែលអ្នកស្នើសុំឈប់សម្រាកឬទេ?*

- បាទ/ចាស
- ទេ

តើអ្នកនឹងទេទៅអ្នកគ្រូការឈប់សម្រាកជាមុន?*

- បាទ/ចាស
- ទេ

* ចង្អុលបង្ហាញជាប្រអប់ដែលត្រូវបំពេញ

ផ្នែកទី 4: ការយល់ព្រម និងការចុះហត្ថលេខា

ការយល់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់អាចចែករំលែក និងទទួលបានពីអ្នក(ឬបណ្តឹងទាមទាររបស់អ្នក)ជាមួយទីភ្នាក់ងារមន្ទីរ ឬនិយោជកផ្សេងទៀត។ យើងប្រហែលជាត្រូវផ្ទៀងផ្ទាត់ពីអ្នកដែលអ្នកផ្តល់ ហើយអាចស្នើសុំពីអ្នកបន្ថែមតាមកម្រៃការ។

ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញខ្លួនអ្នកខុស ឬដឹងពីព័ត៌មានលាក់លៀមពីយើងនោះ វានឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការក្លែងបន្លំ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ យើងអាចបដិសេធពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬកម្រៃឱ្យអ្នកសងអត្ថប្រយោជន៍ដែលគេ បានផ្តល់ឱ្យអ្នក។ អ្នកអាចប្រឈមនឹងការផាកពិន័យ ឬការកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ។

- ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការបង្ហាញពីអ្នកបន្ថែម ហើយខ្ញុំបានឆ្លើយសំណួរពាក្យសុំដោយស្មោះត្រង់។*

ហត្ថលេខា*:	កាលបរិច្ឆេទ*:
-------------------	----------------------

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព *:

ប្រសិនបើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មិនអាចចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះបានទេដោយសារស្ថានភាពសុខភាព ឬប្រសព្វផ្លូវ អ្នកកំណត់ដែលមានការអនុញ្ញាតអាចចុះហត្ថលេខាជំនួសពួកគេបានប្រសិនបើពួកគេដាក់ទម្រង់បែបបទកំណត់ដែលមានការអនុញ្ញាត។

ឈ្មោះអ្នកកំណត់ដែលមានសិទ្ធិអំណាច:

ហត្ថលេខារបស់អ្នកកំណត់ដែលមានសិទ្ធិអំណាច :	កាលបរិច្ឆេទ:
---	---------------------

លេខទូរស័ព្ទ:

អ៊ីមែល:

* ចង្អុលបង្ហាញជាប្រអប់ដែលត្រូវបំពេញ

Forms for Applying for **Paid Family & Medical Leave**

STEP 1:

Select the right form

Use the Certification of Serious Health Condition form to apply for:

- Medical leave due to your own serious health condition, including medical leave for complications during pregnancy or to recover from giving birth
- Family leave to take care of a family member with a serious health condition

Use the Certification of Birth form when applying for:

- Family leave to bond with a new child (birth, adoption or foster placement)
-

STEP 2:

Fill out the form

The person applying for leave completes section one, and their healthcare provider (or their family member's healthcare provider) completes section two. Healthcare provider instructions are included in this packet.

Can someone else complete this form for me?

- You may authorize another individual to act on your behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits by having them complete a Designated Authorized Representative form. Your authorized representative cannot substitute for a healthcare provider in completing section two.
 - Contact us at 833- 717-2273 to request a copy of the Designated Authorized Representative form.
-

STEP 3:

Upload your completed form

Submit your form through your Paid Leave account or include it with your application. You do not need to set up your Paid Leave account before your healthcare provider completes this form.

Questions?

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

Instructions for Healthcare Providers

The Certification of Serious Health Condition form is 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 or to care for a family member with a serious health condition.

Healthcare Providers 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:
 - » Continues over an extended period of time, including recurring episodes of a single underlying condition;
 - » Requires periodic visits to a health care provider; 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.

Questions?

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

Certification of Serious Health Condition Form

Certification of Serious Health Condition

Instructions: Complete section one of this form, then have your or your family member's healthcare provider complete section two. Please include your name on each page. **Upload both pages to your Paid Leave account, include them with your application, or fax to 833-535-2273.**

<h3>Section one: Your information</h3> <p><i>To be completed by the person applying for leave before having the healthcare provider complete section two</i></p>							
Paid Leave Customer ID number (if known):							
Name:							
Date of birth: ____ / ____ / ____							
<h3>REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE</h3>							
<input type="checkbox"/> For my own serious health condition <p>Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient.</p>							
<input type="checkbox"/> For medical reasons related to my own pregnancy <p>Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient. If applying for family (bonding) leave following the birth of a child, you and your healthcare provider should also fill out the Certification of Birth form.</p>							
<input type="checkbox"/> To care for a family member during their serious health condition <p>The family member needing care is my:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law</td> <td><input type="checkbox"/> Sibling</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner</td> <td><input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent</td> <td><input type="checkbox"/> Grandchild</td> </tr> </table> <p>Instructions: Have your family member's healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing your family member as the patient.</p>		<input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law	<input type="checkbox"/> Sibling	<input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner	<input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent	<input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent	<input type="checkbox"/> Grandchild
<input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law	<input type="checkbox"/> Sibling						
<input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner	<input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent						
<input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent	<input type="checkbox"/> Grandchild						
<h3>AUTHORIZATION AND SIGNATURES</h3>							
<p><i>I authorize Paid Family and Medical Leave to use the information on this form to determine my eligibility for paid family or medical leave benefits and I attest that I am applying for Paid Leave due to my own serious health condition or to take care of a family member with a serious health condition.</i></p>							
Signature (required):	Date:						
<p><i>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.</i></p>							
Authorized representative name:							
Signature:	Date:						

Certification of Serious Health Condition Form

Name of person applying for leave: _____

Instructions: Answer all questions fully and completely. Limit your responses to the condition for which the person applying for Paid Leave is seeking leave. Please be sure to sign the form. **Return to patient or fax to 833-535-2273.**

Section two: Description of the serious health condition

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010

Patient's name: _____ Date of birth: ____ / ____ / ____

Does the patient have a serious health condition? (as defined in RCW 50A.05.010)

No Yes. If yes, provide a brief description of the diagnosis: _____

Is the patient pregnant or recovering from giving birth?

No Yes. Expected due date: ____ / ____ / ____ or Child's date of birth: ____ / ____ / ____

If yes, is the patient experiencing a pregnancy-related serious health condition?

This can include but is not limited to severe morning sickness, prenatal complications resulting in bedrest, preeclampsia, infections or recovery after a cesarean delivery or other postnatal complications.

Yes No

What is the expected duration of the serious health condition?

Your answer should be your best estimate based upon your medical knowledge, experience and examination of the patient. Be as specific as you can; terms such as "unknown," or "indeterminate" may not be sufficient to determine Paid Leave eligibility.

Start date: ____ / ____ / ____

End date: ____ / ____ / ____ or **Condition is chronic or permanent**

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

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" [RCW 50A.05.010], and that I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].

Signature (required): _____ **Date (required):** ____ / ____ / ____

Name and title (required): _____

Certificate license number and state: (required): _____

License area/area of practice (required): _____

Business name (required): _____

Address: (required): _____

Phone number (required): _____

Email address: _____

Certification of Birth Form

Who should use this form?

Parents applying for bonding leave following the birth of a child. If you are applying for family leave to bond with your child, you must provide documentation showing your child's date of birth. Documentation can include any one of the following documents:

- A copy of your child's birth certificate,
- A copy of documentation from the hospital showing your child's date of birth, or
- This form completed and signed by a healthcare provider.

Do not use this form for family leave for adoption, foster care, or other approved placement types. Visit PaidLeave.wa.gov for information about required documentation for family leave for placement.

Instructions: Provide the name and date of birth of the parent that gave birth; include their Paid Leave Customer ID number (if known). Provide the other parent's information if they are applying for leave. Have a healthcare provider complete and sign the certification of birth section. Documentation is required for each family leave application.

Parent's information

To be completed by the parent(s) applying for leave

Information about parent that gave birth (required):

Name: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____ **Paid Leave Customer ID number (if known):** _____

Information about the other parent (optional):

Name: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____ **Paid Leave Customer ID number (if known):** _____

Certification of birth

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010 to certify the date of birth in order for the applicant to qualify for family leave under Paid Family and Medical Leave. Please be sure to sign the form.

Child's date of birth: ____ / ____ / ____ **Place of birth (city, state):** _____

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, and that I am a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010.

Signature (required): _____ **Date (required):** ____ / ____ / ____

Name and title (required): _____

Certificate license number and state: _____

License area/area of practice (required): _____

Business name (required): _____

Address: _____

Phone number: _____

Email address: _____

Upload this form to your Paid Leave account, include it with your application, or fax it to 833-535-2273.

ការបង្ហាញមុនការទទួលបានកាត U.S. Bank ReliaCard®
 ឈ្មោះកម្មវិធី៖ Washington Paid Family & Medical Leave

អ្នកមានជម្រើសដូចទៅនឹងរបៀបដែលអ្នកទទួលបានការទូទាត់របស់អ្នក រួមទាំងការដាក់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬកាតបង់ប្រាក់ជាមុននេះ។ សូមសាកសួរទីភ្នាក់ងាររបស់អ្នកសម្រាប់ជម្រើសដែលមាន ហើយជ្រើសរើសជម្រើសរបស់អ្នក។			
ថ្លៃសេវាប្រចាំខែ	ក្នុងការទិញម្តង	ការដកប្រាក់តាមម៉ាស៊ីន អេធីអឹម \$0 ក្នុងបណ្តាញ \$2.50 ក្រៅបណ្តាញ	បញ្ចូលសាច់ប្រាក់ កំឡើងវិញ N/A
ការពិនិត្យមើលសមតុល្យតាមម៉ាស៊ីនអេធីអឹម (ក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ)		\$0	
សេវាកម្មអតិថិជន (ភ្នាក់ងារស្វ័យប្រវត្តិ ឬភ្នាក់ងារជាមនុស្ស)		\$0 ក្នុងការហៅទូរសព្ទម្តង	
ភាពអសកម្ម		\$0	
យើងគិតថ្លៃសេវា 3 ប្រភេទផ្សេងទៀត។ មួយក្នុងចំណោមនោះគឺ៖			
ការប្តូរកាតិ (ការដឹកជញ្ជូនធម្មតា ឬរហ័ស)		\$0 ឬ \$15.00	
សូមមើលតារាងតម្លៃដែលភ្ជាប់មកជាមួយសម្រាប់វិធីគិតថ្លៃដើម្បីទទួលបានប្រាក់ និងព័ត៌មានអំពីសមតុល្យ។			
មិនមានឥណទានលើសមតុល្យ/លក្ខណៈពិសេសនៃឥណទានឡើយ។ ប្រាក់របស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រង FDIC ។			
សម្រាប់ព័ត៌មានទូទៅអំពីគណនីបង់ប្រាក់ជាមុន សូមចូលមើល cfpb.gov/prepaid (ជាភាសាអង់គ្លេស)។ ស្វែងរកព័ត៌មានលម្អិត និងលក្ខខណ្ឌសម្រាប់ថ្លៃសេវា និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅក្នុងកញ្ចប់កាត ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-964-0359 ឬចូលមើល usbankreliacard.com (ជាភាសាអង់គ្លេស)។			

តារាងតម្លៃ U.S. Bank ReliaCard®
ឈ្មោះកម្មវិធី: Washington Paid Family & Medical Leave

ថ្លៃសេវាទាំងអស់	ចំនួនទឹកប្រាក់	ព័ត៌មានលម្អិត
ទទួលសាច់ប្រាក់		
ការដកប្រាក់តាមម៉ាស៊ីនអេធីអិម (ក្នុងបណ្តាញ)	\$0	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងក្នុងការដកប្រាក់ម្តង។ «ក្នុងបណ្តាញ» សំដៅលើ U.S. Bank ឬបណ្តាញអេធីអិម MoneyPass® ។ ទីតាំងអាចរកបានតាម usbank.com/locations (ជាភាសាអង់គ្លេស) ឬ moneypass.com/atm-locator.html (ជាភាសាអង់គ្លេស)។
ការដកប្រាក់តាមម៉ាស៊ីនអេធីអិម (ក្រៅបណ្តាញ)	\$2.50	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងក្នុងការដកប្រាក់ម្តង។ «ក្រៅបណ្តាញ» សំដៅទៅលើម៉ាស៊ីនអេធីអិមទាំងអស់ដែលនៅក្រៅធនាគារ U.S. Bank ឬបណ្តាញអេធីអិម MoneyPass® ។ អ្នកក៏អាចត្រូវបានគិតថ្លៃសេវាដោយប្រតិបត្តិការអេធីអិមផងដែរ។
ការដកសាច់ប្រាក់ជាមួយបុគ្គលិកធនាគារ	\$0	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងនៅពេលដែលអ្នកដកសាច់ប្រាក់ចេញពីកាតរបស់អ្នកពីបុគ្គលិកធនាគារ ឬសហគ្រាសធនាគារដែលទទួលយក Visa® ។
ព័ត៌មាន		
ការពិនិត្យមើលសមតុល្យតាមម៉ាស៊ីនអេធីអិម (ក្នុងបណ្តាញ)	\$0	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងក្នុងការពិនិត្យមើលម្តង។ «ក្នុងបណ្តាញ» សំដៅទៅលើធនាគារ U.S. Bank ឬបណ្តាញអេធីអិម MoneyPass® ។ ទីតាំងអាចរកបានតាម usbank.com/locations (ជាភាសាអង់គ្លេស) ឬ moneypass.com/atm-locator.html (ជាភាសាអង់គ្លេស)។
ការពិនិត្យមើលសមតុល្យតាមម៉ាស៊ីនអេធីអិម (ក្រៅបណ្តាញ)	\$0	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងក្នុងការពិនិត្យមើលម្តង។ «ក្រៅបណ្តាញ» សំដៅទៅលើម៉ាស៊ីនអេធីអិមទាំងអស់ដែលនៅក្រៅធនាគារ U.S. Bank ឬបណ្តាញអេធីអិម MoneyPass® ។ អ្នកក៏អាចត្រូវបានគិតថ្លៃសេវាដោយប្រតិបត្តិការអេធីអិមផងដែរ។
ការប្រើកាតរបស់អ្នកនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក		
ប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ	3%	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងដែលអនុវត្តនៅពេលដែលអ្នកប្រើកាតរបស់អ្នកសម្រាប់ការទិញនៅទីតាំងពាណិជ្ជកម្មបរទេស និងសម្រាប់ការដកសាច់ប្រាក់ពីម៉ាស៊ីនអេធីអិមបរទេស និងជាភាគរយនៃចំនួនប្រាក់ដុល្លារក្នុងប្រតិបត្តិការ បន្ទាប់ពីការប្តូររូបិយប័ណ្ណណាមួយ។ ប្រតិបត្តិការមួយចំនួន ទោះបីជាអ្នក និង/ឬ ពាណិជ្ជករ ឬអេធីអិមដែលមានទីតាំងនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាប្រតិបត្តិការបរទេសនៅក្រោមវិធានបណ្តាញដែលត្រូវអនុវត្ត ហើយយើងមិនត្រូវពិនិត្យរបៀបដែលពាណិជ្ជករ ម៉ាស៊ីនអេធីអិម និងប្រតិបត្តិការទាំងនេះត្រូវបានចាត់ទុកសម្រាប់គោលបំណងនេះទេ។
ការដកប្រាក់តាមម៉ាស៊ីនអេធីអិមអន្តរជាតិ	\$3.00	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងក្នុងការដកប្រាក់ម្តង។ អ្នកក៏អាចត្រូវបានគិតថ្លៃសេវាដោយប្រតិបត្តិការអេធីអិមផងដែរ ទោះបីជាអ្នកមិនបានបញ្ចប់ប្រតិបត្តិការក៏ដោយ។
ផ្សេងៗ		
ការផ្លាស់ប្តូរកាតថ្មី	\$0	នេះគឺជាថ្លៃឈ្នួលរបស់យើងក្នុងការផ្លាស់ប្តូរកាតម្តង ដែលបានផ្ញើទៅអ្នកជាមួយការដឹកជញ្ជូនស្តង់ដារ (រហូតដល់ 10 ថ្ងៃធ្វើការ)។
ការដឹកជញ្ជូនឆាប់រហ័សសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរកាតថ្មី	\$15.00	នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់យើងសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនឆាប់រហ័ស (រហូតដល់ 3 ថ្ងៃធ្វើការ) ដែលត្រូវបានគិតប្រាក់បន្ថែមលើថ្លៃសេវាផ្លាស់ប្តូរកាតថ្មីណាមួយ។
ភាពអសកម្ម	\$0	នេះជាថ្លៃសេវារបស់យើងរាល់ខែបន្ទាប់ពីអ្នកមិនបានបញ្ចប់ប្រតិបត្តិការដោយប្រើកាតរបស់អ្នក។

ទោះបីជាការប្រើប្រាស់ទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាខ្មែរក៏ដោយ ក៏ការប្រើប្រាស់ទាំងនេះរបស់ធនាគារ U.S. Bank និងឯកសារពាក់ព័ន្ធចំពោះកិច្ចព្រមព្រៀង ការបើកបង្ហាញ សេចក្តីជូនដំណឹង និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ សេវាធនាគារតាមអ៊ីនធឺណិត ព្រមទាំងសេវាធនាគារចល័តអាចមានតែជាភាសាអង់គ្លេសប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកត្រូវតែអាចអាន និងយល់ពីឯកសារទាំងនេះ ឬមានជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារទាំងនេះ ដើម្បីយល់ និងប្រើប្រាស់បាន ឬសេវាកម្មនេះ។ ឯកសារភាសាអង់គ្លេសមានតាមការស្នើសុំ។

ប្រាក់របស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រង FDIC ។ ប្រាក់របស់អ្នកនឹងត្រូវបានគម្កល់នៅ U.S. Bank National Association ដែលជាគ្រឹះស្ថានដែលធានារ៉ាប់រងដោយ FDIC ហើយត្រូវបានធានារហូតដល់ \$250,000 ដោយ FDIC នៅក្នុងករណីដែលធនាគារអាមេរិកមិនផ្តល់ការធានា។ សូមមើល fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (ជាភាសាអង់គ្លេស) សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

មិនមានឥណទានលើសសមតុល្យ/លក្ខណៈពិសេសនៃឥណទានឡើយ។ ទាក់ទងមកសេវាម្ចាស់កាតដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-964-0359** តាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 ឬចូលមើល usbankreliacard.com (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

សម្រាប់ព័ត៌មានទូទៅអំពីគណនីបង់ប្រាក់ជាមុន សូមចូលមើល cfpb.gov/prepaid (ជាភាសាអង់គ្លេស)។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាអំពីគណនីបង់ប្រាក់ជាមុន សូមហៅទូរសព្ទទៅការិយាល័យការពារហិរញ្ញវត្ថុអភិវឌ្ឍន៍សាមលេខ 1-855-411-2372 ឬចូលមើល cfpb.gov/complaint (ជាភាសាអង់គ្លេស)។