



유급 가족 휴가 및 병가 신청서

시작하기 전에

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

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

주간 청구를 온라인으로 신청하거나 수당 지급을 계좌 입금으로 받고 싶다면, 온라인으로 신청서를 제출해야 합니다. 자세한 내용은 www.paidleave.wa.gov에서 확인하세요.

유급 가족 휴가 및 병가 수당 안내서에는 수당 신청 및 주간 청구하는 방법에 대한 정보가 수록되어 있습니다. 또한 안내서는 법률에 따른 귀하의 권리와 책임을 설명합니다. paidleave.wa.gov/benefit-guide에서 안내서를 다운로드하거나 833-717-2273번으로 전화하여 사본을 요청하세요.

수당 신청 지침

개인 및 연락처 정보 섹션

귀하의 이름, 사회보장 번호(SSN), 생년월일과 연락처를 제공하십시오. 귀하가 제공한 주소로 선불 직불카드와 기타 서신을 발송할 것입니다.

고용 정보 섹션

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

- 고용주 이름. 귀하가 근무한 사업체 또는 조직의 이름.

- 통합 사업체 식별자(Unified Business Identifier, UBI) 또는 연방정부 고용자 고유번호(Federal Employer Identification Number, FEIN). 고용주의 UBI를 요청하거나, 세무청 웹사이트(www.DOR.wa.gov)에 있는 UBI 조회 도구를 사용하여 찾아보세요.).
- 고용 시작일 및 종료일. 해당 고용주가 현재 고용주인 경우 종료일을 공란으로 비워 두고 고용주가 귀하의 현재 고용주임을 나타내는 확인란에 표시하세요.

휴가 정보 섹션

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

다른 사람이 대신 양식을 작성할 수 있습니까?

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

합리적 편의 또는 지원

저희 프로그램과 소통하는 데 도움이 되는 합리적 편의 또는 그 밖의 지원이 필요한 경우 알려주십시오. 합리적 편의 요청은 유급 가족 및 병가 옴부즈 사무국(Office of the Paid Family and Medical Leave Ombuds)을 통해 처리됩니다. 편의 요청은 이메일 PFMLaccess@esd.wa.gov 또는 전화 833-494-2273번(Washington Relay Service 711)으로 하실 수 있습니다.

신청서 제출

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

고용안정부(Employment Security Department)
유급 가족 휴가 및 병가 지원 센터(Paid Family and Medical Leave Care Center)
P.O. Box 19020
Olympia, WA 98507-0020

문의 사항

궁금한 사항은 전화 833-717-2273번 또는 이메일 paidleave@esd.wa.gov로 문의해 주십시오. 월요일~금요일 오전 8시 30분부터 오후 4시 30분 사이에 연락주시면 됩니다.

수당 신청

개인 정보

달리 명시되지 않는 한 모든 섹션을 작성하셔야 합니다.

성명(이름, 중간 이름 이니셜, 성):

SSN:

생년월일:

전화번호:

이메일 주소(선택 사항):

선호 연락 방법:

- ☐ 전화
- ☐ 이메일
- ☐ 우편

제공해 주신 전화번호로 자세한 음성사서함 메시지를 받으시겠습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

가능한 경우 영어 이외의 언어로 의사 소통하는 것을 선호하십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

귀하께서 선호하는 언어는 무엇입니까?

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 암하라어 | <input type="checkbox"/> 일본어 | <input type="checkbox"/> 러시아어 |
| <input type="checkbox"/> 아랍어 | <input type="checkbox"/> 한국어 | <input type="checkbox"/> 소말리어 |
| <input type="checkbox"/> 캄보디아어(크메르어) | <input type="checkbox"/> 라오스어 | <input type="checkbox"/> 스페인어 |
| <input type="checkbox"/> 중국어 | <input type="checkbox"/> 마셜어 | <input type="checkbox"/> 타갈로그어 |
| <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 오로모어 | <input type="checkbox"/> 우크라이나어 |
| <input type="checkbox"/> 페르시아어 | <input type="checkbox"/> 편자브어 | <input type="checkbox"/> 베트남어 |
| <input type="checkbox"/> 기타. 기타를 선택하신 경우, 귀하께서 선호하는 언어는 무엇입니까? | | |

우편 주 :

시:

주:

우편번호:

성별:

- ☐ 여성
- ☐ 남성
- ☐ 논바이너리
- ☐ 밝히고 싶지 않음

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 백인 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 |
| <input type="checkbox"/> 흑인 | <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 |
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 중동인 또는 아랍계 미국인 |
| <input type="checkbox"/> 남아시아인 또는 남아시아계 미국인 | <input type="checkbox"/> 밝히고 싶지 않음 |
| <input type="checkbox"/> 동아시아인 또는 동아시아계 미국인 | <input type="checkbox"/> 기타. 기타를 선택하신 경우, 구체적으로 기재해 주십시오: |
| <input type="checkbox"/> 동남아시아인 또는 동남아시아계 미국인 | |

휴가 정보

섹션 1 또는 섹션 2를 작성하십시오. 그 밖의 모든 섹션은 필수 기재 항목입니다.

섹션 1:

출산 예정이거나 출산한 부모인 경우

임신 중 진료를 위해 휴가를 사용하고 있습니까?

- ☐ 예. 그런 경우, 출산 예정일 또는 출산일: _____
- ☐ 아니요

출산 후 회복을 위해 휴가를 사용하고 있습니까?

- ☐ 예. 그런 경우, 출산 예정일 또는 출산일: _____
- ☐ 아니요

임신이나 출산과 관련된 합병증을 겪고 있습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

신생아와 유대감을 형성하기 위해 휴가를 사용하고 있습니까(일반적으로 병가 후에 사용)?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

섹션 2:

그 밖의 모든 상황:

휴가를 사용해야 하는 이유는 무엇입니까? (한 가지만 선택)

- ☐ 본인의 병가
- ☐ 가족을 돌보기 위한 휴가

그런 경우, 어떤 가족 때문에 휴가를 내십니까?

- ☐ 부모(또는 배우자의 부모)
- ☐ 배우자
- ☐ 자녀(또는 사위, 며느리)
- ☐ 형제자매
- ☐ 손주
- ☐ 조부모(또는 배우자의 조부모)
- ☐ 기타: _____
- ☐ 자녀 출산 후 또는 위탁 배정 후 유대감 형성
그런 경우, 출산 또는 위탁 배정 날짜: _____
- ☐ 군사적 위급 상황

섹션 3:

휴가 기간은 어느 정도로 예상하십니까?

시작일: _____ 종료일: _____

휴가가 시작되기 전에 휴가를 받을 필요가 있음을 알고 계셨습니까??

- ☐ 예
- ☐ 아니요

고용 정보

귀하께서 휴가 이용 자격에 해당하는 시간만큼 근무했는지를 판단하려면 고용 이력이 필요합니다. 지난 18개월 이내에 근무한 각 고용주를 기재해 주십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

현재 고용 상태가 무엇입니까?

- ☐ 풀타임 봉급 직원
- ☐ 파트타임 또는 시간제 직원
- ☐ 실직 상태

고용주 성명:		
UBI 또는 FEIN:		고용주 전화번호:
해당인이 현 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		해당 고용주로부터 휴가를 받을 계획입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
해당 고용주에게 휴가 계획을 통지했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 요건 면제 그런 경우, 언제 통지했습니까? _____		
고용 시작일:		고용 종료일(선택 사항):
고용주 주소:		
시:	주:	우편번호:
고용주 성명:		
UBI 또는 FEIN:		고용주 전화번호:
해당인이 현 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		해당 고용주로부터 휴가를 받을 계획입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
해당 고용주에게 휴가 계획을 통지했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 요건 면제 그런 경우, 언제 통지했습니까? _____		
고용 시작일:		고용 종료일(선택 사항):
고용주 주소:		
시:	주:	우편번호:
고용주 성명:		
UBI 또는 FEIN:		고용주 전화번호:

고용주 성명:		
UBI 또는 FEIN:	고용주 전화번호:	
해당인이 현 고용주입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	해당 고용주로부터 휴가를 받을 계획입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
해당 고용주에게 휴가 계획을 통지했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 요건 면제 예인 경우, 언제 통지했습니까? _____		
고용 시작일:	고용 종료일:	
고용주 주소:		
시:	주:	우편번호:

동의 및 서명

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

본인에 관하여 잘못된 정보를 전달하거나, 고의로 정보를 제공하지 않은 경우 사기로 간주됩니다. 부정확한 정보를 제공한 경우, 귀하의 수당 신청을 거부하거나 귀하가 받은 수당을 회수해야 할 수 있습니다. 벌금이나 형사 기소를 당할 수도 있습니다. 본 문서에 서명함으로써, **본인은 본인의 정보 공개에 동의하며 신청서 질문에 진실되게 답변했습니다.**

서명:

날짜:

정자체 성명:

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

위임 대리인 성명(선택 사항):

위임 대리인 서명(선택 사항):

날짜(선택 사항):

전화번호(선택 사항):

이메일(선택 사항):

신원 확인 문서

유급 가족 휴가 및 병가 요청 시 허용 가능한 신원 확인 문서

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

단독 문서(이 중 한 가지)

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

대체 문서(이 중 두 가지)

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

의료 증명서

유급 가족 휴가 및 병가

1단계:

올바른 양식 선택

본인의 심각한 건강 상태로 인해 유급 **병가**를 신청할 경우 이 양식을 사용하시기 바랍니다.

기타 유급 휴가 유형에 대한 양식은 [헬프 센터\(paidleave.wa.gov/help-center\)](https://paidleave.wa.gov/help-center)에서 확인하십시오.

2단계:

양식 작성

휴가를 신청하는 본인이 섹션 1을 작성하고, 의료 서비스 제공자가 증명서를 작성하고 서명합니다. 의료 서비스 제공자 지침은 본 패킷에 포함되어 있습니다.

신청일로부터 90일 이상 그 이전에 의료 서비스 제공자가 서명한 양식은 접수되지 않습니다. 만성 질환의 경우, 12개월마다 새로운 증명서가 필요합니다.

다른 사람이 대신 양식을 작성할 수 있습니까?

- 유급 가족 휴가 및 병가 수당 신청과 관련하여 위임 대리인 지정 양식을 작성하여 다른 개인이 귀하를 대리하도록 승인할 수 있습니다. 귀하의 위임 대리인은 섹션 2 작성 시 의료 서비스 제공자를 대신할 수 없습니다.
- 위임 대리인 지정 양식을 요청하려면 전화 833-717-2273번으로 문의하십시오.

3단계:

작성한 양식 업로드

유급 휴가 계정을 통해 이 양식을 업로드하거나 종이 신청서에 첨부하십시오.

문의 사항

궁금한 사항이 있으면 전화 833-717-2273번 또는 이메일 paidleave@esd.wa.gov로 문의하십시오.

Instructions for Healthcare Providers

Paid Leave medical certification forms are 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, their pregnancy, or to care for a family member with a serious health condition. Our Certification of Birth form can be used for the first six weeks of medical leave to recover from giving birth and for family leave to bond with a new baby.

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

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Visit paidleave.wa.gov/help-center and click on Healthcare Providers.

Questions?

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

Medical Certification Serious Health Condition

Use this form for:

- Medical leave due to your own serious health condition

Patient information

Complete the patient information section, then have your healthcare provider complete and sign the certification.

Patient's name:

Patient's date of birth: ____ / ____ / ____

Paid Leave Customer ID number (if known):

Healthcare provider's certification

To be completed and signed by an authorized healthcare provider.

- All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

Briefly describe the serious health condition. Your answers should be your best estimate based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.

Provide the start and end dates for the leave needed due to the serious health condition described above.

Give specific dates. Terms such as "unknown" or "indeterminate" won't be sufficient to determine Paid Leave eligibility.

Start date: ____ / ____ / ____

End date: ____ / ____ / ____

Healthcare provider's information and signature

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

Signature:

Date: ____ / ____ / ____

Name and title:

Certificate license number and state (optional):

Type of practice/Specialty:

Phone:

Email address:

Business name and address:

Upload completed form to your Paid Leave account.

If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

Instructions for designating an authorized representative

Can I help someone apply for benefits?

You may be authorized by another individual to act on their behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits. Requests to designate an authorized representative can only be granted if we receive one of the following:

- A completed Paid Family and Medical Leave designated authorized representative form;
- Documentation of a court-appointed legal guardian with authority to make decisions on a person's behalf;
- Documentation of an individual designated as a power of attorney to act on a person's behalf; or
- Other written documentation designating an authorized representative.

Instructions

Complete sections 1-3. The person applying for benefits and their designated authorized representative must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

What if they cannot sign this form?

If a patient is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that the patient is:

- incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits, and
- unable to designate an authorized representative to act on their behalf.

The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Healthcare providers who are authorized to sign this form are defined in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090. Generally, "healthcare provider" means:

- A physician or an osteopathic physician who is licensed to practice medicine or surgery, as appropriate, by the state in which the physician practices;
- Nurse practitioners, nurse-midwives, midwives, clinical social workers, physician assistants, podiatrists, dentists, clinical psychologists, optometrists, and physical therapists licensed to practice under state law and who are performing within the scope of their practice as defined under state law by the state in which they practice.

Instructions

Complete sections 1-4. The designated authorized representative and healthcare provider must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

Questions?

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

Designated authorized representative

A designated representative is someone whom you appoint and authorize to act on your behalf and represent you to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits. A designated representative is allowed to provide and obtain personal information regarding your application for Paid Family and Medical Leave and any benefits you may receive. By designating a representative, you are authorizing us to disclose your information to the individual named in section two of this form.

Section one: Employee information

Information about the employee taking leave

Customer ID number (if known):

Name:

Date of birth:

Address:

Phone number:

Email address:

Section two: Authorized representative information

Information about the authorized representative

Name:

Relationship to employee:

Address:

Phone number:

Email address:

Section three: Authorization and signatures

Employee's authorization: I designate and authorize the person listed in section two of this form to act on my behalf to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits.
Note: Use section four if the employee is unable to sign this form

Signature:

Date:

Authorized representative's attestation: I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct and that I am acting in the best interests of the patient by completing this form.

Authorized representative name:

Authorized representative signature:

Date:

If an employee applying for leave is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that their patient is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on the patient's behalf. The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Section four: Provider's information and certification

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010. Serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Answer all questions fully and completely. Please be sure to sign the form.

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

Does the patient have a serious health condition and are they incapable of designating an authorized representative?

☐ Yes ☐ No

I declare under penalty of perjury that:

- *The patient listed on this form is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on their behalf;*
- *I am acting in the patient's best interests by completing this form; and*
- *The information provided in this form is true and correct and I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].*

Signature:	Date:
-------------------	--------------

Name and title:

Certificate license and state:

License area/area of practice:

Business name:

Address:

Phone number:

Email address:

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

서비스는 영어로만 제공될 수도 있습니다.

귀하는 지급금을 은행 계좌로 직접 받거나 이 선불카드를 통해 받도록 선택할 수 있습니다. 에이전시에 문의하여 선택 가능한 옵션을 알아보고, 선택하십시오.			
월 수수료	구매 건당	자동화기기 인출	현금 충전
\$0	\$0	\$0 네트워크 내	해당 없음
		\$2.50 네트워크 외	
자동화기기 잔액조회(네트워크 내 또는 네트워크 외)			\$0
고객 서비스(자동화 또는 실제 상담원)			\$0 통화 건당
휴면상태			\$0
3 가지의 기타 수수료가 부과됩니다. 그중 하나는 다음과 같습니다.			
카드 교체 (표준 또는 긴급 배송)			\$0 또는 \$15.00
<p>첨부된 이용 수수료 명세서를 확인하여 귀하의 자금과 잔액 정보에 접근할 수 있는 무료 방법을 알아보십시오.</p> <p>당좌차월/신용거래 기능 없음 귀하의 자금은 FDIC 의 보호를 받습니다.</p> <p>선불 계좌에 대한 일반 정보를 원하시면 cfpb.gov/prepaid(영어)를 방문해 주십시오. 모든 수수료와 서비스의 내용과 조건에 대해서는 본 카드 패키지에서 찾아보거나, 1-888-964-0359 로 전화하거나 usbankreliacard.com(영어)을 방문해 주십시오.</p>			

U.S. Bank ReliaCard® 이용 수수료 명세서

Program Name: Washington Paid Family & Medical Leave

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

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

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

당좌차월/신용거래 기능 없음

카드 소지자 서비스는 **1-888-964-0359** 으로 전화하시거나 우체국 사서함 551617, Jacksonville, FL 32255로 우편을 통해, 또는 usbankreliacard.com (영어)에 방문하여 문의하십시오.

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