

## ਛੁੱਟੀ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਚੈਕਲਿਸਟ

ਚੈਕਲਿਸਟ

ਤੁਹਾਡੀ ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ (Paid Family and Medical Leave) ਸੰਬੰਧੀ

ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਸ ਸਮੇਂ ਇੱਥੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇੱਕਠਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਚੈਕਲਿਸਟ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਛੁੱਟੀ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਅਜਿਹੇ ਕਦਮ ਚੁੱਕੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।

### ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਲਾਭ ਸੰਬੰਧੀ ਗਾਈਡ

ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਲਾਭ ਸੰਬੰਧੀ ਗਾਈਡ, ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਦਾਅਵੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਦੱਸਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਗਾਈਡ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਣਨ ਲਈ ਬਿਨੈਕਾਰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ। [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide) 'ਤੇ ਗਾਈਡ ਨੂੰ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰੋ।

### ਸਾਰੀਆਂ ਛੁੱਟੀਆਂ ਲਈ:

**ਆਪਣੇ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਨੋਟਿਸ ਦਿਓ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਸੇਵ ਕਰੋ।**

- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਛੁੱਟੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 30 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਨੋਟਿਸ ਦਿਓ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਿਵੇਂ ਹੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ, ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਆਪਣੇ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ।
- ਅਜਿਹਾ ਇੱਕ ਈਮੇਲ, ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਟੈਕਸਟ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਸੇਵ ਕਰਨਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ।

**ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰੋ ਜਿਸਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ:**

- ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਟੈਕਸਦਾਤਾ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ।
- ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦੇਖੋ)
- ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੇ ਮਾਲਕਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ।

### ਛੁੱਟੀ ਸੰਬੰਧੀ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪਲਾਈ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਲਈ ਜਾ ਰਹੀ ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਕਾਰਨ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹਨ:

#### □ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ:

- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ:
  - ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਸੰਪੂਰਨ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਫਾਰਮ (Serious Health Condition form) ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਜਾਂ

- ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਐਕਟ (Family Medical Leave Act) ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਹੋਂਦ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- **ਪਰਿਵਾਰਕ ਛੁੱਟੀ:**
  - **ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ:**
    - ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਸੰਪੂਰਨ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਫਾਰਮ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਜਾਂ
    - ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਐਕਟ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਹੋਂਦ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
    - ਜੇਕਰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸੰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।
  - **ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਜਨਮ, ਗੋਦ ਲੈਣ ਜਾਂ ਪਾਲਣ ਪੋਸ਼ਣ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਬਣਨ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ:**
    - ਬੰਦਸ਼ ਸੰਬੰਧੀ ਛੁੱਟੀ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਨਮ, ਗੋਦ ਲੈਣ ਜਾਂ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇਕਰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।
  - **ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਫੌਜ ਵਿੱਚ ਤਾਇਨਾਤੀ ਜਾਂ ਇਵੈਂਟ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਸਮਾਂ ਬਿਤਾਉਣ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ:**
    - ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ ਡਿਊਟੀ ਸੰਬੰਧੀ ਆਦੇਸ਼ ਜਾਂ ਹੋਰ ਰਸਮੀ ਫੌਜੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਅਤੇ
    - ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸੰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ

# ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ (Paid Family and Medical Leave) ਲਈ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਮਨੋਨੀਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਲਈ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। **ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਸਟੈਂਡ-ਅਲੋਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਦੋ ਵਿਕਲਪਿਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।** ਅਸਲੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾ ਭੇਜੋ।

## ਸਟੈਂਡ-ਅਲੋਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ)

- **ਯੋਗ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਸਰਕਾਰ** (ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਰਾਜ) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਦਾ ਫਾਰਮ (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਪਾਸਪੋਰਟ ਕਾਰਡ, ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਸਟੈਂਡਰਡ ਡਰਾਈਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ, B1/B2 ਵੀਜ਼ਾ ਬਾਰਡਰ ਕਰਾਸਿੰਗ ਕਾਰਡ, ਆਦਿ)
- **ਵੈਧ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਦੀ ਸਿਟੀਜ਼ਨਸ਼ਿਪ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ** (United States Citizenship and Immigration Service) ਆਈ.ਡੀ.। ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਫਾਰਮ ਇਹ ਹਨ:
  - I-327 U.S. ਦੁਬਾਰਾ-ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਲਈ ਪਰਮਿਟ
  - I-551 ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਕਾਰਡ
  - I-571 U.S. ਸਰਨਾਰਥੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
  - I-766 ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਅਧਿਕਾਰ
- **ਵੈਧ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਸਰਕਾਰ** ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਫਾਰਮ (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਕੌਂਸਲਰ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸ਼ਨਾਖਤੀ ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ "ਸਿਡੂਲਾ" ਆਦਿ)
- **ਇੱਕ ਸੰਘੀ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਭਾਰਤੀ ਕਬੀਲੇ ਤੋਂ ਵੈਧ** ਦਾਖਲਾ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ (ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ)
- **ਵੈਧ U.S. ਬਿਊਰੋ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਅਫੇਅਰਜ਼** (Bureau of Indian Affairs) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ (ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ)

## ਵਿਕਲਪਿਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਦੋ)

- **ਮਿਆਦ-ਸਮਾਪਤੀ ਵਾਲਾ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਸਰਕਾਰ** (ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਰਾਜ) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਦਾ ਫਾਰਮ (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਪਾਸਪੋਰਟ ਕਾਰਡ, ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਸਟੈਂਡਰਡ ਡਰਾਈਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ, B1/B2 ਵੀਜ਼ਾ ਬਾਰਡਰ ਕਰਾਸਿੰਗ ਕਾਰਡ, ਆਦਿ)
- **ਮਿਆਦ-ਸਮਾਪਤੀ ਵਾਲਾ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਦੀ ਸਿਟੀਜ਼ਨਸ਼ਿਪ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ** ਆਈ.ਡੀ.। ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਫਾਰਮ ਇਹ ਹਨ:
  - I-327 U.S. ਦੁਬਾਰਾ-ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਲਈ ਪਰਮਿਟ
  - I-551 ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਕਾਰਡ
  - I-571 U.S. ਸਰਨਾਰਥੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
  - I-766 ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਅਧਿਕਾਰ
- **ਮਿਆਦ-ਸਮਾਪਤੀ ਵਾਲੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਸਰਕਾਰ** ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਫਾਰਮ (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਕੌਂਸਲਰ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸ਼ਨਾਖਤੀ ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ "ਸਿਡੂਲਾ" ਆਦਿ)
- ਗੋਦ ਲੈਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕਾਰਜਾਤ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਯੂ. ਐੱਸ. ਜਾਂ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਜਨਮ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਾਰਡ (ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਜਨਮ ਸਥਾਨ, ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ, ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ)
- ਕਿਸੇ ਰਾਜ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਏਜੰਸੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਵੈਧ ਗੁਪਤ ਹਥਿਆਰਾਂ ਦਾ ਪਰਮਿਟ
- ਵਿਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਜਨਮ ਲੈਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੌਂਸਲਰ ਰਿਪੋਰਟ
- ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਫ਼ਰਮਾਨ/ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ
- ਇੱਕ ਰਾਜ ਡੀ.ਐੱਮ.ਵੀ. (Department of Motor Vehicles/DMV) ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਡਰਾਇਵਿੰਗ ਰਿਕਾਰਡ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਤਲਾਕ ਦਾ ਫ਼ਰਮਾਨ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਵਿਆਹ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ (ਨਰਸ, ਡਾਕਟਰ, ਇੰਜੀਨੀਅਰ, ਆਦਿ)
- ਸਕੂਲ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ
- ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਾਲਜ ਜਾਂ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਵੈਧ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ
- ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਰਟੇਸ਼ਨ ਵਰਕਰ ਆਈਡੈਂਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਕ੍ਰੈਡੈਂਸ਼ੀਅਲ (Transportation Worker Identification Credential/TWIC)
- ਵਾਹਨ ਦੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸਿਰਲੇਖ (ਇੱਕ ਤਤਕਾਲ ਸਿਰਲੇਖ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਨਹੀਂ)
- ਘਰੇਲੂ ਲੋੜਾਂ ਦਾ ਬਿੱਲ (ਗੈਸ, ਬਿਜਲੀ, ਪਾਣੀ, ਕੂੜਾ ਕਰਕਟ, ਸੀਵਰੇਜ, ਲੈਂਡਲਾਈਨ ਫੋਨ, ਟੀ.ਵੀ., ਇੰਟਰਨੈੱਟ, ਆਈ.ਐੱਸ.ਟੀ.ਏ.)
- DSHS (Department of Social and Health Services) ਲਾਭ ਪੱਤਰ (ਮੈਡੀਕਲ, ਭੋਜਨ, ਆਦਿ)
- ਘਰ ਦੀ ਮਾਲਕੀ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਸੰਪੱਤੀ ਟੈਕਸ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ, ਸਿਰਲੇਖ, ਆਦਿ)
- ਇੱਕ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ, ਕਬੀਲੇ, ਦੇਸ਼, ਜਾਂ ਸ਼ਹਿਰ ਦੀ ਸਰਕਾਰੀ ਇਕਾਈ ਦੀ ਵਪਾਰਕ ਮੋਲ
- ਇੰਟਰਨਲ ਰੈਵੇਨਿਊ ਸਰਵਿਸ (Internal Revenue Service/IRS) ਦਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਟੈਕਸ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (Individual Tax Identification Number/ITIN) ਪੱਤਰ

## ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ (Paid Family and Medical Leave) ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

### ਇਸਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਲਾਭ ਸੰਬੰਧੀ ਦਾਅਵੇ (ਆਨਲਾਈਨ ਜਾਂ ਫੋਨ 'ਤੇ) ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਭੁਗਤਾਨ (ਸਿੱਧੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਇੱਕ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ 'ਤੇ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਪੇਪਰ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ:

1. 833-717-2273 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਫੋਨ 'ਤੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਲਾਭ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ।
2. ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਨੂੰ ਆਨਲਾਈਨ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਡਾਇਰੈਕਟ ਡਿਪੋਜ਼ਿਟ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਆਨਲਾਈਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ [www.paidleave.wa.gov](http://www.paidleave.wa.gov) 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਲਾਭ ਸੰਬੰਧੀ ਗਾਈਡ, ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਦਾਅਵੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਦੱਸਦੀ ਹੈ। [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide) 'ਤੇ ਗਾਈਡ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰੋ ਜਾਂ 833-717-2273 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰੋ।

### ਲਾਭਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼

#### ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਸੈਕਸ਼ਨ

ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ (Social Security Number/SSN), ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪਤਾ ਅਜਿਹੀ ਥਾਂ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ ਅਤੇ ਹੋਰ ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਮੇਲ ਕਰਾਂਗੇ।

#### ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਸੈਕਸ਼ਨ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ।

- ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਨਾਮ। ਉਸ ਕਾਰੋਬਾਰ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ।

- ਯੂਨੀਫਾਈਡ ਬਿਜ਼ਨੈਸ ਆਈਡੈਂਟੀਫਾਇਰ (UBI) ਜਾਂ ਫੈਡਰਲ ਇੰਪਲਾਇਰ ਆਈਡੈਂਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (FEIN)। ਆਪਣੇ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਤੋਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ UBI (Unified Business Identifier) ਬਾਰੇ ਪੁੱਛ ਕੇ ਜਾਂ ਮਾਲ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ (www.DOR.wa.gov) 'ਤੇ UBI (Unified Business Identifier) ਲੁੱਕ-ਅੱਪ ਟੂਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਇਸਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਓ।
- ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਹਨ, ਤਾਂ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਖਾਲੀ ਛੱਡੋ ਅਤੇ ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਹਨ।

### ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਸੈਕਸ਼ਨ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੰਗਾਂਗੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ (ਮੈਡੀਕਲ, ਪਰਿਵਾਰਕ, ਜਨਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਂ ਇੱਕ ਬੱਚੇ ਦੀ ਨਿਯੁਕਤੀ, ਜਾਂ ਫੌਜ ਸੰਬੰਧੀ ਔਕੜ) ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

### ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੇ ਲਈ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਤੁਸੀਂ ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਸੰਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਮਨੋਨੀਤ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ (Designated Authorized Representative) ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ 833-717-2273 'ਤੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

## ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ

ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਕਿਸੇ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ, ਮਨੋਨੀਤ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ, ਆਦਿ) ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਮੇਲ ਕਰੋ:

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ  
Paid Family and Medical Leave Care Center  
P.O. Box 19020  
Olympia, WA 98507-0020

## ਕੀ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ?

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ 833-717-2273 ਜਾਂ [paidleave@esd.wa.gov](mailto:paidleave@esd.wa.gov) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

## ਲਾਭਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ

<b>ਸੈਕਸ਼ਨ ਇੱਕ: ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ</b>
ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਆਖਰੀ)*:
SSN*:
ਜਨਮ ਮਿਤੀ*:
ਫੋਨ ਨੰਬਰ*:
ਈਮੇਲ ਪਤਾ:
ਪਸੰਦੀਦਾ ਸੰਪਰਕ ਵਿਧੀ*: <input type="checkbox"/> ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਈਮੇਲ <input type="checkbox"/> ਮੇਲ
ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ*: _____ _____ _____ _____
ਲਿੰਗ*: <input type="checkbox"/> ਮਹਿਲਾ <input type="checkbox"/> ਪੁਰਸ਼ <input type="checkbox"/> ਗੈਰ-ਬਾਈਨਰੀ <input type="checkbox"/> ਦੱਸਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ
ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਸਲੀ ਵਿਰਾਸਤ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਵਰਣਨ ਕਿਹੜਾ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਚੁਣੋ। <input type="checkbox"/> ਵਾਈਟ <input type="checkbox"/> ਬਲੈਕ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ <input type="checkbox"/> ਅਮਰੀਕਨ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਨੇਟਿਵ <input type="checkbox"/> ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਜਾਂ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਜਾਂ ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਦੱਖਣ-ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਜਾਂ ਦੱਖਣ-ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਨੇਟਿਵ ਹਵਾਈਅਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ <input type="checkbox"/> ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟਿਨਿਕਸ <input type="checkbox"/> ਮੱਧ ਪੂਰਬੀ ਜਾਂ ਅਰਬ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਦੱਸਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ

\* ਲੋੜੀਂਦਾ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ

**ਸੈਕਸ਼ਨ ਦੋ: ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੇ ਇਤਿਹਾਸ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਹਰੇਕ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ 1 ਜਨਵਰੀ, 2019 ਤੋਂ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ।

**ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਕੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ?\***

- ਪੂਰਾ-ਸਮਾਂ ਤਨਖਾਹ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
- ਪਾਰਟ-ਟਾਈਮ ਜਾਂ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
- ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ

**ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਨਾਮ\*:**

**UBI ਜਾਂ FEIN:**

**ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਹੈ?\***

- ਹਾਂ
- ਨਹੀਂ

**ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ?\***

- ਹਾਂ
- ਨਹੀਂ

**ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ?\***

- ਹਾਂ
- ਨਹੀਂ
- ਲੋੜੀਂਦੀ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ

**ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਸੀ?\*** \_\_\_\_\_

**ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ\*:**

**ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:**

**ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ\*:**

**ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਪਤਾ\*:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਨਾਮ:**

**UBI ਜਾਂ FEIN:**

**ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਹੈ?\***

- ਹਾਂ
- ਨਹੀਂ

**ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ?\***

- ਹਾਂ
- ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਲੋੜੀਂਦੀ ਛੇਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਸੀ? _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:	ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:
ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	
ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਪਤਾ: _____ _____ _____ _____	
ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਨਾਮ:	
UBI ਜਾਂ FEIN:	
ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਲੋੜੀਂਦੀ ਛੇਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਸੀ? _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:	ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:
ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	
ਮਾਲਕ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ) ਦਾ ਪਤਾ: _____ _____ _____ _____	

\* ਲੋੜੀਂਦਾ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ



### ਸੈਕਸ਼ਨ ਤਿੰਨ: ਛੁੱਟੀ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ\*:

- ਤੁਹਾਡੇ ਖੁਦ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ**  
ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ', ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਕਾਰਨ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ?
  - ਹਾਂ
  - ਨਹੀਂ
- ਇੱਕ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਛੁੱਟੀ**  
ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?
  - ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ (ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
  - ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ
  - ਬੱਚਾ, ਜਵਾਈ, ਨੂੰਹ
  - ਚਚੇਰਾ ਭਰਾ/ਚਚੇਰੀ ਭੈਣ
  - ਪੋਤਾ/ਪੋਤੀ
  - ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ (ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੇ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ)
  - ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

- ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਜਨਮ ਜਾਂ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬੰਦਿਸ਼ ਸੰਬੰਧੀ**  
ਜੇਕਰ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਜਨਮ ਜਾਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

- ਫੌਜ ਸੰਬੰਧੀ ਔਕੜ**

ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਛੁੱਟੀ 'ਤੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹੋ?\*

ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਮਿਆਦ ਲਈ ਮਜ਼ਦੂਰਾਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਜਾਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋਗੇ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?\*

- ਹਾਂ
- ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣੀ ਪਵੇਗੀ?\*

- ਹਾਂ
- ਨਹੀਂ

\* ਲੋੜੀਂਦਾ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ

### ਸੈਕਸ਼ਨ ਚਾਰ: ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ

ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਹੋਰ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਭਾਗਾਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਲਕਾਂ (ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾਵਾਂ) ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ (ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਨੂੰ ਗਲਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਰੋਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਧੋਖਾਧੜੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਲਾਭ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੁਰਮਾਨਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਅਪਰਾਧਿਕ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਸੰਬੰਧੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਸੱਚੇ (ਸਹੀ) ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦਿੱਤੇ ਹਨ।\*

ਦਸਤਖਤ\*:

ਮਿਤੀ\*:

ਪ੍ਰਿੰਟਿਡ ਨਾਮ\*:

ਜੇਕਰ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਕਾਰਨ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਉਸਦੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਬਸ਼ਰਤ ਉਹ ਇੱਕ ਮਨੋਨੀਤ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ ਵੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੇ।

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ:

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:

ਮਿਤੀ:

ਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਈਮੇਲ:

\* ਲੋੜੀਂਦਾ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ

- ਘਰ ਦੇ ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਕਿਰਾਏਦਾਰ ਦੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ
- ਆਟੋ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਂ ਬਿੱਲ
- ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਪਤੇ ਵਾਲਾ ਭੁਗਤਾਨ ਚੈੱਕ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ
- ਕਿਸੇ ਮਾਲਕ ਤੋਂ W-2 ਫਾਰਮ, ਜਾਂ ਫਾਰਮ 1099
- ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ ਸੰਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਬਿੱਲ, ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ, ਆਦਿ)

# 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® ਪੂਰਵ-ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਖੁਲਾਸਾ (Pre-Acquisition Disclosure)  
 ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ: Washington Paid Family & Medical Leave

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੇ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਚੁਣਨ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਬੈਂਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਇਸ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਉਪਲਬਧ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਆਪਣੀ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣੋ।

ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਫੀਸ	ਹਰੇਕ ਖਰੀਦ ਲਈ	ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ	ਨਕਦ ਦੁਬਾਰਾ ਲੋਡ ਕਰਨਾ
<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> in-network <b>\$2.50</b> out-of-network	<b>ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ (N/A)</b>

ATM ਤੋਂ ਬਕਾਏ ਦੀ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ (in-network ਜਾਂ out-of-network) \$0

ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ (ਸਵੈਚਲਿਤ ਜਾਂ ਲਾਈਵ ਏਜੰਟ) \$0 ਹਰ ਕਾਲ ਲਈ

ਕਿਰਿਆਹੀਣਤਾ \$0

**ਅਸੀਂ 3 ਹੋਰ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਫੀਸਾਂ ਵੀ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ:**

ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ (ਮਿਆਰੀ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਪਹੁੰਚ) \$0 ਜਾਂ \$15.00

ਆਪਣੇ ਫੰਡਾਂ ਅਤੇ ਬਕਾਏ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਲਈ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਫੀਸਾਂ ਦੀ ਸਮਾਜੂਚੀ ਦੇਖੋ।

**ਕੋਈ ਓਵਰਡ੍ਰਾਫਟ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਨਹੀਂ।**  
 ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ FDIC ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ।

ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਖਾਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ, [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid) (ਅਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ।  
 ਸਾਰੀਆਂ ਫੀਸਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਕਾਰਡ ਪੈਕੇਜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜਾਂ ਫਿਰ **1-888-964-0359** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com) (ਅਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ।

# U.S. Bank ReliaCard® ਫੀਸਾਂ ਦੀ ਸਮਾਜੂਚੀ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ: Washington Paid Family & Medical Leave

ਸਾਰੀਆਂ ਫੀਸਾਂ	ਰਕਮ	ਬਿਉਰਾ
<b>ਨਕਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ</b>		
ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ (in-network)	\$0	ਹਰ ਨਿਕਾਸੀ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "In-network" U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass® ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਪਲਬਧ ATM ਥਾਵਾਂ ਇੱਥੇ ਦੇਖੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ <a href="https://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) ਜਾਂ <a href="https://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ)।
ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ (out-of-network)	\$2.50	ਹਰ ਨਿਕਾਸੀ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "Out-of-network", U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਬਾਹਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ATM ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਪੂਰਾ ਹੋਵੇ ਭਾਵੇਂ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਪਰ ATM ਓਪਰੇਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਫੀਸ ਵੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਟੇਲਰ ਤੋਂ ਨਕਦ ਨਿਕਾਸੀ (Teller Cash Withdrawal)	\$0	ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਬੈਂਕ ਦੇ ਟੇਲਰ ਜਾਂ Visa® ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਵਿੱਚੋਂ ਨਕਦ ਕਢਵਾਉਣ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।
<b>ਜਾਣਕਾਰੀ</b>		
ATM ਤੋਂ ਬਕਾਏ ਦੀ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ (in-network)	\$0	ਹਰ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "In-network", U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਪਲਬਧ ATM ਥਾਵਾਂ ਇੱਥੇ ਦੇਖੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ <a href="https://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) ਜਾਂ <a href="https://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ)।
ATM ਤੋਂ ਬਕਾਏ ਦੀ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ (out-of-network)	\$0	ਹਰ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "Out-of-network", U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਬਾਹਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ATM ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ATM ਓਪਰੇਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਫੀਸ ਵੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।
<b>ਆਪਣਾ ਕਾਰਡ U.S. ਦੇ ਬਾਹਰ ਵਰਤਣਾ</b>		
ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਲੈਣ-ਦੇਣ	3%	ਇਹ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਫੀਸ ਹੈ, ਜੋ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਵਿਕਰੇਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਖਰੀਦਣ ਅਤੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ATM ਤੋਂ ਨਕਦ ਕਢਵਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਫੀਸ ਮੁਦਰਾ ਰੂਪਾਂਤਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਡਾਲਰ ਵਿੱਚ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਦੀ ਕੁਲ ਰਕਮ ਦਾ ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਫੀਸਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਲਾਗੂ ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਿਯਮਾਂ ਹੇਠ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਮੰਨੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਫਿਰ ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵਿਕਰੇਤਾ ਜਾਂ ATM ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਹੀ ਸਥਿਤ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਮੰਤਵ ਲਈ ਇਹ ਵਿਕਰੇਤਾ, ATM ਅਤੇ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਕਿਵੇਂ ਸ਼੍ਰੇਣੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਉੱਪਰ ਸਾਡਾ ਕੋਈ ਨਿਯੰਤਰਣ ਨਹੀਂ ਹੈ।
ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ	\$3.00	ਹਰ ਨਿਕਾਸੀ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਪੂਰਾ ਹੋਵੇ ਭਾਵੇਂ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਪਰ ATM ਓਪਰੇਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਫੀਸ ਵੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।
<b>ਹੋਰ</b>		
ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ	\$0	ਮਿਆਰੀ ਪਹੁੰਚ (10 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ) ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾਂਦੇ ਹਰ ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।
ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ ਤੇਜ਼ ਪਹੁੰਚ (Card Replacement Expedited Delivery)	\$15.00	ਹਰ ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ ਦੀ ਫੀਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਤੇਜ਼ ਪਹੁੰਚ (3 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ) ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।
ਕਿਰਿਆਦੀਣਤਾ	\$0	ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਕੋਈ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਨਾ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਅਸੀਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।

ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਈ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਪਰ U.S. Bank ਦੇ ਸੰਚਾਰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੇਕਾ ਆਧਾਰਿਤ ਸਮਝੌਤਿਆਂ, ਖੁਲਾਸਿਆਂ, ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬਿਆਨ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਇੰਟਰਨੈੱਟ ਅਤੇ ਮੋਬਾਈਲ ਬੈਂਕਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਿਰਫ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਹੀ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਉਤਪਾਦ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਸਮਝ ਸਕੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬੋਨਤੀ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ FDIC ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ U.S. Bank National Association, ਇੱਕ FDIC-ਬੀਮਿਤ ਸੰਸਥਾ ਕੋਲ ਰੱਖੇ ਜਾਣਗੇ ਅਤੇ U.S. Bank ਦੇ ਦਿਵਾਲੀਆ ਹੋ ਜਾਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ FDIC ਵੱਲੋਂ \$250,000 ਤੱਕ ਲਈ ਬੀਮਿਤ ਹਨ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](https://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) ਦੇਖੋ।

ਕੋਈ ਓਵਰਡ੍ਰਾਫਟ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਨਹੀਂ।  
 ਕਾਰਡਧਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ (Cardholder Services) ਨੂੰ **1-888-964-0359** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ Box 551617, Jacksonville, FL 32255 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ [usbankreliacard.com](https://usbankreliacard.com) (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਪ੍ਰੀਪੈਡ ਖਾਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਅਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ, [cfpb.gov/prepaid](https://cfpb.gov/prepaid) (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੀਪੈਡ ਖਾਤੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਹੈ ਤਾਂ Consumer Financial Protection Bureau ਨੂੰ 1-855-411-2372 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ [cfpb.gov/complaint](https://cfpb.gov/complaint) (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ।

CR-19647221