

## CHECKLIST PARA MAG-APPLY PARA SA PAGLIBAN

Ang Iyong Checklist Para sa Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban (Paid Family and Medical Leave)

Narito ang May Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban para sa iyo sa oras na pinakakailangan mo ito. Gamitin ang checklist na ito para matulungan kang maglikom ng impormasyon at gawin ang mga hakbang na kailangan mo para mag-apply para sa bayad na pagliban.

### **GABAY SA BENEPISYO NG BAYAD NA PAMPAMILYA AT MEDIKAL NA PAGLIBAN**

Nagbibigay ang Gabay sa Benepisyo ng Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban ng impormasyon tungkol sa kung paano mag-apply para sa mga benepisyo at magsumite ng mga claim kada linggo. Ipinapaliwanag din nito ang iyong mga karapatan at responsibilidad sa ilalim ng batas. Responsibilidad ng mga aplikante na alamin ang impormasyon sa gabay na ito. I-download ang gabay sa [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide).

### **PARA SA LAHAT NG PAGLIBAN:**

**Magbigay ng nakasulat na abiso sa iyong employer at magtabi ng kopya.**

- Kung alam mo nang maaga na kukuha ka ng pagliban, magbigay ng nakasulat na abiso sa iyong employer nang hindi bababa sa 30 araw bago magsimula ang pagliban.
- Kung hindi mo inaasahang kailangan mong kumuha ng pagliban, abisuhan ang iyong employer sa lalong madaling panahon pagkatapos mong malaman na kailangan mong kumuha ng pagliban.
- Maaari itong sa pamamagitan ng email, sulat, o text. Siguraduhing magtabi ng kopya.

**Likumin ang sumusunod na impormasyong kailangan mo kapag nag-apply ka:**

- Social Security number o Individual Taxpayer Identification Number (Numero sa Pagkakakilanlan ng Indibidwal na Tagabayad ng Buwis).
- Mga dokumentong nagpapatunay sa pagkakakilanlan (tingnan ang listahan ng mga tinatanggap na dokumento)
- Listahan ng lahat ng mga employer kung saan ka nagtrabaho sa loob ng nakaraang 12 buwan.

### **IBA PANG DOKUMENTO SA PAGLIBAN:**

Kailangan mo ring magsumite ng mga partikular na dokumento kapag nag-apply ka, depende sa dahilan kung bakit ka kumukuha ng bayad na pagliban:

- MEDIKAL NA PAGLIBAN:**

- **Kung kumukuha ka ng pagliban para sa iyong sarili, kailangan mo ng:**
  - Form ng Sertipikasyon ng Malubhang Medikal na Kondisyon (Certification of Serious Health Condition form) na kinumpleto ng iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan, o
  - Papeles ng Batas sa Pampamilya at Medikal na Pagliban (Family Medical Leave Act) o ibang dokumentasyon mula sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan na kayang patunayan ang pagkakaroon mo ng malubhang medikal na kondisyon.
- **PAMPAMILYANG PAGLIBAN:**
  - **Kung kumukuha ka ng pagliban para sa isang kapamilya, kailangan mo ng:**
    - Form ng Sertipikasyon ng Malubhang Medikal na Kondisyon na kinumpleto ng kanilang provider ng pangangalagang pangkalusugan, o
    - Papeles ng Batas sa Pampamilya at Medikal na Pagliban (Family Medical Leave Act) o ibang dokumentasyon mula sa kanilang provider ng pangangalagang pangkalusugan na kayang patunayan ang pagkakaroon mo ng malubhang medikal na kondisyon.
    - Maaaring humiling kami ng dokumentasyon ng kaugnayan bilang kapamilya kung mayroon kaming tanong tungkol sa iyong aplikasyon.
  - **Kung kumukuha ka ng pagliban para sa panganganak sa sanggol, pag-aampon o pagiging foster na magulang:**
    - Hindi mo kailangang magbigay ng dokumentasyon para patunayan ang panganganak, pag-ampon, o placement para mag-apply para sa pagliban para maging mas malapit sa bata. Maaaring hilingin namin ito kung may tanong kami tungkol sa iyong aplikasyon.
  - **Kung kumukuha ka ng pagliban para maging kasama ang isang kapamilya na ipapadala ng militar o ibang kaganapan ng militar, kailangan mo ng:**
    - Utos sa aktibong duty o ibang pormal na dokumento ng militar, at
    - Maaaring kailangan mo ng dokumento ng kaugnayan bilang kapamilya.

# MGA DOKUMENTO SA PAGPAPATUNAY NG PAGKAKAKILANLAN

Mga tinatanggap na dokumento para sa Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban  
(Paid Family and Medical Leave)

Dapat kang magbigay ng mga dokumento sa pagpapatunay ng pagkakakilanlan kasama ng iyong aplikasyon para sa Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban. Dapat ding magbigay ng mga dokumento sa pagpapatunay ng pagkakakilanlan para sa sinumang awtorisadong itinalagang kinatawan. **Mangyaring magsumite ng isang stand-alone na dokumento O dalawang alternatibong dokumento mula sa listahan sa ibaba.** Huwag magpadala ng mga orihinal na dokumento.

## Mga stand-alone na dokumento (isa sa mga ito)

- **Balidong** form ng pagkakakilanlan na ibinigay ng pamahalaan ng Estados Unidos (pederal o estado) (hal. pasaporte, card ng pasaporte, ID card, enhanced o standard na lisensya sa pagmamaneho, B1/B2 Visa Border Crossing Card, atbp.)
- **Balidong** United States Citizenship and Immigration Service ID. Tinatanggap ang mga form na:
  - I-327 U.S. Permit to Re-Enter Travel Document (Dokumento sa Pagbiyahe na Pahintulot para Pumasok Muli ng Estados Unidos)
  - I-571 U.S. Refugee Travel Document (Dokumento sa Pagbiyahe ng Refugee ng Estados Unidos)
  - I-551 Permanent Resident Card
  - I-766 Employment Authorization (Awtorisasyon para Magtrabaho)
- **Balidong** form ng pagkakakilanlan na ibinigay ng pamahalaan ng ibang bansa (hal. pasaporte, ID card ng konsulado, pambansang card ng pagkakakilanlan o "cedula" na may pirma at litrato, atbp.)
- **Balidong** ID card ng pagpapatala mula sa isang pederal na kinikilalang Indiyang tribo (kailangang mayroong pirma at litrato mo)
- **Balidong** ID card mula sa Bureau of Indian Affairs ng U.S. (kailangang mayroong pirma at litrato mo)

## Mga alternatibong dokumento (dalawa sa mga ito)

- **Nag-expire** na form ng pagkakakilanlan na ibinigay ng pamahalaan ng Estados Unidos (pederal o estado) (hal. pasaporte, card ng pasaporte, ID card, enhanced o standard na lisensya sa pagmamaneho, B1/B2 Visa Border Crossing Card, atbp.)
- **Nag-expire** na United States Citizenship and Immigration Service ID. Tinatanggap ang mga form na:
  - I-327 U.S. Permit to Re-Enter Travel Document (Dokumento sa Pagbiyahe na Pahintulot para Pumasok Muli ng Estados Unidos)
  - I-571 U.S. Refugee Travel Document (Dokumento sa Pagbiyahe ng Refugee ng Estados Unidos)
  - I-551 Permanent Resident Card
  - I-766 Employment Authorization (Awtorisasyon para Magtrabaho)
- **Nag-expire** na form ng pagkakakilanlan na ibinigay ng pamahalaan ng ibang bansa (hal. pasaporte, ID card ng konsulado, pambansang card ng pagkakakilanlan o "cedula" na may pirma at litrato, atbp.)
- Mga papeles sa pag-ampon
- Sertipikadong sertipiko ng kapanganakan sa U.S. o ibang bansa
- Sertipikadong card ng rehistrasyon ng kapanganakan (kailangang naglalaman ng iyong pangalan, petsa ng kapanganakan, lugar ng kapanganakan, petsa ng pag-file, at petsa ng pag-issue)
- Balidong pahintulot para sa nakatagong armas na ibinigay ng ahensya ng estado o county
- Ulat ng Kapanganakan sa Ibang Bansa ng Konsulado
- Ward of the Court decree/Order of Dependency (utos ng hukuman para sa pangangalaga)
- Letter ng clearance o rekord ng pagmamaneho mula sa Departamento ng Mga De-motor na Sasakyan (Department of Motor Vehicles, DMV) ng estado
- Sertipikadong atas ng paghihiwalay (divorce)

# Aplikasyon para sa Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban (Paid Family and Medical Leave)

## Bago ka magsimula

Kapag nag-apply ka para sa mga benepisyo online, makakapili ka kung paano isusumite ang iyong claim para sa benepisyo kada linggo (online o sa pamamagitan ng telepono) at kung paano matanggap ang iyong benepisyong kabayaran (direktang deposito sa iyong bank account o sa isang prepaid na debit card). Kapag nag-apply ka para sa mga benepisyo gamit ang papel na aplikasyon, limitado ka sa:

1. Pagsumite ng claim para sa benepisyo kada linggo gamit ang telepono sa pamamagitan ng pagtawag sa 833-717-2273.
2. Pagtanggap ng iyong mga benepisyong kabayaran sa isang prepaid na debit card.

Kung nais mong ihain ang iyong mga claim kada linggo online o nais mong matanggap ang iyong mga benepisyong kabayaran sa pamamagitan ng direktang deposito, dapat mong isumite ang iyong aplikasyon online. Pumunta sa [www.paidleave.wa.gov](http://www.paidleave.wa.gov) para sa higit pang impormasyon.

Nagbibigay ang Gabay sa Benepisyo ng Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban ng impormasyon tungkol sa kung paano mag-apply para sa mga benepisyo at magsumite ng mga claim kada linggo. Ipinapaliwanag din nito ang iyong mga karapatan at responsibilidad sa ilalim ng batas. I-download ang gabay sa [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide) o humiling ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 833-717-2273.

## Mga tuntunin sa aplikasyon para sa benepisyo

### *Seksyon ng personal na impormasyon at impormasyon sa pakikipag-ugnayan*

Ibigay ang iyong pangalan, Social Security (SSN), petsa ng kapanganakan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan. Ang address na ibibigay mo ay ang address kung saan namin ipapadala ang iyong prepaid na debit card at iba pang pakikipag-ugnayan.

### *Seksyon ng impormasyon ng trabaho*

Gagamitin namin ang impormasyong ibinigay mo para kumpirmahin na nagtrabaho ka ng sapat na oras para maging kwalipikado para sa pagliban.

- Pangalan ng employer. Pangalan ng negosyo o organisasyon kung saan ka nagtatrabaho.
- Unified Business Identifier (UBI) o Federal Employer Identification Number (FEIN). Hanapin ang UBI ng iyong employer sa pamamagitan ng paghingi nito sa kanila, o gamit ang tool para sa paghahanap ng UBI sa website ng Department of Revenue ([www.DOR.wa.gov](http://www.DOR.wa.gov)).
- Petsa ng pagsisimula at pagtatapos ng trabaho. Kung sila ang iyong kasalukuyang employer, iwanang blangko ang petsa ng pagtatapos at i-tsek ang kahon para tukuyin na sila ang iyong kasalukuyang employer

### *Seksyon ng impormasyon ng pagliban*

Hihingi kami ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagliban, kabilang ang uri ng pagliban na hinihiling mo (medikal, pampamilya, oras para maging mas malapit sa sanggol pagkatapos ng panganganak o placement ng bata, o kinakailangang serbisyo sa militar ng kapamilya) at ang iyong inaasahang petsa ng pagsisimula at pagtatapos.

### *Pwede bang kumpletuhin ng ibang tao ang form na ito para sa akin?*

Pwede kang magbigay ng awtorisasyon sa ibang indibidwal para kumilos sa iyong ngalan para sa mga layunin ng mga benepisyo ng Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban. Para gawin ito, kumpletuhin ang form ng Itinalagang Awtorisadong Kinatawan (Designated Authorized Representative). Tawagan kami sa 833-717-2273 para makakuha ng kopya ng form na ito.

## **Pagsumite ng iyong aplikasyon**

Ipadala ang iyong kumpletong aplikasyon, mga kopya ng mga dokumentong nagpapakita ng iyong pagkakakilanlan, at anumang iba pang sumusuportang dokumento (sertipikasyon sa isang malubhang kondisyon ng kalusugan, form ng itinalagang awtorisadong kinatawan, atbp.) sa:

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

## **Mga mga tanong?**

Kung mayroon kang anumang mga katanungan, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa 833-717-2273 o [paidleave@esd.wa.gov](mailto:paidleave@esd.wa.gov).

## Aplikasyon para sa benepisyo

<b>Unang seksyon: Personal na impormasyon</b>
<b>Pangalan (una, gitnang inisyal, apelyido)*:</b>
<b>SSN*:</b>
<b>Petsa ng kapanganakan*:</b>
<b>Numero ng telepono*:</b>
<b>Email address:</b>
<b>Pinipiling paraan ng pakikipag-ugnayan*:</b> <input type="checkbox"/> Telepono <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Sulat
<b>Address para sa pagpapadala ng sulat*</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Kasarian*:</b> <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Hindi binary <input type="checkbox"/> Pinipiling hindi sabihin
<b>Alin sa mga sumusunod ang pinakamainam na inilalarawan ang iyong etnikong pinanggalingan? I-tsek ang lahat ng naaangkop.</b> <input type="checkbox"/> Lahing puti <input type="checkbox"/> Lahing itim o Aprikanong Amerikano <input type="checkbox"/> Amerikanong Indiyano o Katutubo ng Alaska <input type="checkbox"/> Timog Asyano o Timog Asyano-Amerikano <input type="checkbox"/> Silangang Asyano o Silangang Asyano-Amerikano <input type="checkbox"/> Timog-silangang Asyano o Timog-silangang Asyano-Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubong Hawayano o ibang Taga-Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Hispanic o Latinx <input type="checkbox"/> Middle Eastern o Arabo-Amerikano <input type="checkbox"/> Pinipiling hindi sabihin <input type="checkbox"/> Iba pa

\* Ipinapahiwatig ang kinakailangang patlang

### Ikalawang seksyon: Impormasyon ng trabaho

Kailangan namin ang iyong kasaysayan ng trabaho para tukuyin kung nagtrabaho ka ng sapat na oras para maging kwalipikado para sa pagliban. Mangyaring ilista ang bawat employer kung saan nagtrabaho ka simula Enero 1, 2019.

#### Ano ang iyong kasalukuyang katayuan sa trabaho?

- Full-time na sumusuweldong empleyado
- Part-time o empleyadong sumusuweldo kada oras
- Walang trabaho

Pangalan ng employer\*.

UBI o FEIN:

#### Ito ba ang iyong kasalukuyang employer?\*

- Oo
- Hindi

#### Pinaplano mo bang kumuha ng pagliban mula sa employer na ito?\*

- Oo
- Hindi

#### Inabisuhan mo ba ang employer na ito na plano mong kumuha ng pagliban?\*

- Oo
- Hindi
- Naka-waive ang pangangailangan

Kung oo, sa aling petsa mo sila inabisuhan?\*

Petsa ng pagsisimula ng trabaho\*:

Petsa ng pagtatapos ng trabaho:

Numero ng telepono ng employer\*:

Address ng employer\*:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pangalan ng employer:

UBI o FEIN:

#### Ito ba ang iyong kasalukuyang employer?

- Oo
- Hindi

#### Pinaplano mo bang kumuha ng pagliban mula sa employer na ito?

- Oo
- Hindi

**Inabisuhan mo ba ang employer na ito na plano mong kumuha ng pagliban?**

- Oo
- Hindi
- Naka-waive ang pangangailangan

**Kung oo, sa aling petsa mo sila inabisuhan?** \_\_\_\_\_

**Petsa ng pagsisimula ng trabaho:**

**Petsa ng pagtatapos ng trabaho:**

**Numero ng telepono ng employer:**

**Address ng employer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pangalan ng employer:**

**UBI o FEIN:**

**Ito ba ang iyong kasalukuyang employer?**

- Oo
- Hindi

**Pinaplano mo bang kumuha ng pagliban mula sa employer na ito?**

- Oo
- Hindi

**Inabisuhan mo ba ang employer na ito na plano mong kumuha ng pagliban?**

- Oo
- Hindi
- Naka-waive ang pangangailangan

**Kung oo, sa aling petsa mo sila inabisuhan?** \_\_\_\_\_

**Petsa ng pagsisimula ng trabaho:**

**Petsa ng pagtatapos ng trabaho:**

**Numero ng telepono ng employer:**

**Address ng employer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Ikatlong bahagi: Impormasyon ng pagliban

**Piliin ang uri ng paglibang hinihiling:**

**Medikal na pagliban para sa iyong sarili**

Kung oo, hindi ka ba makapagtrabaho dahil sa isang malubhang medikal na kondisyong kaugnay ng pagbubuntis?

- Oo  
 Hindi

**Pagliban para mag-alaga ng kapamilya**

Kung oo, aling kapapamilya ang dahilan para sa pagkuha mo ng pagliban?

- Magulang (o magulang ng asawa)  
 Asawa  
 Anak, manugang  
 Kapatid  
 Apo  
 Lolo o lola (o lolo o lola ng asawa)  
 Iba pa: \_\_\_\_\_

**Oras para maging mas malapit sa sanggol pagkatapos ng panganganak o placement ng bata**

Kung oo, petsa ng panganganak o placement: \_\_\_\_\_

**Kinakailangang serbisyo sa militar ng kapamilya**

**Gaano katagal mo inaasahang lumiban?\***

Petsa ng pagsisimula: \_\_\_\_\_ Petsa ng pagtatapos:  
\_\_\_\_\_

**Nakatanggap ka ba o makakatanggap ka ba ng kabayaran sa manggagawa (workers' compensation) o benepisyo para sa kawalan ng trabaho para sa panahon kung para saan humihiling ka ng pagliban?\***

- Oo  
 Hindi

**Alam mo ba nang mas maaga na kailangan mong kumuha ng pagliban?\***

- Oo  
 Hindi

\* Ipinapahiwatig ang kinakailangang patlang

**Ikaapat na seksyon: Pahintulot at pirma**

Maaaring magbahagi at makatanggap ang Bayad na Pampamilya at Medikal na Pagliban ng impormasyon tungkol sa iyo (o iyong claim) sa ibang mga ahensya, departamento, o iyong mga employer. Maaaring kailangan naming mag-beripika ng impormasyong ibinigay mo at maaaring humiling kami ng karagdagang impormasyon kapag kinakailangan.

Kung magbigay ka ng hindi makatotohanang impormasyon, o sadyang magtago ng impormasyon mula sa amin, ituturing ito bilang panloloko (fraud). Kung magbigay ka ng hindi tiyak na impormasyon, maaaring tanggihan namin ang iyong aplikasyon para sa benepisyo o iatas sa iyo na bayaran pabalik sa amin ang mga benepisyong ibinigay sa iyo. Maaari kang humarap sa mga multa o kriminal na paglilitis.

- Pinapahintulutan ko ang pagbunyag ng aking impormasyon at makakatotohan kong sinagutan ang mga tanong sa aplikasyon*

**Pirma\*:**

**Petsa\*:**

**Nakasulat na pangalan\*:**

*Kung ang taong nag-a-apply para sa mga benepisyo ay hindi makapirma sa form na ito dahil sa malubhang medikal na kondisyon, maaaring pumirma ang isang awtorisadong kinatawan sa kanyang ngalan, basta't magbigay rin siya ng form ng Itinalagang Awtorisadong Kinatawan.*

**Pangalan ng awtorisadong kinatawan:**

**Pirma ng awtorisadong kinatawan:**

**Petsa:**

**Numero ng telepono:**

**Email:**

\* Ipinapahiwatig ang kinakailangang patlang

- Sertipikadong lisensya/sertipiko ng pagpapakasal
- Propesyonal na lisensya (nars, doktor, engineer, atbp.)
- Transcript o rekord ng paaralan
- Balidong card ng pagkakakilanlan ng mag-aaral na ibinigay ng kolehiyo o unibersidad na may akreditasyon ng bansa
- Transportation Worker Identification Credential (TWIC)
- Rehistrasyon o titulo ng sasakyan (hindi tinatanggap ang mabilisang titulo)
- Bill ng utilidad sa tahanan (gas, kuryente, tubig, basura, sewer, landline na telepono, TV, internet, ISTA)
- Sulat ng mga benepisyo sa DSHS (medikal, pagkain, atbp.)
- Katibayan ng pagmamay-ari ng tahanan (dokumento ng mortgage, dokumento ng buwis sa propyedad, deed, titulo, atbp.)
- Pangnegosyong sulat mula sa entidad ng estado, pederal, tribo, county, o lungsod
- Sulat ng Individual Tax Identification Number (ITIN) mula sa Internal Revenue Service (IRS)
- Polisiya ng insurance ng may-ari ng bahay o nangungupahan
- Polisiya o bill ng insurance ng sasakyan
- Pay check o pay stub na may pangalan at numero ng telepono o address ng employer
- W-2 form mula sa employer, o form 1099
- Dokumentong moorage (bill, kontrata, atbp.)

# 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> ____ / ____ / ____							
<h4>REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE</h4>							
<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						
<h4>AUTHORIZATION AND SIGNATURES</h4>							
<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.**



Paghahayag Bago ang Pagkuha ng U.S. Bank ReliaCard®  
 Pangalan ng Programa: Washington Paid Family & Medical Leave

Mayroon kang mga opsyon tungkol sa kung paano mo tatanggapin ang iyong mga pagbabayad, kabilang ang direktang pagdeposito sa bank account mo o sa prepaid card na ito. Magtanong sa iyong ahensya para sa mga available na opsyon at piliin ang opsyon mo.

Buwanang bayarin	Kada pagbili	Pag-withdraw sa ATM	Pag-reload ng cash
<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> nasa network <b>\$2.50</b> wala sa network	<b>N/A</b>

Pag-inquire ng Balanse sa ATM (nasa network o wala sa network) \$0

Serbisyo sa Customer (automated o live na ahente) \$0 kada tawag

Kawalan ng aktibidad \$0

**Naniningil kami ng 3 iba pang uri ng bayarin. Isa sa mga ito ang:**

Pagpapapalit ng Card (karaniwan o pinabilis na paghahatid) \$0 o \$15.00

Tingnan ang kasamang Iskedyul ng Bayarin para sa mga libreng paraan upang ma-access ang iyong mga pondo at impormasyon ng balanse.

**Walang feature na overdraft/credit.**  
 Kwalipikado ang iyong mga pondo para sa insurance ng FDIC.

Para sa pangkalahatang impormasyon tungkol sa mga prepaid na account, bumisita sa [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid) (sa English).  
 Tingnan ang mga detalye at kundisyon para sa lahat ng bayarin at serbisyo sa loob ng package ng card, o tumawag sa **1-888-964-0359**, o bumisita sa **usbankreliacard.com** (sa English).

Iskedyul ng Bayarin sa U.S. Bank ReliaCard®  
Pangalan ng Programa: Washington Paid Family & Medical Leave

Lahat ng bayarin	Halaga	Mga Detalye
<b>Pagkuha ng cash</b>		
Pag-withdraw sa ATM (nasa network)	\$0	Ito ang bayarin sa amin sa bawat pag-withdraw. Tumutukoy ang “nasa network” sa mga network ng U.S. Bank o MoneyPass® ATM. Makikita ang mga lokasyon sa <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (sa English) o sa <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (sa English).
Pag-withdraw sa ATM (wala sa network)	\$2.50	Ito ang bayarin sa amin sa bawat pag-withdraw. Tumutukoy ang “wala sa network” sa lahat ng ATM sa labas ng mga network ng U.S. Bank o MoneyPass ATM. Maaari ka ring singilin ng bayarin ng operator ng ATM kahit na wala kang nakumpletong transaksyon.
Pag-withdraw ng Cash sa Teller	\$0	Ito ang bayarin sa amin kapag nag-withdraw ka ng cash sa iyong card mula sa isang teller sa bangko o credit union na tumatanggap ng Visa®.
<b>Impormasyon</b>		
Pag-inquire ng Balanse sa ATM (nasa network)	\$0	Ito ang bayarin sa amin sa bawat pag-inquire. Tumutukoy ang “nasa network” sa mga network ng U.S. Bank o MoneyPass ATM. Makikita ang mga lokasyon sa <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> (sa English) o sa <a href="http://moneypass.com/atm-locator.html">moneypass.com/atm-locator.html</a> (sa English).
Pag-inquire ng Balanse sa ATM (wala sa network)	\$0	Ito ang bayarin sa amin sa bawat pag-inquire. Tumutukoy ang “wala sa network” sa lahat ng ATM sa labas ng mga network ng U.S. Bank o MoneyPass ATM. Maaari ka ring singilin ng bayarin ng operator ng ATM.
<b>Paggamit sa iyong card sa labas ng U.S.</b>		
International na Transaksyon	3%	Ito ang bayarin sa amin na nalalapat kapag ginamit mo ang iyong card para sa mga pagbili sa mga merchant sa ibang bansa, at para sa mga pag-withdraw ng cash mula sa mga ATM sa ibang bansa, at isa itong porsyento ng halaga sa dolyar ng transaksyon, pagkatapos ng anumang pag-convert ng currency. Ang ilang transaksyon, kahit na ikaw at/o ang merchant o ATM ay nasa United States, ay itinuturing na mga transaksyon sa ibang bansa sa ilalim ng mga naaangkop na panuntunan ng network, at hindi namin kinokontrol kung paano kinakategorya ang mga merchant, ATM, at transaksyong ito para sa layuning ito.
International na Pag-withdraw sa ATM	\$3.00	Ito ang bayarin sa amin sa bawat pag-withdraw. Maaari ka ring singilin ng bayarin ng operator ng ATM kahit na wala kang nakumpletong transaksyon.
<b>Iba Pa</b>		
Pagpapapalit ng Card	\$0	Ito ang bayarin sa amin sa bawat pamalit na card na ipapadala sa iyo sa karaniwang tagal ng paghahatid (hanggang 10 araw ng negosyo).
Pinabilis na Paghahatid ng Pamalit na Card	\$15.00	Ito ang bayarin sa amin para sa pinabilis na paghahatid (hanggang 3 araw ng negosyo) na sisingilin bukod pa sa anumang bayarin sa Pagpapapalit ng Card.
Kawalan ng aktibidad	\$0	Ito ang bayarin sa amin na sisingilin kada buwan kapag hindi ka nakakumpleto ng transaksyon gamit ang iyong card.

Bagama't iniaalok ang pakikipag-ugnayang ito sa Tagalog, alinsunod sa mga pakikipag-ugnayang ng U.S. Bank, at sa mga dokumentong nauugnay sa iyong mga kasunduan, paghahayag, abiso, at pahayag sa kontrata, maaaring sa English lang maging available ang mga serbisyo sa Internet at mobile banking. Dapat mong mabasa at maunawaan ang mga dokumentong ito, o dapat kang humingi ng tulong sa pagsasalang ng mga ito, upang maunawaan at magamit ang produkto o serbisyong ito. Available ang mga English na dokumento kapag hiniling ang mga ito.

Kwalipikado ang iyong mga pondo para sa insurance ng FDIC. Ilalagay ang iyong mga pondo sa U.S. Bank National Association, isang institusyong binigyan ng insurance ng FDIC, at mayroon itong insurance na hanggang \$250,000 mula sa FDIC sakaling malugi ang U.S. Bank. Tingnan ang [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](http://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) (sa English) para sa mga detalye.

Walang feature na overdraft/credit.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Cardholder sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-888-964-0359**, sa pamamagitan ng koreo sa P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255, o bumisita sa [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com) (sa English).

Para sa pangkalahatang impormasyon tungkol sa mga prepaid na account, bumisita sa [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid) (sa English). Kung mayroon kang reklamo tungkol sa isang prepaid na account, tumawag sa Consumer Financial Protection Bureau sa 1-855-411-2372, o bumisita sa [cfpb.gov/complaint](http://cfpb.gov/complaint) (sa English).

CR-19647221

Ang ReliaCard ay inilabas ng U.S. Bank National Association alinsunod sa isang lisensya mula sa Visa U.S.A. Inc. ©2021 U.S. Bank. Member FDIC.