

## 휴가 신청 시 확인 목록

머리글: 유급 가족 휴가 및 병가 요청 시 확인 목록

사본: 가장 필요한 순간에 유급 가족 휴가 및 병가를 이용하실 수 있습니다. 본 확인 목록을 사용하여 정보를 수집하고, 유급 휴가를 신청하는 데 필요한 단계를 진행하세요.

### 유급 가족 휴가 및 병가 수당 안내서

유급 가족 휴가 및 병가 수당 안내서는 수당을 신청 및 주간 청구하는 방법에 대한 정보가 수록되어 있습니다. 또한 안내서는 법률에 따른 귀하의 권리와 책임을 설명합니다. 신청자들은 본 안내서의 정보를 알 책임이 있습니다. [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide)에서 안내서를 다운로드 받으세요.

### 모든 휴가의 경우:

#### 고용주에게 서면으로 통지하고 사본을 보관하세요.

- 휴가 계획에 대해 미리 아는 경우 적어도 휴가가 시작되기 30일 전에 고용주에게 서면으로 통지해 주세요.
- 예기치 못하게 유급 휴가를 가야 하는 경우 휴가가 필요하다는 것을 알게 된 즉시 고용주에게 서면으로 통지해 주세요.
- 통지는 이메일, 서신 혹은 문자로 할 수 있습니다. 사본을 확실히 보관하세요.

#### 신청 시 필요한 다음 정보를 수집하세요.

- 사회 보장 번호.
- 신원 확인 문서(허용 가능한 문서 목록 참조)
- 지난 12개월 동안 근무한 모든 고용주의 목록.

### 기타 휴가 서류:

또한 유급 휴가를 받는 이유에 따라 신청 시 다음과 같은 특정 서류를 제출해야 합니다.

#### □ 병가:

##### - 본인을 위해 휴가를 내는 경우 다음이 필요합니다:

- 의료진이 작성한 심각한 건강 상태에 관한 증명서 또는
- 심각한 건강 상태를 입증할 수 있는 의료진이 제공한 가족 의료 휴가법 서류 또는 기타 문서.

#### □ 가족 휴가:

##### - 가족을 위해 휴가를 내는 경우 다음이 필요합니다:

- 의료진이 작성한 심각한 건강 상태에 관한 증명서 또는

- 심각한 건강 상태를 입증할 수 있는 의료진이 제공한 가족 의료 휴가법 서류 또는 기타 문서.
  - 귀하의 신청서에 대해 질문이 있는 경우 가족 관계 증명 서류를 요청할 수 있습니다.
- **아이 출생, 입양, 또는 위탁 부모가 되기 위해 휴가를 내는 경우:**
- 유대감 형성을 위한 휴가를 신청하면서 출생, 입양 또는 위탁 배정을 증명하기 위한 문서를 제공할 필요가 없습니다. 귀하의 신청서에 대해 질문이 있는 경우 증명서를 요청할 수도 있습니다.
- **군사 배치나 행사 때문에 가족과 시간을 보내기 위해 휴가를 내는 경우, 다음이 필요합니다:**
- 현역 명령 또는 기타 공식 군사 문서
  - 가족 관계 증명 서류가 필요할 수 있습니다

# 신원 확인 문서

## 유급 가족 휴가 및 병가 요청 시 허용 가능한 신원 확인 문서

유급 가족 휴가 및 병가 신청서와 함께 반드시 신원 확인 문서를 제출해야 합니다. 신원 확인 문서는 지정된 공인 대리인도 반드시 제출해야 합니다. **다음 목록 중 단독 문서 한 가지 또는 대체 문서 두 가지를 제출하세요.** 원본은 보내지 마세요.

## 단독 문서(이 중 한 가지)

- **유효한** 미국 정부(연방 또는 주)가 발행한 신분증(즉, 여권, 여권 카드, ID 카드, 강화 또는 일반 운전면허증, B1/B2 비자 국경 통과 카드 등)
- **유효한** 미국 시민권 및 이민국 ID. 허용 가능한 형식:
  - I-327 미국 재입국 여행 허가서
  - I-571 미국 난민 여행 허가서
  - I-551 영주권
  - I-766 취업 승인서
- **유효한** 외국 정부에서 발행한 신분증(즉, 여권, 영사 ID 카드, 서명과 사진이 있는 국제 신분 카드 또는 "신분증(cedula)" 등)
- **유효한** 연방에서 인정한 인디언 부족의 등록 ID 카드(서명 및 사진이 반드시 있어야 함)
- **유효한** 미국 인디언 사무국이 발행한 ID 카드(서명 및 사진이 반드시 있어야 함)

## 대체 문서(이 중 두 가지)

- **만료된** 미국 정부(연방 또는 주)가 발행한 신분증(즉, 여권, 여권 카드, ID 카드, 강화 또는 일반 운전면허증, B1/B2 비자 국경 통과 카드 등)
- **만료된** 미국 시민권 및 이민국 ID. 허용 가능한 형식:
  - I-327 미국 재입국 여행 허가서
  - I-571 미국 난민 여행 허가서
  - I-551 영주권
  - I-766 취업 승인서
- **만료된** 외국 정부에서 발행한 신분증(즉, 여권, 영사 ID 카드, 서명과 사진이 있는 국제 신분 카드 또는 "신분증(cedula)" 등)
- 입양 서류
- 미국 또는 외국 출생 증명서
- 출생 신고 증명서(이름, 생년월일, 출생지, 출생 신고일, 발급일 등이 반드시 있어야 함)
- 주 또는 카운티 기관에서 발행한 유효한 은닉 무기 허가증
- 해외 출생 증명서
- 법원 피보호자 판결문/피부양자 명령장
- 주 DMV 의 전과기록 확인서 또는 운전 기록
- 이혼 증명서
- 혼인 허가증/증명서
- 전문 자격증(간호사, 의사, 엔지니어 등)
- 성적 증명서 또는 성적표
- 국가에서 인증한 대학교에서 발행한 유효한 학생증
- 운송업자 신원 자격증명서(Transportation Worker Identification Credential, TWIC)
- 차량 등록 또는 소유권(숙성 소유권은 허용되지 않음)
- 가정 공과금 청구서(가스, 전기, 수도, 쓰레기, 하수처리, 유선전화, TV, 인터넷, ISTA)
- DSHS 수당 서신(의료 수당, 식품 수당 등)
- 주택소유증명서(담보 대출 문서, 재산세 서류, 증서, 소유권 등)
- 주, 연방, 부족, 카운티 또는 시 정부 기관에서 받은 업무용 우편물
- 국세청(Internal Revenue Service, IRS)에서 받은 개인 납세자 식별번호(ITIN)
- 주택소유자 또는 세입자 보험증서
- 자동차 보험증서 또는 고지서
- 고용주의 이름, 전화번호 또는 주소가 적힌 급여 수표 또는 급여 명세서
- 고용주가 제공한 W-2 양식 또는 1099 양식
- 배/비행기 보관 관련 문서(고지서, 계약서 등)

# 유급 가족 휴가 및 병가 신청서

## 시작하기 전에

온라인으로 수당 신청 시, 주간 수당을 청구하는 방법(온라인 또는 전화) 및 수당 지급을 수령하는 방법(은행 계좌로 계좌 입금 또는 선불 직불카드)을 선택할 수 있습니다. 서면으로 수당을 신청할 경우, 다음의 제한이 있습니다.

1. 833-717-2273 번으로 전화하여 주간 수당을 신청해 주세요.
2. 수당 지급은 선불 직불카드로 받습니다.

주간 청구를 온라인으로 신청하거나 수당 지급을 계좌 입금으로 받고 싶다면, 온라인으로 신청서를 제출해야 합니다. 자세한 내용은 [www.paidleave.wa.gov](http://www.paidleave.wa.gov) 에서 확인하세요.

유급 가족 휴가 및 병가 수당 안내서는 수당을 신청 및 주간 청구하는 방법에 대한 정보가 수록되어 있습니다. 또한 안내서는 법률에 따른 귀하의 권리와 책임을 설명합니다. [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide) 에서 안내서를 다운로드하거나 833-717-2273 번으로 전화하여 사본을 요청하세요.

## 수당 신청 지침

### 개인 및 연락처 정보 섹션

귀하의 이름, 사회 보장 번호(SSN), 생일, 연락처 정보를 제공합니다. 귀하가 제공한 주소로 선불 직불카드와 기타 서신을 발송할 것입니다.

### 고용 정보 섹션

귀하가 제공한 정보를 이용하여 휴가 이용 자격에 해당하는 시간만큼 근무했는지 확인할 것입니다.

- 고용주 이름. 귀하가 근무한 사업체 또는 조직의 이름.
- 통합 사업체 식별자(Unified Business Identifier, UBI) 또는 연방정부 고용자 고유번호(Federal Employer Identification Number, FEIN). 고용주의 UBI 를 요청하거나, 세무청 웹사이트([www.DOR.wa.gov](http://www.DOR.wa.gov))에 있는 UBI 조회 도구를 사용하여 찾아보세요.
- 고용 시작일 및 종료일. 해당 고용주가 현재 고용주라인 경우 종료일을 공란으로 비워 두고 고용주가 귀하의 현재 고용주임을 나타내는 확인란에 표시하세요.

### 휴가 정보 섹션

휴가 요청에 관하여, 요청하는 휴가의 유형(병가, 가족, 아이 출생 또는 위탁 배정 후 유대감 형성, 군사적 위급 상황) 및 예상 시작일과 종료일을 포함한 자세한 정보를 물어볼 것입니다.

### 다른 사람이 대신 양식을 작성할 수 있습니까?

유급 가족 휴가 및 병가 수당과 관련하여 다른 사람이 귀하를 대신해서 행동하도록 승인할 수 있습니다. 그러려면 지정된 공인 대리인 양식을 작성하세요. 양식을 받으려면 833-717-2273 번으로 문의하세요.

## 신청서 제출

작성한 신청서, 신원 확인서 사본, 기타 증빙 문서(심각한 건강 상태 증명서, 지정된 공인 대리인 양식 등)를 다음으로 발송해 주세요.

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

## 질문이 있습니까?

궁금한 사항이 있으면 833-717-2273 번 또는 [paidleave@esd.wa.gov](mailto:paidleave@esd.wa.gov) 으로 문의하세요.

## 수당 신청

섹션 1: 개인 정보
성명(이름, 중간 이름 이니셜, 성)*:
SSN*:
생년월일*:
전화번호*:
이메일 주소:
선호 연락 방법*: <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 우편
우편 주소*: _____ _____ _____ _____

\* 필수 항목

**성별\*:**

- 여성
- 남성
- 논바이너리
- 밝히고 싶지 않음

**다음 중 귀하의 민족성을 가장 잘 설명한 것은 무엇입니까? 해당 사항 모두 확인.**

- 백인
- 흑인
- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
- 남아시아인 또는 남아시아계 미국인
- 동아시아인 또는 동아시아계 미국인
- 동남아시아인 또는 동남아시아계 미국인
- 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
- 히스패닉 또는 라틴계
- 중동인 또는 아랍계 미국인
- 밝히고 싶지 않음
- 기타

**섹션 2: 고용 정보**

귀하가 휴가 이용 자격에 해당하는 시간만큼 근무했는지를 판단하려면 고용 이력이 필요합니다. 2019 년 1 월 1 일부터 귀하가 근무한 각 고용주를 나열해 주세요.

현재 고용 상태가 무엇입니까?\*

- 풀타임 봉급 직원
- 파트타임 또는 시간제 직원
- 실직 상태

고용주 이름\*:

UBI 또는 FEIN:

이 고용주가 현재 고용주입니까?\*

- 예
- 아니요

이 고용주로부터 휴가를 받을 계획입니까?\*

- 예
- 아니요

이 고용주에게 휴가 계획을 통보했습니까?\*

- 예
- 아니요
- 요건 면제

그런 경우, 계획을 언제 통보했습니까?\*

고용 시작일\*:

고용 종료일:

고용주 전화번호\*:

고용주 주소\*:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

고용주 이름:

UBI 또는 FEIN:

이 사람이 현재 고용주입니까?

- 예
- 아니요

이 고용주로부터 휴가를 받을 계획입니까?

- 예
- 아니요

이 고용주에게 휴가 계획을 통보했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 요건 면제 그런 경우, 언제 계획을 통보했습니까? _____	
고용 시작일:	고용 종료일:
고용주 전화번호:	
고용주 주소: _____ _____ _____ _____	
고용주 이름:	
UBI 또는 FEIN:	
이 사람이 현재 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 이 고용주로부터 휴가를 받을 계획입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 이 고용주에게 휴가 계획을 통보했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 요건 면제 그런 경우, 언제 계획을 통보했습니까? _____	
고용 시작일:	고용 종료일:
고용주 전화번호:	
고용주 주소: _____ _____ _____ _____	



### 섹션 3: 휴가 정보

**요청한 휴가 유형 선택\*:**

**본인의 병가**

그런 경우, 임신과 관련된 심각한 건강 상태 때문에 일을 할 수 없습니까?

- 예
- 아니요

**가족을 돌보기 위한 휴가**

그런 경우, 어떤 가족 때문에 휴가를 내십니까?

- 부모(또는 배우자의 부모)
- 배우자
- 자녀, 사위, 며느리
- 형제자매
- 손주
- 조부모(또는 배우자의 조부모)
- 기타: \_\_\_\_\_

**아이 출산 후 또는 위탁 배정 후 유대감 형성**

그런 경우, 출산 또는 위탁 배정 날짜: \_\_\_\_\_

**군사적 위급 상황**

**얼마나 오랫동안 휴가를 갈 것으로 예상하십니까?**

시작일: \_\_\_\_\_ 종료일: \_\_\_\_\_

**휴가를 요청하는 기간 동안 산재보험 또는 실업 수당을 받았거나 받을 계획이 있습니까?\***

- 예
- 아니요

**휴가를 받아야 한다는 것을 미리 알고 있었습니까?\***

- 예
- 아니요

\* 필수 항목

#### 섹션 4: 동의 및 서명

유급 가족 휴가 및 병가 양식을 통해 귀하(또는 귀하의 청구)에 관한 정보를 다른 기관, 부서, 혹은 고용주와(에서) 공유하고 전달받을 수 있습니다. 귀하가 제공한 정보를 확인해야 할 수 있으며 필요한 경우 추가 정보를 요구할 수도 있습니다.

본인에 관하여 잘못된 정보를 전달하거나, 고의로 정보를 제공하지 않은 경우 사기죄로 간주됩니다. 부정확한 정보를 제공한 경우, 귀하의 수당 신청을 기각하거나 귀하가 받은 수당을 회수해야 할 수 있습니다. 벌금이나 형사 기소를 당할 수도 있습니다.

- 본인은 본인의 정보 공개에 동의하고 신청서 질문에 진실하게 대답했습니다.\**

서명\*:

날짜\*:

정자체 이름\*:

*수당을 신청하는 당사자가 심각한 건강 상태 또는 부상으로 인해 본 양식에 서명할 수 없는 경우, 공인 대리인이 지정된 공인 대리인 양식을 제출하면 당사자를 대신하여 서명할 수 있습니다.*

공인 대리인 이름:

공인 대리인 서명:

날짜:

전화번호:

이메일:

\* 필수 항목

# 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](mailto: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](mailto: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>							
<b>Paid Leave Customer ID number</b> (if known):							
<b>Name:</b>							
<b>Date of birth:</b> ____ / ____ / ____							
<h3>REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE</h3>							
<input type="checkbox"/> <b>For my own serious health condition</b> <p><b>Instructions:</b> Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient.</p>							
<input type="checkbox"/> <b>For medical reasons related to my own pregnancy</b> <p><b>Instructions:</b> 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"/> <b>To care for a family member during their serious health condition</b> <p><b>The family member needing care is my:</b></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><b>Instructions:</b> 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>							
<b>Signature</b> (required):	<b>Date:</b>						
<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>							
<b>Authorized representative name:</b>							
<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>						

# 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](http://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.**

U.S. Bank ReliaCard® 소지 전 정보설명  
 Program Name: Washington Paid Family & Medical Leave

귀하는 지급금을 은행 계좌로 직접 받거나  
 이 선불카드를 통해 받도록 선택할 수 있습니다.  
 에이전시에 문의하여 선택 가능한 옵션을 알아보고, 선택하십시오.

월 수수료	구매 건당	자동화기기 인출	현금 충전
\$0	\$0	\$0 네트워크 내 \$2.50 네트워크 외	해당 없음

자동화기기 잔액조회(네트워크 내 또는 네트워크 외)	\$0
------------------------------	-----

고객 서비스(자동화 또는 실제 상담원)	\$0 통화 건당
-----------------------	-----------

휴면상태	\$0
------	-----

**3 가지의 기타 수수료가 부과됩니다. 그중 하나는 다음과 같습니다.**

카드 교체 (표준 또는 긴급 배송)	\$0 또는 \$15.00
---------------------	----------------

첨부된 이용 수수료 명세서를 확인하여 귀하의 자금과 잔액 정보에 접근할 수 있는 무료 방법을 알아보십시오.

**당좌차월/신용거래 기능 없음**  
 귀하의 자금은 FDIC 의 보호를 받습니다.

선불 계좌에 대한 일반 정보를 원하시면 [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid)(영어)를 방문해 주십시오.  
 모든 수수료와 서비스의 내용과 조건에 대해서는 본 카드 패키지에서 찾아보거나, 1-888-964-0359 로 전화하거나 [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com)(영어)을 방문해 주십시오.



U.S. Bank ReliaCard® 이용 수수료 명세서

Program Name: Washington Paid Family & Medical Leave

모든 수수료	금액	설명
<b>출금</b>		
자동화기기 인출(네트워크 내)	\$0	이 수수료는 인출 건당 수수료입니다. '네트워크 내'란 U.S. Bank 또는 MoneyPass® 자동화기기 네트워크를 뜻합니다. 기기의 위치는 <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (영어) 또는 <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (영어)에서 확인하실 수 있습니다.
자동화기기 인출(네트워크 외)	\$2.50	이 수수료는 인출 건당 수수료입니다. '네트워크 외'란 U.S. Bank 또는 MoneyPass 자동화기기 네트워크 외부에 존재하는 모든 자동화기기를 뜻합니다. 거래를 종료하지 않은 경우에도 자동화기기 운영자가 수수료를 부과할 수 있습니다.
창구 현금 인출	\$0	이 수수료는 귀하가 은행 또는 Visa®를 받는 신용조합의 창구에서 카드로 현금을 인출할 때 부과되는 수수료입니다.
<b>정보</b>		
자동화기기 잔액조회(네트워크 내)	\$0	이 수수료는 조회 건당 수수료입니다. '네트워크 내'란 U.S. Bank 또는 MoneyPass 자동화기기 네트워크를 뜻합니다. 기기의 위치는 <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (영어) 또는 <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (영어)에서 확인하실 수 있습니다.
자동화기기 잔액조회(네트워크 외)	\$0	이 수수료는 조회 건당 수수료입니다. "네트워크 외부"란 U.S. Bank 또는 MoneyPass 자동화기기 네트워크 외부에 존재하는 기타 모든 자동화기기를 뜻합니다. 또한 자동화기기 운영자가 수수료를 부과할 수 있습니다.
<b>미국 외에서의 카드 사용</b>		
해외 거래	3%	이 수수료는 귀하가 해외 상점에서 카드로 구매하거나 해외 자동화기기를 사용하여 현금을 인출한 경우에 적용되며, 환전 후 달러 기준 거래 금액의 백분율입니다. 특정 거래는 귀하 및/또는 상점 또는 자동화기기가 미국에 위치한다 하더라도 해당 네트워크 규정에 따라 해외 거래로 간주되며, 당사는 해당 상점, 자동화기기 및 거래가 어떻게 이러한 목적으로 분류되는지를 통제하지 않습니다.
해외 자동화기기 인출	\$3.00	이 수수료는 인출 건당 수수료입니다. 귀하가 거래를 종료하지 않은 경우에도 또한 자동화기기 운영자가 수수료를 부과할 수 있습니다.
<b>기타</b>		
카드 교체	\$0	이 수수료는 표준 배송(최대 10영업일 소요)으로 귀하에게 발송되는 카드 교체 건당 수수료입니다.
카드 교체 긴급 배송	\$15.00	이 수수료는 카드 교체 수수료에 추가하여 긴급 배송(최대 3영업일 소요)에 부과되는 수수료입니다.
휴면상태	\$0	이 수수료는 카드 사용 거래 실적이 없는 경우 매월 부과되는 수수료입니다.

본 커뮤니케이션은 한국어로 제공되지만, 이후의 U.S. Bank 커뮤니케이션과 계약 동의서, 공시, 알림 및 입출금 내역서와 관련된 문서와 인터넷, 모바일 뱅킹 서비스의 경우 영어로만 이용 가능할 수 있습니다. 본인이 이런 문서를 읽고 이해할 수 있거나 다른 사람의 도움을 받아 이들 문서를 번역할 수 있어야만 본 상품이나 서비스를 이해하고 이용하실 수 있습니다. 영어 문서는 요청하시면 언제든지 이용 가능합니다.

귀하의 자금은 FDIC의 보호를 받습니다. 귀하의 자금은 FDIC 보험 가입 기관인 U.S. Bank National Association에 예치되며, U.S. Bank가 파산할 경우, FDIC가 최대 \$250,000까지 보장합니다. 더 자세한 내용은 [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](http://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html)(영어)을 확인해 주십시오.

당좌차월/신용거래 기능 없음

카드 소지자 서비스는 1-888-964-0359 으로 전화하시거나 우체국 사서함 551617, Jacksonville, FL 32255로 편지를 통해, 또는 [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com) (영어)에 방문하여 문의하십시오.

선불 계좌에 대한 일반 정보를 원하시면 [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid) (영어)를 방문해 주십시오. 선불 계좌에 대하여 불만 사항이 있으신 경우, 소비자 금융보호국(Consumer Financial Protection Bureau)에 1-855-411-2372으로 전화하시거나 [cfpb.gov/complaint](http://cfpb.gov/complaint) (영어)를 방문하십시오.

CR-19647221