Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department
P.O. Box 19020 | Olympia, WA 98507-0020

Special Identifier if needed (**)
Name
Address 1
Address 2
City State Zip

ການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍລາພັກເພື່ອຄອບຄົວ ແລະ ເພື່ອການແພດແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ

ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມຕົ້ນ

ເມື່ອທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງອອນລາຍ, ທ່ານສາມາດເລືອກວິທີຍື່ນຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະຈຳອາທິດຂອງທ່ານ (ທາງອອນລາຍ ຫຼື ທາງໂທລະສັບ) ແລະ ວິທີຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ (ຝາກໂດຍກົງເຂົ້າບັນຊີທະນາຄານ ຫຼື ບັດເດບິດແບບຈ່າຍລ່ວງໜ້າ). ເມື່ອທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍໃຊ້ຄຳຮ້ອງແບບເປັນເຈ້ຍ, ທ່ານຈະມີຂໍ້ຈຳກັດໃຫ້:

1. ສົ່ງການຮຽກຮ້ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະຈຳອາທິດຜ່ານໂທລະສັບໂດຍການໂທຫາເບີ 833-717-2273.
2. ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃນບັດເດບິດແບບຈ່າຍລ່ວງໜ້າ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນການຮຽກຮ້ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະຈຳອາທິດຂອງທ່ານທາງອອນລາຍ ຫຼື ຮັບການຊຳລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຜ່ານການຝາກເງິນເຂົ້າທະນາຄານໂດຍກົງ, ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານທາງອອນລາຍ. ໄປທີ່ www.paidleave.wa.gov ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຄູ່ມືກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກເພື່ອຄອບຄົວ ແລະ ເພື່ອການແພດແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຍື່ນການຮຽກຮ້ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະຈຳອາທິດ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຄູ່ມືດັ່ງກ່າວກໍຍັງອະທິບາຍເຖິງສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ກົດໝາຍອີກດ້ວຍ. ດາວໂຫລດຄູ່ມືທີ່ payleave.wa.gov/benefit-guide ຫຼື ຮ້ອງຂໍສຳເນົາໂດຍການໂທຫາເບີ 833-717-2273.

ຄຳແນະນຳໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

ພາກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

ລະບຸຊື່, ເລກປະກັນສັງຄົມ (Social Security Number, SSN), ວັນເດືອນປີເກີດ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງທ່ານ. ທີ່ຢູ່ທີ່ທ່ານໃຫ້ແມ່ນບ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະສົ່ງບັດເດບິດແບບຈ່າຍລ່ວງໜ້າຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆໄປໃຫ້.

ພາກຂໍ້ມູນການຈ້າງງານ

ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ ເພື່ອຢືນຢັນວ່າ ທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກຫຼາຍຊົ່ວໂມງພໍທີ່ຈະມີສິດລາພັກ.

- ຊື່ນາຍຈ້າງ. ຊື່ຂອງທຸລະກິດ ຫຼື ອົງການທີ່ທ່ານເຮັດວຽກໃຫ້.

- ການລະບຸທຸລະກິດແບບເອກະພາບ (Unified Business Identifier, UBI) ຫຼື ໝາຍເລກປະຈຳຕົວນາຍຈ້າງຂອງລັດຖະບານກາງ (Federal Employer Identification Number, FEIN). ຊອກຫາ UBI ຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ໂດຍການຮ້ອງຂໍຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ໂດຍການໃຊ້ເຄື່ອງມືຊອກຫາ UBI ຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງກົມຄຸ້ມຄອງລາຍຮັບ (www.DOR.wa.gov).

- ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ວັນສິ້ນສຸດການຈ້າງງານ. ຖ້າວັນທີດັ່ງກ່າວເປັນວັນທີທີ່ທ່ານຍັງເຮັດວຽກກັບນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ, ປ່ອຍໃຫ້ວັນສິ້ນສຸດຫວ່າງເປົ່າ ແລະ ໝາຍໃສ່ກ່ອງ ເພື່ອຊີ້ບອກວ່າ ເຂົາເຈົ້າເປັນນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ.

ພາກຂໍ້ມູນການລາພັກ
ພວກເຮົາຈະຖາມຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍລາພັກຂອງທ່ານ, ລວມທັງປະເພດຂອງການລາພັກທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍ (ທາງການແພດ, ຄອບຄົວ, ການຜູກພັນຫຼັງຈາກເກີດ ຫຼື ການຈັດວາງຂອງເດັກ ຫຼື ຄວາມເລັ່ງດ່ວນທາງທະຫານ) ແລະ ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ສິ້ນສຸດທີ່ຄາດໄວ້ຂອງທ່ານ.

ຄົນອື່ນສາມາດຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບໍ?
ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນເຮັດໜ້າທີ່ແທນທ່ານ ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກເພື່ອຄອບຄົວ ແລະ ເພື່ອການແພດແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ. ເພື່ອເຮັດສິ່ງນີ້, ຕື່ມແບບຟອມ ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີ 833-717-2273 ເພື່ອຂໍສຳເນົາແບບຟອມ.

ທີ່ພັກອາໄສ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນພັກເຊົາທີ່ເໝາະສົມ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານພົວພັນກັບໂຄງການຂອງພວກເຮົາ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້. ການຮ້ອງຂໍບ່ອນພັກເຊົາທີ່ສົມເຫດສົມຜົນແມ່ນໄດ້ຖືກຈັດການຜ່ານ ຫ້ອງການຂອງຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຈ່າຍເງິນ ແລະ ກວດສອບໃບສັ່ງລາປ່ວຍຂອງແພດ (Office of the Paid Family and Medical Leave Ombuds). ເພື່ອຮ້ອງຂໍບ່ອນພັກເຊົາ, ໃຫ້ສົ່ງອີເມວໄປທີ່ PFMLaccess@esd.wa.gov ຫຼື ໂທຫາ 833-494-2273, Washington Relay Service 711.

ການສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ
ສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານ, ສຳເນົາເອກະສານລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນອື່ນໆ (ການຢັ້ງຢືນສະພາບສຸຂະພາບທີ່ຮ້າຍແຮງ, ແບບຟອມຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດ ແລະ ອື່ນໆ) ໄປທີ່:

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

ຄຳຖາມ?
ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ 833-717-2273 ຫຼື ອີເມວ໌ paidleave@esd.wa.gov. ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການ ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ ລະຫວ່າງ 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 4:30 ໂມງແລງ.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

ຄໍາຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

ພາກສ່ວນທັງໝົດແມ່ນຕ້ອງການ ເວັ້ນເສຍແຕ່ໄດ້ບັນທຶກໄວ້ເປັນຢ່າງອື່ນ.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ):

SSN:

ວັນເດືອນປີເກີດ:

ເບີໂທລະສັບ:

ທີ່ຢູ່ອີເມວ *(ທາງເລືອກ)*:

ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ:
- o ໂທລະສັບ
- o ອີເມວ
- o ທາງຈົດໝາຍ

ພວກເຮົາສາມາດຝາກຂໍ້ຄວາມລະອຽດກ່ຽວກັບໂທລະສັບທີ່ທ່ານໃຫ້ໄດ້ຫຼືບໍ່?
- o ແມ່ນ
- o ບໍ່

ເມື່ອເປັນໄປໄດ້, ທ່ານມັກສື່ສານເປັນພາສາອື່ນ ທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດບໍ່?
- o ແມ່ນ
- o ບໍ່

ພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນຫຍັງ?

- o ອັມຫາຣິກ
- o ອາຣາບິກ
- o ກໍາປູເຈຍ (ຂະເມນ)
- o ຈີນ
- o ພາສາອັງກິດ
- o ຟາຊີ
- o ຍີ່ປຸ່ນ
- o ເກົາຫຼີ
- o ລາວ
- o ມາຊໍວີສ
- o ໂອໂຣໂມ
- o ປັນຈາບີ
- o ລັດເຊຍ
- o ໂຊມາລີ
- o ເອສປະໂຍນ
- o ຕາກາລັອກ
- o ຢູເຄຼນ
- o ຫວຽດນາມ
- o ອື່ນໆ. ຖ້າອື່ນໆ, ພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນຫຍັງ? ______________________________

ທີ່ຢູ່ຈົດໝາຍ:

ເມືອງ: **ລັດ:** **ລະຫັດໄປສະນີ:**

ເພດ:
- o ຍິງ
- o ຊາຍ
- o ບໍ່ແມ່ນສອງເພດ
- o ບໍ່ຕ້ອງການບອກ

ອັນໃດຕໍ່ໄປນີ້ ອະທິບາຍມໍລະດົກເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ? ເລືອກເອົາທັງໝົດທີ່ໃຊ້ໄດ້.

- o ຜິວຂາວ
- o ຜິວດໍາ ຫຼື ຊາວອາຟຣິກາອາເມລິກາ
- o ອາເມລິກາອິນເດຍ ຫຼື ຊາວອາລາສກ້າ
- o ອາຊີໃຕ້ ຫຼື ອາເມລິກາອາຊີໃຕ້
- o ອາຊີຕາເວັນອອກ ຫຼື ອາເມລິກາອາຊີຕາເວັນອອກ
- o ອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ ຫຼື ອາເມລິກາອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້
- o ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ ຫຼື ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ
- o ຮິດສະປານິກ ຫຼື ລາຕິນເອັກສ
- o ຕາເວັນອອກກາງ ຫຼື ອາຣັບອາເມຣິກາ
- o ບໍ່ຕ້ອງການບອກ
- o ອື່ນໆ. ຖ້າອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ: ______________________________

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

ຂຽນຂໍ້ມູນ

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນໜຶ່ງ ຫຼື ສອງ. ພາກສ່ວນອື່ນທັງໝົດແມ່ນຕ້ອງການ.

ພາກທີ 1:

ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ແມ່ທີ່ໄປ ຫຼື ເກີດລູກ:

ທ່ານກຳລັງພັກວຽກສໍາລັບການດູແລທາງການແພດໃນລະຫວ່າງການຖືພາບໍ?

- ☐ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ວັນຄົບກໍານົດເກີດ ຫຼື ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກ: _______________
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານໄດ້ລາພັກວຽກ ເພື່ອຟື້ນຕົວຈາກການເກີດລູກບໍ?

- ☐ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ວັນຄົບກໍານົດເກີດ ຫຼື ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກ: _______________
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານກໍາລັງປະສົບກັບອາການແຊກຊ້ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ຫຼື ການເກີດຂອງທ່ານບໍ?

- ☐ ແມ່ນ
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານໄດ້ລາພັກວຽກ ເພື່ອຜູກພັນກັບລູກໃໝ່ຂອງທ່ານ (ໂດຍບໍ່ກະຕືລາພັກຫຼັງຈາກພັກປິ່ນປົວ) ບໍ?

- ☐ ແມ່ນ
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ພາກທີ 2:

ສໍາລັບສະຖານະການອື່ນໆທັງໝົດ:

ເປັນຫຍັງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ລາພັກ? (ເລືອກອັນໜຶ່ງ)

- ☐ ການລາພັກທາງການແພດສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ
- ☐ ການລາພັກເບິ່ງແຍງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ
  ຖ້າແມ່ນ, ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດທີ່ທ່ານໃຊ້ການລາພັກເພື່ອ?
  - ☐ ພໍ່ແມ່ (ຫຼື ພໍ່ແມ່ຂອງຄູ່ສົມລົດ)
  - ☐ ຄູ່ສົມລົດ
  - ☐ ລູກ (ຫຼື ລູກເຂີຍ, ລູກໃພ້)
  - ☐ ພີ່ນ້ອງ
  - ☐ ຫຼານ
  - ☐ ພໍ່ເຖົ້າ (ຫຼື ພໍ່ເຖົ້າຂອງຄູ່ສົມລົດ)
  - ☐ ອື່ນໆ: ____
- ☐ ການຜູກມັດຫຼັງເກີດ ຫຼື ການວາງລູກ
  ຖ້າແມ່ນ, ວັນເດືອນປີເກີດ ຫຼື ສະຖານທີ່: _______________________________
- ☐ ພາລະກິດດ່ວນທາງການທະຫານ

ພາກທີ 3:

ທ່ານຄາດວ່າ ຈະລາພັກດົນປານໃດ?

ວັນທີ່ເລີ່ມ: _______________________________ ວັນທີສຸດທ້າຍ: _______________________________

ທ່ານຮູ້ບໍ່ວ່າ ທ່ານຈະຕ້ອງຂໍລາພັກກ່ອນການລາພັກຂອງທ່ານຈະເລີ່ມຕົ້ນ?

- ☐ ແມ່ນ
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຄວາມຕ້ອງການການລາພັກຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບ COVID-19 ບໍ?

- ☐ ແມ່ນ
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍ້ມູນການຈ້າງງານ

ພວກເຮົາຕ້ອງການປະຫວັດການຈ້າງງານຂອງທ່ານ ເພື່ອກຳນົດວ່າ ທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກພໍເທົ່າໃດຊົ່ວໂມງ ເພື່ອມີຄຸນສົມບັດສຳລັບການລາພັກ. ກະລຸນາ ລະບຸນາຍຈ້າງແຕ່ລະຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນ 2019. ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ.

ສະຖານະການຈ້າງງານປະຈຸບັນຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ?
- ☐ ພະນັກງານເງິນເດືອນເຕັມເວລາ
- ☐ ພະນັກງານບາງເວລາ ຫຼື ເປັນຊົ່ວໂມງ
- ☐ ຫວ່າງງານ

ຊື່ນາຍຈ້າງ:

UBI ຫຼື FEIN:	**ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ:**
ນີ້ແມ່ນນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	**ທ່ານກຳລັງວາງແຜນທີ່ຈະລາພັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ຮູ້ວ່າ ທ່ານມີແຜນຈະລາພັກບໍ?
- ☐ ແມ່ນ
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ
- ☐ ເງື່ອນໄຂຖືກຍົກເວັ້ນ

ຖ້າແມ່ນ, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງເຂົາເຈົ້າໃນວັນທີໃດ? ____________________

ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການຈ້າງງານ:	**ວັນທີສິ້ນສຸດການຈ້າງງານ** *(ທາງເລືອກ)*:

ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ:

ເມືອງ: **ລັດ:** **ລະຫັດໄປສະນີ:**

ຊື່ນາຍຈ້າງ:

UBI ຫຼື FEIN:	**ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ:**
ນີ້ແມ່ນນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	**ທ່ານກຳລັງວາງແຜນທີ່ຈະລາພັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ຮູ້ວ່າ ທ່ານມີແຜນຈະລາພັກບໍ?
- ☐ ແມ່ນ
- ☐ ບໍ່ແມ່ນ
- ☐ ເງື່ອນໄຂຖືກຍົກເວັ້ນ

ຖ້າແມ່ນ, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງເຂົາເຈົ້າໃນວັນທີໃດ? ____________________

ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການຈ້າງງານ:	**ວັນທີສິ້ນສຸດການຈ້າງງານ** *(ທາງເລືອກ)*:

ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ:

ເມືອງ: **ລັດ:** **ລະຫັດໄປສະນີ:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

ຊື່ນາຍຈ້າງ:	
UBI ຫຼື FEIN:	**ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ:**
ນີ້ແມ່ນນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ? □ ແມ່ນ □ ບໍ່ແມ່ນ	**ທ່ານກໍາລັງວາງແຜນທີ່ຈະລາພັກຈາກນາຍຈ້າງນີ້ບໍ?** □ ແມ່ນ □ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ຮູ້ວ່າ ທ່ານມີແຜນຈະລາພັກບໍ? □ ແມ່ນ □ ບໍ່ແມ່ນ □ ເງື່ອນໄຂຖືກຍົກເວັ້ນ **ຖ້າແມ່ນ, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງເຂົາເຈົ້າໃນວັນທີໃດ?** ______________________	
ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການຈ້າງງານ:	**ວັນທີສິ້ນສຸດການຈ້າງງານ:**
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ: **ເມືອງ:** **ລັດ:** **ລະຫັດໄປສະນີ:**	

ການຍິນຍອມ ແລະ ລົງລາຍເຊັນ

ການລະພັກສໍາລັບຄອບຄົວ ແລະ ທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ອາດຈະແບ່ງປັນ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ (ຫຼື ການ ຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ) ກັບອົງການ, ພະແນກ ຫຼື ນາຍຈ້າງອື່ນໆຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ ແລະ ອາດຈະຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຕາມຄວາມຕ້ອງການ.

ຖ້າຫາກທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນຕົວທ່ານເອງທີ່ຜິດພາດ ຫຼື ໂດຍເຈດຕະນາກັກຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາ, ມັນຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນການສໍ້ໂກງ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງສະໝັກຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ ຫຼື ຮຽກຮ້ອງ ໃຫ້ທ່ານ ຈ່າຍຄືນຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານໄດ້ມອບໃຫ້. ທ່ານອາດສາມາດປະເຊີນກັບການປັບໃໝ ຫຼື ການດໍາເນີນຄະດີອາຍາໄດ້. ໂດຍການ ເຊັນເອກະສານສະບັບນີ້, *ຂ້ອຍຍິນຍອມທີ່ຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງຂ້ອຍ ແລະ ໄດ້ຕອບຄໍາຖາມຂອງແອັບພລິເຄຊັນຢ່າງ ຈິງຈັງແທ້.*

ລາຍເຊັນ:	**ວັນທີ**
ຂຽນຊື່:	
ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ສາມາດເຊັນແບບຟອມນີ້ໄດ້ ເນື່ອງຈາກສະພາບສຸຂະພາບຮ້າຍແຮງ ຫຼື ການບາດເຈັບ, ຜູ້ຕາງໜ້າ ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດອາດຈະລົງນາມໃນນາມຂອງເຂົາເຈົ້າ, ໂດຍໃຫ້ພວກເຂົາສົ່ງ ແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເຊັ່ນກັນ.	
ຊື່ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ *(ທາງເລືອກ)***:**	
ລາຍເຊັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ *(ທາງເລືອກ)***:**	**ວັນທີ** *(ທາງເລືອກ)***:**
ເບີໂທລະສັບ *(ທາງເລືອກ)***:**	
ອີເມລ໌ *(ທາງເລືອກ)***:**	

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

ເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນ

ເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ສຳລັບການລາພັກວຽກຄອບຄົວ ແລະ ປ່ວຍການແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ (Paid Family and Medical Leave)

ທ່ານຕ້ອງສະໜອງເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນ ພ້ອມກັບ ໃບສະໝັກຂໍການລາພັກວຽກຄອບຄົວ ແລະ ປ່ວຍການແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງເຈົ້າ. ນອກນັ້ນ, ຍັງຕ້ອງໄດ້ສະໜອງເອກະສານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນສຳລັບຕົວແທນທີ່ໄດ້ມອບໝາຍສິດ. **ກະລຸນາສົ່ງເອກະສານດຽວ ຫຼື ສອງເອກະສານສຳຮອງ ໃນລາຍການຂ້າງລຸ່ມນີ້:** ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ສົ່ງເອກະສານຕົ້ນສະບັບ.

ເອກະສານດຽວ (ໜຶ່ງໃນເອກະສານເຫຼົ່ານີ້)

- **ແບບຟອມລະບຸຕົວຕົນທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍລັດຖະບານສະຫະລັດອາເມລິກາ (ລັດຖະບານກາງ ຫຼື ລັດ) (ຕົວຢ່າງ: ໜັງສືຜ່ານແດນ, ບັດໜັງສືຜ່ານແດນ, ບັດປະຈຳຕົວ, ໃບຂັບຂີ່ຂັ້ນສູງ ຫຼື ແບບມາດຕະຖານ, ບັດຜ່ານແດນ B1/B2 ອື່ນໆ.)** ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້
- **ບັດປະຈຳຕົວເປັນພົນລະເມືອງອາເມລິກາ ແລະ ມີລະຫັດການເຂົ້າເມືອງ (United States Citizenship and Immigration Service)** ຢ່າງຖືກຕ້ອງ. ແບບຟອມທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ຄື:
  - ເອກະສານເດີນທາງອະນຸຍາດໃຫ້ກັບຄືນ ເຂົ້າສະຫະລັດ I-327
  - ບັດປະຊາຊົນຖາວອນ I-551
  - ເອກະສານເດີນທາງຂອງຜູ້ລີ້ໄພສະຫະລັດ I-571
  - I-766 Employment Authorization
- **ແບບຟອມລະບຸຕົວຕົນທີ່ອອກໂດຍລັດຖະບານຕ່າງປະເທດ (ຕົວຢ່າງ: ໜັງສືຜ່ານແດນ, ບັດກົງສູນ, ບັດລະບຸສັນຊາດ ຫຼື "ບັດປະຊາຊົນ"ພ້ອມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບ, ແລະ ອື່ນໆ)** ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້
- **ບັດປະຈຳຕົວການຈົດທະບຽນຈາກຊົນເຜົ່າອິນເດຍທີ່ລັດຖະບານກາງຍອມຮັບ (ຕ້ອງລວມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບພາບຂອງທ່ານ)** ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້
- **ບັດປະຈຳຕົວ**ທີ່ອອກໂດຍ. ສຳນັກງານວຽກງານອິນເດຍ (Bureau of Indian Affairs) ຂອງສະຫະລັດ (ຕ້ອງລວມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບພາບຂອງທ່ານ) ທີ່ຍັງນຳໃຊ້ໄດ້

ເອກະສານສຳຮອງ (ສອງໃນເອກະສານເຫຼົ່ານີ້)

- **ແບບຟອມລະບຸຕົວຕົນທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍລັດຖະບານສະຫະລັດອາເມລິກາ (ລັດຖະບານກາງ ຫຼື ລັດ)(ຕົວຢ່າງ: ໜັງສືຜ່ານແດນ, ບັດໜັງສືຜ່ານແດນ, ບັດປະຈຳຕົວ, ໃບຂັບຂີ່ຂັ້ນສູງ ຫຼື ແບບມາດຕະຖານ, ບັດຜ່ານຊາຍແດນ B1/B2 ອື່ນໆ.)** ທີ່ໝົດອາຍຸນຳໃຊ້ແລ້ວ
- **ບັດປະຈຳຕົວພົນລະເມືອງອາເມລິກາ ແລະ ລະຫັດການເຂົ້າເມືອງ** ທີ່ໝົດອາຍຸແລ້ວ. ແບບຟອມທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ຄື:
  - ເອກະສານເດີນທາງອະນຸຍາດໃຫ້ກັບຄືນ ເຂົ້າສະຫະລັດ I-327
  - ບັດປະຊາຊົນຖາວອນ I-551
  - ເອກະສານເດີນທາງຂອງຜູ້ລີ້ໄພສະຫະລັດ I-571
  - ເອກະສານອະນຸຍາດຈ້າງງານ I-766
- **ແບບຟອມລະບຸຕົວຕົນທີ່ອອກໂດຍລັດຖະບານຕ່າງປະເທດ (ຕົວຢ່າງ: ໜັງສືຜ່ານແດນ, ບັດກົງສູນ, ບັດລະບຸສັນຊາດ ຫຼື "ບັດປະຊາຊົນ"ພ້ອມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບ, ແລະ ອື່ນໆ)** ທີ່ໝົດອາຍຸນຳໃຊ້ແລ້ວ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນການຮັບລູກລ້ຽງ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດທີ່ຮັບຮອງໂດຍສະຫະລັດ ຫຼື ຕ່າງປະເທດ
- ບັດທະບຽນຢັ້ງຢືນການເກີດ (ຕ້ອງລວມມີ ຊື່, ວັນເດືອນປີເກີດ, ສະຖານທີ່ເກີດ, ວັນທີຍື່ນ ແລະ ວັນທີອອກ)
- ໃບອະນຸຍາດນຳໃຊ້ອາວຸດເຊື່ອງທີ່ຖືກຕ້ອງທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍໜ່ວຍງານຂອງລັດ ຫຼື ເມືອງ
- ລາຍງານກົງສູນກ່ຽວກັບການເກີດຢູ່ຕ່າງປະເທດ
- ດຳລັດ/ຄຳສັ່ງສານກ່ຽວກັບການເພິ່ງພາອາໄສ
- ໃບແຈ້ງໂທດ ຫຼື ບັນທຶກການຂັບຂີ່ຈາກກົມພາຫະນະໃຊ້ເຄື່ອງຈັກ (Department of Motor Vehicles, DMV) ຂອງລັດ
- ໃບຢັ້ງຢືນຢ່າຮ້າງ
- ໃບຢັ້ງຢືນ/ໃບອະນຸຍາດການແຕ່ງດອງ
- ໃບປະກາດວິຊາຊີບ (ພະຍາບານ, ແພດ, ວິສະວະກອນ ແລະ ອື່ນໆ)
- ໃບປະກາດ ຫຼື ໃບຄະແນນ
- ບັດປະຈຳຕົວນັກຮຽນທີ່ຍັງນຳໃຊ້ໄດ້ອອກໃຫ້ໂດຍວິທະຍາໄລ, ຫຼື ມະຫາວິທະຍາໄລ ທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບຂອງປະເທດ
- ໃບຢັ້ງຢືນຂໍ້ມູນປະຈຳຕົວຄົນຂັບລົດຂົນສົ່ງ (Transportation Worker Identification Credential, TWIC)
- ເລກທະບຽນລົດ ຫຼື ຊື້ລົດ (ຊື່ແບບລວດໆບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້)
- ໃບບິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາຍໃນບ້ານ (ແກັສ, ເຄື່ອງໃຊ້ໄຟຟ້າ, ນ້ຳ, ນ້ຳເສຍ, ໂທລະສັບຕັ້ງໂຕະ, ໂທລະພາບ, ອິນເຕີເນັດ, ISTA)
- ຈົດໝາຍແຈ້ງຜົນປະໂຫຍດຂອງກະຊວງການບໍລິການສຸຂະພາບສັງຄົມ (Department of Social and Health Services) (ຢາ, ອາຫານ ແລະ ອື່ນໆ)
- ຫຼັກຖານສະແດງການເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນ (ເອກະສານຈຳນອງ, ເອກະສານອາກອນຊັບສິນ, ໃບຕາດິນ, ສິດນຳໃຊ້ທີ່ດິນ ແລະ ອື່ນໆ.)
- ຈົດໝາຍທຸລະກິດຈາກອົງການຈັດຕັ້ງຂອງລັດ, ໜ່ວຍງານລັດຖ/ະບານກາງ, ຊົນເຜົ່າ, ເມືອງ ຫຼື ເຂດ
- ຈົດໝາຍແຈ້ງເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍອາກອນບຸກຄົນ (Individual Tax Identification Number, ITIN) ຈາກ ກົມບໍລິການລາຍຮັບ (Internal Revenue Service, IRS)
- ເຈົ້າຂອງເຮືອນ ຫຼື ນະໂຍບາຍປະກັນໄພຂອງຜູ້ເຊົ່າ

ໃບຢັ້ງຢືນທາງການແພດ

ການລາພັກຄອບຄົວ ແລະ ທາງການແພດທີ່ມີຄ່າຈ້າງ

ຂັ້ນຕອນ 1:

ເລືອກແບບຟອມທີ່ຖືກຕ້ອງ

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍການລາພັກ **ທາງການແພດ** ທີ່ມີຄ່າຈ້າງສໍາລັບເງື່ອນໄຂດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຮ້າຍແຮງຂອງທ່ານເອງ.

ຊອກຫາແບບຟອມສໍາລັບປະເພດອື່ນໆຂອງການລາພັກທີ່ມີຄ່າຈ້າງແມ່ນມີໃນສູນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງພວກເຮົາທີ່ paidleave.wa.gov/help-center

ຂັ້ນຕອນ 2:

ຕື່ມແບບຟອມ

ບຸກຄົນທີ່ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການລາພັກເຮັດສໍາເລັດພາກທໍາອິດ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ເຊັນໃບຢັ້ງຢືນຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຄໍາແນະນໍາຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບແມ່ນລວມຢູ່ໃນຊຸດນີ້.

ແບບຟອມທີ່ລົງນາມໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຫຼາຍກວ່າ 90 ມື້ກ່ອນວັນທີໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກຍອມຮັບ. ຖ້າສະພາບການເປັນໂຣກຊໍາເຮື້ອ, ທ່ານຈະຕ້ອງການຢັ້ງຢືນໃໝ່ທຸກໆ 12 ເດືອນ.

ຄົນອື່ນສາມາດຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບໍ?

- ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນເຮັດໜ້າທີ່ແທນທ່ານ ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກຄອບຄົວ ແລະ ທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ໂດຍໃຫ້ພວກເຂົາຕື່ມແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ. ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດປ່ຽນແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເຮັດສໍາເລັດໃນພາກທີສອງ.
- ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ 833-717-2273 ເພື່ອຮ້ອງຂໍສໍາເນົາຂອງແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ຂັ້ນຕອນ 3:

ອັບໂຫຼດແບບຟອມທີ່ສໍາເລັດຂອງທ່ານ

ອັບໂຫຼດແບບຟອມນີ້ຜ່ານບັນຊີເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກທີ່ມີຄ່າຈ້າງ ຫຼື ປະກອບໃສ່ໃນໃບສະໝັກເຈ້ຍຂອງທ່ານ.

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.

Washington Paid Family & Medical Leave

Medical Certification
Serious Health Condition

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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:	

ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ອນການໄດ້ມາ ຂອງ U.S. Bank ReliaCard®
ຊື່ໂຄງການ: Washington Paid Family & Medical Leave

ການບໍລິການອາດມີໃຫ້ເປັນພາສາອັງກິດເທົ່ານັ້ນ.

ທ່ານມີຕົວເລືອກໃນການຮັບຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ, ລວມເຖິງການຝາກໂດຍກົງໄປທີ່ບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານ ຫຼື ບັດຕື່ມເງິນນີ້.
ສອບຖາມຕົວແທນຂອງທ່ານສໍາລັບຕົວເລືອກທີ່ນໍາໃຊ້ໄດ້ ແລະ ເລືອກຕົວເລືອກຂອງທ່ານ.

ຄ່າທໍານຽມປະຈໍາເດືອນ	ຕໍ່ການຊື້	ການຖອນຈາກຕູ້ ATM	ການໂຫຼດເງິນສົດຄືນໃໝ່
$0	**$0**	**$0** ໃນເຄືອຂ່າຍ **$2.50** ນອກເຄືອຂ່າຍ	**ບໍ່ມີ**

ການສອບຖາມຍອດຈາກຕູ້ ATM (ໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ນອກເຄືອຂ່າຍ)	$0
ການບໍລິການລູກຄ້າ (ອັດຕະໂນມັດ ຫຼື ຕົວແທນ)	$0 ຕໍ່ການໂທ
ບໍ່ມີການໃຊ້ງານ	$0
ພວກເຮົາເກັບຄ່າທໍານຽມອື່ນໆອີກ 3 ປະເພດ. ໜຶ່ງໃນນັ້ນແມ່ນ:	
ການປ່ຽນແທນບັດ (ການຈັດສົ່ງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ຮີບດ່ວນ)	$0 ຫຼື $15.00

ໃຫ້ເບິ່ງຕາຕະລາງຄ່າທໍານຽມທີ່ໃຫ້ມາພ້ອມນີ້ ສໍາລັບວິທີການເຂົ້າເຖິງເງິນ ແລະ ຂໍ້ມູນຍອດເງິນຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເງິນເບີກເກີນບັນຊີ/ສິນເຊື່ອ.
ເງິນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບປະກັນໄພ FDIC.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນທົ່ວໄປກ່ຽວກັບບັນຊີຈ່າຍເງິນລ່ວງໜ້າ, ເຂົ້າເບິ່ງ *cfpb.gov/prepaid* (ພາສາອັງກິດ).
ຊອກຫາລາຍລະອຽດ ແລະ ເງື່ອນໄຂຄ່າທໍານຽມ ແລະ ການບໍລິການທຸກຢ່າງຢູ່ໃນຊອງໃສ່ບັດ ຫຼື ໂທ **1-888-964-0359** ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງ **usbankreliacard.com** (ພາສາອັງກິດ).

ຕາຕະລາງຄ່າທຳນຽມ U.S. Bank ReliaCard®

ຊື່ໂຄງການ: Washington Paid Family & Medical Leave

ຄ່າທຳນຽມທັງໝົດ	ຈຳນວນ	ລາຍລະອຽດ
ເອົາເງິນສົດ		
ການຖອນເງິນຈາກຕູ້ ATM (ໃນເຄືອຂ່າຍ)	$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຕໍ່ການຖອນຂອງພວກເຮົາ. "ໃນເຄືອຂ່າຍ" ໝາຍເຖິງເຄືອຂ່າຍ ATM ຂອງ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass®. ສາມາດເບິ່ງສະຖານທີ່ໄດ້ທີ່ *usbank.com/locations* (ເປັນພາສາອັງກິດ) ຫຼື *moneypass.com/atm-locator.html* (ເປັນພາສາອັງກິດ).
ການຖອນເງິນຈາກຕູ້ ATM (ນອກເຄືອຂ່າຍ)	$2.50	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຕໍ່ການຖອນຂອງພວກເຮົາ. "ນອກເຄືອຂ່າຍ" ໝາຍເຖິງຕູ້ ATM ທັງໝົດທີ່ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass. ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກເກັບຄ່າທຳນຽມຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ATM ເຖິງວ່າທ່ານເຮັດທຸລະກຳບໍ່ສຳເລັດກໍຕາມ.
ການຖອນເງິນສົດກັບພະນັກງານ	$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາ ສຳລັບເມື່ອທ່ານຖອນເງິນສົດອອກຈາກບັດຂອງທ່ານ ຈາກພະນັກງານຢູ່ທີ່ທະນາຄານ ຫຼື ສະຫະພັນສິນເຊື່ອທີ່ຍອມຮັບ Visa®.
ຂໍ້ມູນ		
ການສອບຖາມຍອດເງິນຈາກຕູ້ ATM (ໃນເຄືອຂ່າຍ)	$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຕໍ່ການສອບຖາມຍອດຂອງພວກເຮົາ. "ໃນເຄືອຂ່າຍ" ໝາຍເຖິງ ເຄືອຂ່າຍ ATM ຂອງ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass. ສາມາດເບິ່ງສະຖານທີ່ໄດ້ທີ່ *usbank.com/locations* (ເປັນພາສາອັງກິດ) ຫຼື *moneypass.com/atm-locator.html* (ເປັນພາສາອັງກິດ).
ການສອບຖາມຍອດເງິນຈາກຕູ້ ATM (ນອກເຄືອຂ່າຍ)	$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຕໍ່ການສອບຖາມຍອດຂອງພວກເຮົາ. "ນອກເຄືອຂ່າຍ" ໝາຍເຖິງຕູ້ ATM ທັງໝົດທີ່ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ U.S. Bank ຫຼື MoneyPass. ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກເກັບຄ່າທຳນຽມຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ATM.
ການໃຊ້ບັດຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ນອກສະຫະລັດອາເມຣິກາ.		
ການເຮັດທຸລະກຳສາກົນ	3%	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາທີ່ນຳໃຊ້ ເມື່ອທ່ານໃຊ້ບັດຂອງທ່ານຊື້ຢູ່ທີ່ຮ້ານຄ້າຕ່າງປະເທດ ແລະ ສຳລັບການຖອນເງິນສົດຈາກຕູ້ ATM ຢູ່ຕ່າງປະເທດ ແລະ ເປັນເປີເຊັນຂອງຈຳນວນເງິນໂດລາທີ່ເຮັດທຸລະກຳ ຫຼັງຈາກການແປງສະກຸນເງິນໃດໆ. ບາງທຸລະກຳ, ເຖິງວ່າທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ຄ້າ ຫຼື ຕູ້ ATM ຕັ້ງຢູ່ໃນສະຫະລັດອາເມຣິກາຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນການເຮັດທຸລະກຳສາກົນ ພາຍໃຕ້ກົດລະບຽບຂອງເຄືອຂ່າຍທີ່ນຳໃຊ້ ແລະ ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຄວບຄຸມວິທີການຈັດປະເພດຜູ້ຄ້າ, ຕູ້ ATM ແລະ ທຸລະກຳເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອຈຸດປະສົງນີ້.
ການຖອນເງິນຈາກຕູ້ ATM ສາກົນ	$3.00	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຕໍ່ການຖອນຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກເກັບຄ່າທຳນຽມຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ATM ເຖິງວ່າທ່ານເຮັດທຸລະກຳບໍ່ສຳເລັດກໍຕາມ.
ອື່ນໆ		
ການປ່ຽນແທນບັດ	$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາຕໍ່ການປ່ຽນແທນບັດທີ່ໄດ້ສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານດ້ວຍການຈັດສົ່ງມາດຕະຖານທາງໄປສະນີ (ສູງສຸດ 10 ວັນລັດຖະການ).
ການປ່ຽນແທນບັດພ້ອມການຈັດສົ່ງດ່ວນ	$15.00	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາສຳລັບການຈັດສົ່ງດ່ວນ (ສູງສຸດ 3 ວັນລັດຖະການ) ເກັບເພີ່ມໃສ່ຄ່າທຳນຽມການປ່ຽນແທນບັດໃດໜຶ່ງ.
ບໍ່ມີການໃຊ້ງານ	$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາຂອງທີ່ຮຽກເກັບໃນແຕ່ລະເດືອນຫຼັງຈາກທ່ານບໍ່ໄດ້ເຮັດທຸລະກຳໂດຍນຳໃຊ້ບັດຂອງທ່ານ.

ໃນຂະນະທີ່ການສື່ສານນີ້ເປັນພາສາລາວ, ຕາມການສື່ສານ ຂອງ U.S. Bank ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວກັບຂໍ້ຕົກລົງຕາມສັນຍາ, ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ, ແຈ້ງການ ແລະ ໃບແຈ້ງຍອດເງິນຂອງທ່ານ, ການບໍລິການທະນາຄານທາງອິນເຕີເນັດ ແລະ ມືຖື ອາດຈະມີໃຫ້ບໍລິການເປັນພາສາອັງກິດເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານຕ້ອງມີຄວາມສາມາດອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ມີຜູ້ຊ່ວຍແປພາສາ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈ ແລະ ນຳໃຊ້ຜະລິດຕະພັນ ຫຼື ການບໍລິການນີ້ໄດ້. ເອກະສານສະບັບພາສາອັງກິດແມ່ນມີໃຫ້ຕາມການຮ້ອງຂໍ.

ເງິນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບປະກັນໄພ FDIC. ເງິນຂອງທ່ານຈະຖືກກັກໄວ້ຢູ່ທີ່ U.S. Bank National Association (ສະມາຄົມທະນາຄານແຫ່ງຊາດສະຫະລັດອາເມຣິກາ), ເຊິ່ງເປັນສະຖາບັນທີ່ໄດ້ຮັບການປະກັນຈາກ FDIC ແລະ ໄດ້ຮັບການປະກັນສູງສຸດເຖິງ $250,000 ຈາກ FDIC ໃນກໍລະນີທີ່ U.S. Bank ລົ້ມເຫຼວ. ໃຫ້ເບິ່ງລາຍລະອຽດຢູ່ທີ່ *fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html* (ເປັນພາສາອັງກິດ).

ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເງິນເບີກເກີນບັນຊີ/ສິນເຊື່ອ.
ຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການຜູ້ຖືບັດໂດຍການໂທໄປທີ່ **1-888-964-0359**, ໂດຍທາງໄປສະນີທີ່ P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງທີ່ ***usbankreliacard.com*** (ເປັນພາສາອັງກິດ).

ສຳລັບຂໍ້ມູນທົ່ວໄປກ່ຽວກັບບັນຊີຈ່າຍເງິນລ່ວງໜ້າ, ເຂົ້າເບິ່ງ *cfpb.gov/prepaid* (ເປັນພາສາອັງກິດ). ຖ້າທ່ານມີຄຳຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບບັນຊີຈ່າຍເງິນລ່ວງໜ້າ, ກະລຸນາໂທຫາ ສຳນັກງານປົກປ້ອງການເງິນຜູ້ບໍລິໂພກ (Consumer Financial Protection Bureau) ໄດ້ທີ່ 1-855-411-2372 ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງທີ່ *cfpb.gov/complaint* (ເປັນພາສາອັງກິດ).

CR-21378422

ບັດ ReliaCard ແມ່ນອອກໃຫ້ໂດຍ U.S. Bank National Association (ສະມາຄົມທະນາຄານແຫ່ງຊາດສະຫະລັດອາເມຣິກາ) ຕາມໃບອະນຸຍາດຈາກ Visa U.S.A. Inc. ©2022 U.S. Bank. ສະມາຊິກ FDIC.