

DANH SÁCH ĐỀ MỤC ĐỀ XIN NGHỈ PHÉP

Danh Sách Đề Mục Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế

Chương trình Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế có mặt khi quý vị cần đến nhất. Hãy sử dụng danh sách đề mục này để giúp quý vị tập hợp thông tin và thực hiện các bước cần thiết để xin nghỉ phép hưởng lương.

HƯỚNG DẪN QUYỀN LỢI NGHỈ PHÉP HƯỞNG LƯƠNG VÌ LÝ DO GIA ĐÌNH VÀ Y TẾ

Hướng Dẫn về Quyền Lợi Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế cung cấp thông tin về cách nộp đơn yêu cầu quyền lợi và gửi yêu cầu giải quyết quyền lợi theo tuần. Hướng Dẫn này cũng giải thích các quyền lợi và trách nhiệm của quý vị theo luật. Người xin nghỉ có trách nhiệm nắm được thông tin trong hướng dẫn này. Tải về bản hướng dẫn này tại paidleave.wa.gov/benefit-guide.

VỚI MỌI LÝ DO NGHỈ:

Thông báo bằng văn bản cho hãng sở và lưu lại một bản sao.

- Nếu quý vị biết trước mình sẽ nghỉ, hãy thông báo bằng văn bản cho hãng sở ít nhất 30 ngày trước khi bắt đầu nghỉ.
- Nếu quý vị bất ngờ cần nghỉ phép hưởng lương, hãy thông báo cho hãng sở bằng văn bản ngay khi biết mình cần nghỉ.
- Có thể thông báo qua email, thư hoặc tin nhắn. Hãy đảm bảo lưu lại một bản sao.

Tập hợp các thông tin sau, là những thông tin quý vị sẽ cần khi xin nghỉ:

- Số An Sinh Xã Hội (Social Security number).
- Giấy tờ xác minh danh tính (xem danh sách các loại giấy tờ được chấp nhận)
- Danh sách tất cả các hãng sở mà quý vị từng làm việc trong 12 tháng qua.

CÁC GIẤY TỜ XIN NGHỈ KHÁC:

Quý vị cũng cần nộp các loại giấy tờ cụ thể khi xin nghỉ, tùy thuộc vào lý do xin nghỉ hưởng lương:

NGHỈ VÌ LÝ DO Y TẾ:

- **Nếu xin nghỉ vì lý do bản thân, quý vị cần có:**

- Giấy Chứng Nhận Bệnh Trạng Nghiêm Trọng (Certification of Serious Health Condition) do nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị cấp hoặc
- Giấy tờ theo Đạo Luật Nghỉ Phép vì Lý Do Y tế hoặc Gia Đình (Family Medical Leave Act) hoặc tài liệu khác từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị, để có thể xác nhận quý vị hiện có bệnh trạng nghiêm trọng.

NGHỈ PHÉP VÌ LÝ DO GIA ĐÌNH:

- **Nếu xin nghỉ vì người nhà, quý vị cần có:**
 - Giấy Chứng Nhận Bệnh Trạng Nghiêm Trọng (Certification of Serious Health Condition) do nhà cung cấp dịch vụ y tế *của họ cấp hoặc*
 - Giấy tờ theo Đạo Luật Nghỉ Phép vì Lý Do Y tế hoặc Gia Đình (Family Medical Leave Act) hoặc tài liệu khác từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của họ, để có thể xác nhận quý vị hiện có bệnh trạng nghiêm trọng.
 - Chúng tôi có thể yêu cầu cung cấp giấy tờ chứng minh quan hệ gia đình nếu có câu hỏi về đơn của quý vị.
- **Nếu quý vị xin nghỉ sinh con, nhận nuôi hoặc trở thành cha/mẹ nuôi:**
 - Quý vị không cần cung cấp giấy tờ chứng sinh, chứng minh nhận nuôi hay sắp xếp để xin nghỉ với lý do chăm sóc. Chúng tôi có thể yêu cầu cung cấp giấy tờ đó nếu có câu hỏi về đơn của quý vị.
- **Nếu quý vị nghỉ để dành thời gian cho người nhà vì một sự kiện quân sự hay nghĩa vụ quân sự, quý vị cần có:**
 - Lệnh nghĩa vụ quân sự có hiệu lực hoặc giấy tờ chính quy khác của quân đội, và
 - Quý vị có thể cần giấy tờ chứng minh quan hệ gia đình

GIẤY TỜ XÁC MINH DANH TÍNH

Các loại giấy tờ chứng minh danh tính được chấp nhận để xin Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế

Quý vị phải cung cấp các giấy tờ xác minh danh tính kèm theo đơn xin Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế của mình. Ngoài ra, phải nộp cả giấy tờ xác minh danh tính của bất kỳ người đại diện được ủy quyền và chỉ định nào. **Vui lòng nộp một loại giấy tờ riêng lẻ HOẶC hai loại giấy tờ thay thế trong danh sách dưới đây.** Không gửi bản gốc.

Giấy tờ riêng lẻ (một trong các loại giấy tờ này)

- Mẫu nhận dạng **hợp lệ** do chính phủ Hoa Kỳ (liên bang hoặc tiểu bang) cấp (tức hộ chiếu, thẻ thông hành, thẻ căn cước, bằng lái xe tiêu chuẩn hoặc nâng cao, Thẻ Đi Qua Biên Giới Thị Thực B1/B2, v.v.)
- Thẻ nhận diện **hợp lệ** của Dịch Vụ Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ. Các biểu mẫu được chấp nhận là:
 - I-327 U.S. Permit to Re-Enter Travel Document (Giấy Phép Tái Nhập Cảnh Hoa Kỳ)
 - I-551 Permanent Resident Card (Thẻ Thường Trú Nhân)
 - I-571 U.S. Refugee Travel Document (Giấy Di Chuyển Tị Nạn)
 - I-766 Employment Authorization (Xác Nhận Việc Làm)
- Mẫu nhận dạng **hợp lệ** do chính phủ nước ngoài cấp (tức hộ chiếu, thẻ căn cước lãnh sự, chứng minh thư/căn cước công dân hoặc thẻ "cedula" có chữ ký và ảnh, v.v.)
- Thẻ căn cước ghi danh **hợp lệ** từ một bộ lạc người Da Đỏ được liên bang công nhận (phải có chữ ký và ảnh của quý vị)
- Thẻ căn cước **hợp lệ** do Cục Sự Vụ Người Da Đỏ Hoa Kỳ (U.S. Bureau of Indian Affairs) cấp (phải có chữ ký và ảnh của quý vị)

Giấy tờ thay thế (hai trong số các loại này)

- Mẫu nhận dạng **đã hết hạn** do chính phủ Hoa Kỳ (liên bang hoặc tiểu bang) cấp (tức hộ chiếu, thẻ thông hành, thẻ căn cước, bằng lái xe tiêu chuẩn hoặc nâng cao, Thẻ Đi Qua Biên Giới Thị Thực B1/B2, v.v.)
- Thẻ nhận diện **đã hết hạn** của Dịch Vụ Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ. Các biểu mẫu được chấp nhận là:
 - I-327 U.S. Permit to Re-Enter Travel Document (Giấy Phép Tái Nhập Cảnh Hoa Kỳ)
 - I-551 Permanent Resident Card (Thẻ Thường Trú Nhân)
 - I-571 U.S. Refugee Travel Document (Giấy Di Chuyển Tị Nạn)
 - I-766 Employment Authorization (Xác Nhận Việc Làm)
- Mẫu nhận dạng **đã hết hạn** do chính phủ nước ngoài cấp (tức hộ chiếu, thẻ căn cước lãnh sự, chứng minh thư/căn cước công dân hoặc thẻ "cedula" có chữ ký và ảnh, v.v.)
- Giấy tờ nhận nuôi
- Giấy chứng sinh đã chứng thực của Hoa Kỳ hoặc nước ngoài
- Thẻ khai sinh đã chứng thực (phải có tên, ngày sinh, nơi sinh của quý vị, ngày lưu hồ sơ và ngày cấp)
- Giấy phép tàng trữ vũ khí hợp lệ do một cơ quan tiểu bang hoặc quận cấp
- Giấy Báo Sinh Lãnh Sự Nước Ngoài (Consular Report of Birth Abroad)
- Sắc lệnh Thiếu Niên Được Tòa Bảo Hộ (Ward of the Court)/Lệnh Quan Hệ Phụ Thuộc (Order of Dependency)
- Thư xác nhận hoàn thành nghĩa vụ (clearance letter) hoặc hồ sơ lái xe từ một cơ quan lộ vận (department of motor vehicles, DMV) cấp tiểu bang
- Sắc lệnh ly hôn đã chứng thực
- Giấy phép/chứng nhận kết hôn đã chứng thực
- Giấy phép hành nghề (điều dưỡng, bác sĩ, kỹ sư, v.v.)
- Bảng điểm hoặc hồ sơ học tập
- Thẻ sinh viên hợp lệ do một trường cao đẳng hoặc đại học được công nhận cấp quốc gia cấp
- Chứng Nhận Nhận Dạng Người Lao Động ngành Giao Thông Vận Tải (Transportation Worker Identification Credential, TWIC)
- Đăng ký xe hoặc giấy tờ sở hữu xe (giấy tờ cấp nhanh không được chấp nhận)
- Hóa đơn tiện ích gia đình (gas, điện, nước, rác, nước thải, điện thoại cố định, truyền hình, Internet, ISTA)
- Thư về quyền lợi theo Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội (Department of Social & Health Services) (y tế, thực phẩm, v.v.)
- Giấy tờ chứng minh quyền sở hữu nhà ở (hồ sơ thế chấp, giấy tờ thuế bất động sản, chứng thư, giấy tờ sở hữu, v.v.)
- Thư công việc từ một cơ quan chính quyền cấp tiểu bang, liên bang, bộ lạc, quận hoặc thành phố
- Thư về Số Nhận Diện Cá Nhân Đóng Thuế (Individual Taxpayer Identification Number, ITIN) từ Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS)
- Hợp đồng bảo hiểm của chủ nhà hoặc người thuê nhà
- Hóa đơn hoặc hợp đồng bảo hiểm xe hơi
- Séc lương hoặc phiếu lương có tên, số điện thoại hoặc địa chỉ của hãng sở
- Biểu mẫu W-2 từ một hãng sở hoặc biểu mẫu 1099
- Giấy tờ chứng minh tính ràng buộc (hóa đơn, hợp đồng, v.v.)

Nộp Đơn Xin Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế

Trước khi bắt đầu

Khi nộp đơn yêu cầu quyền lợi qua mạng, quý vị có thể chọn phương thức gửi yêu cầu giải quyết quyền lợi theo tuần (qua mạng hoặc qua điện thoại) và phương thức nhận thanh toán quyền lợi (ghi nợ trực tiếp vào tài khoản ngân hàng hoặc trên thẻ ghi nợ trả trước). Khi nộp đơn yêu cầu quyền lợi bằng đơn giấy, quý vị bị giới hạn như sau:

1. Gửi yêu cầu giải quyết quyền lợi theo tuần qua điện thoại bằng cách gọi 833-717-2273.
2. Nhận thanh toán quyền lợi trên thẻ ghi nợ trả trước.

Nếu muốn gửi yêu cầu giải quyết quyền lợi theo tuần qua mạng hoặc nhận thanh toán quyền lợi qua phương thức ghi nợ trực tiếp, quý vị phải nộp đơn qua mạng. Truy cập www.paidleave.wa.gov để biết thêm thông tin.

Hướng Dẫn về Quyền Lợi Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế cung cấp thông tin về cách nộp đơn yêu cầu quyền lợi và gửi yêu cầu giải quyết quyền lợi theo tuần. Hướng Dẫn này cũng giải thích các quyền lợi và trách nhiệm của quý vị theo luật. Tải về bản hướng dẫn này tại paidleave.wa.gov/benefit-guide hoặc đề nghị cung cấp bản sao bằng cách gọi 833-717-2273.

Chỉ dẫn nộp đơn yêu cầu quyền lợi

Phần thông tin cá nhân và liên hệ

Cung cấp tên, Số An Sinh Xã Hội (SSN), ngày sinh và thông tin liên hệ của quý vị. Địa chỉ quý vị cung cấp là nơi chúng tôi sẽ gửi thẻ ghi nợ trả trước và thư từ khác đến qua đường bưu điện.

Phần thông tin tuyển dụng

Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin quý vị cung cấp nhằm xác nhận xem quý vị đã làm việc đủ số giờ để đủ điều kiện nghỉ phép chưa.

- Tên Hãng Sở. Tên doanh nghiệp hoặc tổ chức nơi quý vị đang làm việc.
- Mã Nhận Diện Doanh Nghiệp Thống Nhất (Unified Business Identifier, UBI) hoặc Số Nhận Diện Hãng Sở Liên Bang (Federal Employer Identification Number, FEIN). Tìm UBI hãng sở của quý vị bằng cách đề nghị họ cung cấp hoặc sử dụng công cụ tra cứu UBI trên trang web của Cục Thuế (Department of Revenue) (www.DOR.wa.gov).
- Ngày bắt đầu và kết thúc công việc. Nếu họ là hãng sở hiện tại của quý vị, hãy bỏ trống ngày kết thúc và đánh dấu vào ô thể hiện họ là hãng sở hiện tại của quý vị.

Phần thông tin nghỉ phép

Chúng tôi sẽ đề nghị cung cấp thông tin về yêu cầu nghỉ phép của quý vị, bao gồm lý do xin nghỉ (y tế, gia đình, chăm sóc sau sinh hoặc sắp xếp cho trẻ hay nghĩa vụ quân sự cấp bách) cũng như ngày bắt đầu và kết thúc dự kiến.

Người khác có thể điền biểu mẫu này cho tôi không?

Quý vị có thể ủy quyền cho người khác thay mặt quý vị thực hiện vì mục đích quyền lợi Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế. Để làm điều này, quý vị hãy hoàn thành biểu mẫu Đại Diện được Ủy Quyền và Chỉ Định (Designated Authorized Representative). Liên hệ với chúng tôi theo số 833-717-2273 để nhận một bản biểu mẫu.

Nộp đơn

Gửi đơn hoàn chỉnh, bản sao các giấy tờ nhận dạng và mọi loại giấy tờ củng cố khác (chứng nhận bệnh trạng nghiêm trọng, biểu mẫu đại diện được ủy quyền và chỉ định, v.v.) về:

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

Quý vị có câu hỏi?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ chúng tôi theo số 833-717-2273 hoặc paidleave@esd.wa.gov.

Nộp đơn yêu cầu quyền lợi

Phần 1: Thông tin cá nhân	
Họ tên (tên, tên đệm, họ)*:	
SSN*:	
Ngày sinh*:	
Số điện thoại*:	
Địa chỉ email:	
Phương thức liên hệ ưu tiên*:	
<input type="checkbox"/> Số điện thoại	
<input type="checkbox"/> Email	
<input type="checkbox"/> Thư	
Địa chỉ gửi thư*:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Giới tính*:	
<input type="checkbox"/> Nữ	
<input type="checkbox"/> Nam	
<input type="checkbox"/> Phi nhị giới	
<input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ	
Nội dung nào sau đây mô tả đúng nhất về chủng tộc của quý vị? Đánh dấu tất cả các nội dung phù hợp.	
<input type="checkbox"/> Da Trắng	
<input type="checkbox"/> Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi	
<input type="checkbox"/> Người Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Địa	
<input type="checkbox"/> Người Nam Á hoặc Người Mỹ Gốc Nam Á	
<input type="checkbox"/> Người Đông Á hoặc Người Mỹ Gốc Đông Á	
<input type="checkbox"/> Người Đông Nam Á hoặc Người Mỹ Gốc Đông Nam Á	
<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Quần Đảo Thái Bình Dương khác	
<input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh	
<input type="checkbox"/> Người Trung Đông hoặc Người Mỹ Gốc Ả Rập	
<input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ	
<input type="checkbox"/> Khác	

Dấu * chi trường bắt buộc

Phần 2: Thông tin tuyển dụng

Chúng tôi cần biết quá trình làm việc của quý vị nhằm xác định xem quý vị đã làm đủ số giờ để đủ tiêu chuẩn nghỉ phép chưa. Vui lòng liệt kê từng hãng sở mà quý vị đã làm việc từ ngày 1 tháng 1 năm 2019.

Tình trạng việc làm hiện tại của quý vị là gì?*

- Người lao động nhận lương toàn thời gian
- Người lao động bán thời gian hoặc theo giờ
- Thất nghiệp

Tên hãng sở*:

UBI hoặc FEIN:

Đây có phải là hãng sở hiện tại của quý vị không?*

- Có
- Không

Quý vị có kế hoạch nghỉ phép ở hãng sở này phải không?*

- Đúng
- Sai

Quý vị đã thông báo với hãng sở này là quý vị có kế hoạch nghỉ phép chưa?*

- Rồi
- Chưa
- Được miễn yêu cầu

Nếu có, quý vị đã thông báo cho họ vào ngày nào?* _____

Ngày bắt đầu tuyển dụng*:

Ngày kết thúc tuyển dụng:

Số điện thoại hãng sở*:

Địa chỉ hãng sở*: _____

Tên hãng sở:

UBI hoặc FEIN:

Đây có phải là hãng sở hiện tại của quý vị không?

- Có
- Không

Quý vị có kế hoạch nghỉ phép ở hãng sở này phải không?

- Đúng
- Sai

Quý vị đã thông báo với hãng sở này là quý vị có kế hoạch nghỉ phép chưa?

- Rồi
- Chưa
- Được miễn yêu cầu

Nếu có, quý vị đã thông báo cho họ vào ngày nào? _____

Ngày bắt đầu tuyển dụng:

Ngày kết thúc tuyển dụng:

Số điện thoại hãng sở:

Địa chỉ hãng sở: _____

Tên hãng sở:

UBI hoặc FEIN:

Đây có phải là hãng sở hiện tại của quý vị không?

- Có
- Không

Quý vị có kế hoạch nghỉ phép ở hãng sở này phải không?

- Có
- Không

Quý vị đã thông báo với hãng sở này là quý vị có kế hoạch nghỉ phép chưa?

- Có
- Không
- Được miễn yêu cầu

Nếu có, quý vị đã thông báo cho họ vào ngày nào? _____

Ngày bắt đầu tuyển dụng:

Ngày kết thúc tuyển dụng:

Số điện thoại hãng sở:

Địa chỉ hãng sở: _____

Dấu * chỉ trường bắt buộc

Phần 3: Thông tin nghỉ phép

Chọn lý do nghỉ phép đề nghị*:

Nghỉ phép vì lý do y tế của bản thân

Nếu có, có phải quý vị không thể làm việc do có bệnh trạng nghiêm trọng liên quan đến thai kỳ hay không?

- Có
 Không

Nghỉ để chăm sóc người nhà

Nếu có, quý vị sẽ chăm sóc người nhà nào?

- Cha/mẹ (hoặc cha/mẹ của vợ/chồng)
 Vợ/chồng
 Con, con rể, con dâu
 Anh/chị/em ruột
 Cháu gọi bằng ông/bà
 Ông/bà (hoặc ông/bà của vợ/chồng)
 Anh/em rể, chi/em dâu, anh/chị/em chồng, anh/chị/em vợ
 Khác: _____

Chăm sóc sau sinh hoặc sắp xếp cho trẻ

Nếu có, ngày sinh hoặc sắp xếp: _____

Nghĩa vụ quân sự cấp bách

Quý vị dự kiến sẽ nghỉ bao lâu?*

Ngày bắt đầu: _____ Ngày kết thúc: _____

Quý vị có (đã hoặc sẽ) nhận được thù lao cho người lao động hay quyền lợi thất nghiệp cho thời gian quý vị xin nghỉ không?*

- Có
 Không

Quý vị có biết trước là mình sẽ cần nghỉ phép không?*

- Có
 Không

Dấu * chi trường bắt buộc

Phần 4: Đồng ý và chữ ký

Chương trình Nghỉ Phép Hưởng Lương vì Lý Do Gia Đình và Y Tế (Paid Family and Medical Leave) có thể chia sẻ và nhận thông tin về quý vị (hoặc yêu cầu giải quyết quyền lợi của quý vị) với các cơ quan, phòng ban khác hoặc hãng sở của quý vị. Chúng tôi có thể cần xác minh thông tin mà quý vị cung cấp và có thể yêu cầu bổ sung thông tin nếu cần.

Nếu quý vị xuyên tạc sự thật về bản thân hoặc cố tình che giấu thông tin trước chúng tôi, việc đó sẽ được xem là gian lận. Nếu quý vị cung cấp thông tin không chính xác, chúng tôi có thể từ chối đơn yêu cầu quyền lợi của quý vị hoặc yêu cầu quý vị hoàn trả các quyền lợi đã được nhận. Quý vị có thể phải đối mặt với khởi tố hình sự hoặc bị phạt tiền.

- Tôi đồng ý với việc tiết lộ thông tin của mình và tôi đã trả lời đúng sự thực các câu hỏi trong đơn.*

Chữ ký*:

Ngày*:

Tên viết in hoa*:

Nếu người nộp đơn yêu cầu quyền lợi không thể ký biểu mẫu này do thương tích hoặc bệnh trạng nghiêm trọng, đại diện được ủy quyền có thể thay mặt họ ký tên, với điều kiện họ nộp cả biểu mẫu Đại Diện được Ủy Quyền và Chỉ Định (Designated Authorized Representative).

Tên đại diện được ủy quyền:

Chữ ký của đại diện được ủy quyền:

Ngày:

Số điện thoại:

Email:

Dấu * chi trường bắt buộc

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

STEP 1:

Select the right form

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

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

Use the Certification of Birth form when applying for:

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

STEP 2:

Fill out the form

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

Can someone else complete this form for me?

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

STEP 3:

Upload your completed form

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

Questions?

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

Instructions for Healthcare Providers

The Certification of Serious Health Condition form is used to certify a serious health condition to qualify for Paid Family and Medical Leave. Your patient may be applying due to their own serious health condition or to care for a family member with a serious health condition.

Healthcare Providers is defined by law in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090.

SERIOUS HEALTH CONDITION

A serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Generally, a serious health condition could include an illness, injury, impairment, or physical or mental condition that involves:

- **Inpatient care in a hospital, hospice, or residential medical care facility, including any period of incapacity; or**
- **Continuing treatment by a healthcare provider including any of the following:**
 - **Incapacity:** A period of incapacity of more than three consecutive days and subsequent treatment or period of incapacity relating to the same condition. Incapacity means an inability to work, attend school, or perform other regular daily activities because of a serious health condition, treatment of that condition or recovery from it, or subsequent treatment.
 - **Pregnancy:** Any period of incapacity due to pregnancy, or for prenatal care.
 - **Chronic conditions:** Any period of incapacity or treatment for such incapacity due to a chronic serious health condition. A chronic serious health condition is one which:
 - » Continues over an extended period of time, including recurring episodes of a single underlying condition;
 - » Requires periodic visits to a health care provider; and
 - » May cause episodic rather than a continuing period of incapacity, including asthma, diabetes, and epilepsy
- **Permanent/Long-term:** A period of incapacity which is permanent or long-term due to a condition for which treatment may not be effective. The employee or family member must be under the continuing supervision of, but need not be receiving active treatment by, a health care provider, including :
 - » Alzheimer's, a severe stroke, or the terminal stages of a disease; or
 - » Multiple treatments: Any period of absence to receive multiple treatments, including any period of recovery from the treatments.
 - » Substance abuse may be a serious health condition if the treatment meets other requirements in this definition.

Questions?

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

Certification of Serious Health Condition Form

Certification of Serious Health Condition

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

Section one: Your information							
<i>To be completed by the person applying for leave before having the healthcare provider complete section two</i>							
Paid Leave Customer ID number (if known):							
Name:							
Date of birth: ____ / ____ / ____							
REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE							
<input type="checkbox"/> For my own serious health condition Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient.							
<input type="checkbox"/> For medical reasons related to my own pregnancy Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient. If applying for family (bonding) leave following the birth of a child, you and your healthcare provider should also fill out the Certification of Birth form.							
<input type="checkbox"/> To care for a family member during their serious health condition The family member needing care is my: <table border="0" style="width: 100%;"> <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> Instructions: Have your family member's healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing your family member as the patient.		<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						
AUTHORIZATION AND SIGNATURES							
<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>							
Signature (required):	Date:						
<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>							
Authorized representative name:							
Signature:	Date:						

Certification of Serious Health Condition Form

Name of person applying for leave: _____

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

Section two: Description of the serious health condition

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

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

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

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

Is the patient pregnant or recovering from giving birth?

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

If yes, is the patient experiencing a pregnancy-related serious health condition?
This can include but is not limited to severe morning sickness, prenatal complications resulting in bedrest, preeclampsia, infections or recovery after a cesarean delivery or other postnatal complications.

Yes No

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

Start date: ____ / ____ / ____

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

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, that the patient's condition meets the definition of "serious health condition" [RCW 50A.05.010], and that I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].

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

Name and title (required): _____

Certificate license number and state: (required): _____

License area/area of practice (required): _____

Business name (required): _____

Address: (required): _____

Phone number (required): _____

Email address: _____

Certification of Birth Form

Who should use this form?

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

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

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

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

Parent's information

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

Information about parent that gave birth (required):

Name: _____

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

Information about the other parent (optional):

Name: _____

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

Certification of birth

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

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

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

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

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

Name and title (required): _____

Certificate license number and state: _____

License area/area of practice (required): _____

Business name (required): _____

Address: _____

Phone number: _____

Email address: _____

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

Thông báo của U.S. Bank Trước khi Mua lại ReliaCard®
Tên Chương trình: Washington Paid Family & Medical Leave

Bạn có các tùy chọn về cách nhận tiền,
bao gồm gửi trực tiếp vào tài khoản ngân hàng của bạn hoặc vào thẻ trả trước này.
Hỏi chi nhánh ngân hàng của bạn về các tùy chọn sẵn có và đưa ra lựa chọn.

Phí tháng \$0	Mỗi lần mua \$0	Rút tiền tại ATM \$0 cùng ngân hàng \$2,50 khác ngân hàng	Nạp tiền vào tài khoản Không áp dụng
-------------------------	---------------------------	---	---

Truy vấn Số dư tại ATM (cùng ngân hàng hoặc khác ngân hàng) \$0

Chăm sóc Khách hàng (tự động hoặc trò chuyện trực tiếp) \$0 mỗi cuộc gọi

Không hoạt động \$0

Chúng tôi tính 3 loại phí khác. Một trong số đó là:

Đổi Thẻ (chuyển phát tiêu chuẩn hoặc nhanh) \$0 hoặc \$15,00

Tham khảo Bảng Phí đi kèm để biết cách thức truy cập miễn phí thông tin về tiền và số dư của quý vị.

Không có tính năng thấu chi/tín dụng.
Tiền của quý vị được FDIC bảo hiểm.

Để biết thông tin chung về các tài khoản trả trước, truy cập cfpb.gov/prepaid (ngôn ngữ tiếng Anh).
Xem thông tin chi tiết và điều kiện áp dụng mọi loại phí và dịch vụ kèm trong gói thẻ hoặc gọi đến
1-888-964-0359 hoặc truy cập usbankreliacard.com (ngôn ngữ tiếng Anh).

Biểu Phí U.S. Bank ReliaCard®

Tên Chương trình: Washington Paid Family & Medical Leave

Tất cả phí	Số tiền	Thông tin chi tiết
Nhận tiền mặt		
Rút tiền tại ATM (cùng hệ thống)	\$0	Đây là phí áp dụng cho mỗi lần rút tiền. "Cùng ngân hàng" chỉ mạng lưới ATM của U.S. Bank hoặc MoneyPass®. Có thể tra cứu địa điểm tại usbank.com/locations (ngôn ngữ tiếng Anh) hoặc moneypass.com/atm-locator.html (ngôn ngữ tiếng Anh).
Rút tiền tại ATM (khác ngân hàng)	\$2.50	Đây là phí áp dụng cho mỗi lần rút tiền. "Khác ngân hàng" chỉ tất cả các ATM nằm ngoài hệ thống của U.S. Bank hoặc MoneyPass. Quý vị cũng có thể bị công ty khai thác ATM tính phí ngay cả khi quý vị không hoàn tất giao dịch.
Rút tiền Mặt tại Quầy	\$0	Đây là phí chúng tôi tính khi quý vị rút tiền mặt từ thẻ tại quầy giao dịch của ngân hàng hoặc liên hiệp tín dụng chấp nhận thẻ Visa®.
Thông tin		
Truy vấn Số dư tại ATM (cùng ngân hàng)	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần truy vấn. "Cùng ngân hàng" chỉ mạng lưới ATM của ngân hàng U.S. Bank hoặc MoneyPass. Có thể tra cứu địa điểm tại usbank.com/locations (ngôn ngữ tiếng Anh) hoặc moneypass.com/atm-locator.html (ngôn ngữ tiếng Anh).
Truy vấn Số dư tại ATM (khác ngân hàng)	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần truy vấn. "Khác ngân hàng" chỉ tất cả các ATM nằm ngoài hệ thống của U.S. Bank hoặc MoneyPass. Quý vị cũng có thể bị nhà khai thác ATM tính phí.
Sử dụng thẻ ngoài Hoa Kỳ.		
Giao dịch Quốc tế	3%	Đây là khoản phí chúng tôi tính khi quý vị sử dụng thẻ của mình để mua hàng từ người bán nước ngoài và rút tiền mặt từ máy ATM nước ngoài và là tỷ lệ phần trăm số tiền giao dịch bằng đô la sau khi tiến hành chuyển đổi tiền tệ. Ngay cả khi vị trí của bạn và/hoặc người bán hoặc máy ATM ở trên lãnh thổ Hoa Kỳ, một số giao dịch được coi là giao dịch nước ngoài theo quy định về mạng hiện hành và chúng tôi không kiểm soát việc phân loại người bán, máy ATM và các giao dịch này theo cách trên.
Phí Rút tiền ATM Quốc tế	\$3,00	Đây là phí áp dụng cho mỗi lần rút tiền. Quý vị cũng có thể bị công ty khai thác ATM tính phí ngay cả khi quý vị không hoàn tất giao dịch.
Khác		
Đổi Thẻ	\$0	Đây là phí chúng tôi tính mỗi lần gửi thẻ đã đổi (tối đa 10 ngày làm việc) cho quý vị theo cách thông thường.
Chuyển phát Nhanh Thẻ được đổi	\$15,00	Đây là phí chúng tôi tính mỗi lần chuyển phát nhanh (tối đa 3 ngày làm việc) ngoài phí Đổi Thẻ.
Không hoạt động	\$0	Đây là phí chúng tôi tính mỗi tháng sau khi quý vị chưa hoàn tất một giao dịch sử dụng thẻ của mình.

Mặc dù quý vị nhận được thông tin này bằng tiếng [language], các thư từ và tài liệu về sau của U.S. Bank liên quan đến thỏa thuận hợp đồng, công khai thông tin, thông báo và sao kê ngân hàng, dịch vụ Internet và mobile banking của quý vị có thể chỉ hiển thị tiếng Anh. Quý vị phải đọc và hiểu những tài liệu này, hoặc nhờ trợ giúp để dịch các tài liệu đó để hiểu và sử dụng dịch vụ hoặc sản phẩm này. Tài liệu bằng tiếng Anh được cung cấp theo yêu cầu.

Tiền của quý vị được FDIC bảo hiểm. Tiền của quý vị sẽ được lưu giữ tại Hiệp hội Quốc gia Ngân hàng Hoa Kỳ (U.S. Bank National Association), và được FDIC bảo hiểm lên đến \$250.000 trong trường hợp U.S. Bank phá sản. Xem fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (ngôn ngữ tiếng Anh) để biết thông tin chi tiết.

Không có tính năng thấu chi/tín dụng.

Liên hệ bộ phận Chăm sóc Chủ thẻ bằng cách gọi đến **1-888-964-0359**, hoặc gửi thư đến Hộp thư 551617, Jacksonville, FL 32255 hoặc truy cập usbankreliacard.com (ngôn ngữ tiếng Anh).

Để biết thông tin chung về các tài khoản trả trước, truy cập cfpb.gov/prepaid (ngôn ngữ tiếng Anh). Nếu bạn có khiếu nại về tài khoản trả trước, hãy gọi đến Cục Bảo vệ Tài chính Khách hàng theo số 1-855-411-2372 hoặc truy cập cfpb.gov/complaint (ngôn ngữ tiếng Anh).

CR-19647221