

Special Identifier (if needed) (Click or tap here to enter text.)

Employee First and Last Name (Click or tap here to enter text.)

ADDRESS (Click or tap here to enter text.)

ADDRESS (Click or tap here to enter text.)

« CITY STATE ZIP (Click or tap here to enter text.) CITY STATE ZIP »

طلب الحصول على إجازة أسرية ومرضية مدفوعتي الأجر

Application for Paid Family and Medical Leave

قبل البدء Before you begin

عندما تتقدم بطلب للحصول على استحقاقات عبر الإنترنت، يمكنك اختيار كيفية إرسال مطالبات الاستحقاقات الأسبوعية الخاصة بك (عبر الإنترنت أو عبر الهاتف)، وكيفية تلقي مدفوعات استحقاقاتك (عن طريق الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو عبر بطاقة خصم مدفوعة مقدماً). عندما تتقدم بطلب للحصول على استحقاقات من خلال طلب ورقي، فأنت مقيد بما يلي:

1. تقديم مطالبات الاستحقاقات الأسبوعية عبر الهاتف من خلال الاتصال على الرقم 833-717-2273.
2. تلقي مدفوعات استحقاقاتك على بطاقة خصم مدفوعة مقدماً.

إذا كنت ترغب في تقديم مطالباتك الأسبوعية عبر الإنترنت أو تلقي مدفوعات استحقاقاتك من خلال الإيداع المباشر، فإنه يجب عليك تقديم طلبك عبر الإنترنت. يمكنك الذهاب إلى الموقع الإلكتروني www.paidleave.wa.gov للحصول على مزيد من المعلومات.

يوفر دليل استحقاقات الإجازة الأسرية والمرضية مدفوعتي الأجر معلومات حول كيفية التقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات وتقديم مطالبات أسبوعية. كما يشرح ما تتمتع به من حقوق ومسؤوليات بموجب القانون. يمكنك تحميل الدليل عبر www.paidleave.wa.gov/benefit-guide أو طلب نسخة عبر الاتصال على الرقم 833-717-2273.

When you apply for benefits online, you can choose how to submit your weekly benefit claims (online or over the phone) and how to receive your benefit payments (direct deposit to your bank account or on a prepaid debit card). When you apply for benefits with a paper application, you are limited to:

1. Submitting weekly benefit claims over the phone by calling 833-717-2273.
2. Receiving your benefit payments on a prepaid debit card.

If you would like to file your weekly claims online or receive your benefit payments through direct deposit, you must submit your application online. Go to www.paidleave.wa.gov for more information.

The Paid Family and Medical Leave Benefit Guide provides information on how to apply for benefits and submit weekly claims. It also explains your rights and responsibilities under the law. Download the guide at www.paidleave.wa.gov/benefit-guide or request a copy by calling 833-717-2273.

تقديم طلبك Submitting your application

أرسل طلبك المكتمل، ونسخ مستندات التعريف الخاصة بك، وأي مستندات داعمة أخرى (شهادة خاصة بحالة صحية خطيرة، أو نموذج الممثل المفوض المخصص، وما إلى ذلك) إلى:

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

Mail your completed application, copies of your identifying documents, and any other supporting documents (certification of a serious health condition, designated authorized representative form, etc.) to:

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

ألديك استفسارات؟ Questions?

إذا كان لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 833-717-2273 أو التواصل على البريد الإلكتروني paidleave@esd.wa.gov. نحن متواجدون من الاثنين إلى الجمعة بين 8.30 صباحًا و4.30 مساءً.

If you have questions, please contact us at 833-717-2273 or email paidleave@esd.wa.gov. We are available Monday through Friday between 8:30 a.m. and 4:30 p.m.

تعليمات حول طلب الاستحقاقات

قسم المعلومات الشخصية ومعلومات الاتصال

أدخل اسمك، ورقم الضمان الاجتماعي (SSN)، وتاريخ الميلاد، ومعلومات الاتصال. العنوان الذي تقدمه هو المكان الذي سنرسل إليه بطاقة الخصم المدفوعة مقدماً الخاصة بك والمراسلات الأخرى عبر البريد.

قسم المعلومات الخاصة بالتوظيف

سنستخدم المعلومات التي تقدمها للتأكد من أنك عملت لساعات كافية لتكون مؤهلاً للحصول على إجازة.

- اسم صاحب العمل. اسم جهة العمل أو المؤسسة التي عملت بها.
- معرف الأعمال الموحد (UBI) أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي (FEIN). ابحث عن معرف الأعمال الموحد لصاحب العمل عن طريق سؤالهم عنه، أو باستخدام أداة البحث عن معرف الأعمال الموحد المتاحة عبر الموقع الإلكتروني الخاص بدائرة الإيرادات (www.DOR.wa.gov).
- تاريخ بدء التوظيف وتاريخ انتهائه. إذا كانوا هم أصحاب العمل الحالي الخاص بك، فاترك تاريخ الانتهاء فارغاً وضع علامة في المربع للإشارة إلى أنهم أصحاب العمل الحالي لك.

قسم المعلومات الخاصة بالإجازة

سنطلب معلومات حول طلب الإجازة الخاص بك، بما في ذلك نوع الإجازة التي تطلبها (إجازة مرضية، أو إجازة أسرية، أو إجازة رعاية ما بعد ولادة طفل، أو إجازة رعاية ما بعد التكفل بطفل، أو إجازة استدعاء عسكري) وتواريخ البدء والانتهاء المتوقعة.

هل يمكن لشخص آخر ملء هذا النموذج لي؟

يمكنك تفويض شخص آخر بالتصرف نيابة عنك لأغراض استحقاقات الإجازة الأسرية والمرضية مدفوعتي الأجر. وللقيام بهذا الأمر، أكمل نموذج الممثل المفوض المخصص. اتصل بنا على الرقم 833-717-2273 للحصول على نسخة من النموذج.

الترتيبات التيسيرية المعقولة أو المساعدة

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات تيسيرية معقولة أو مساعدة أخرى لمساعدتك على التفاعل مع برنامجنا، فيرجى إخبارنا بذلك. تعالج الطلبات عن طريق مكتب أمين المظالم المعني بالإجازات الأسرية والمرضية المدفوعة الأجر. لطلب ترتيبات تيسيرية، أرسل بريداً إلكترونياً إلى PFMLaccess@esd.wa.gov أو اتصل بالرقم 833-494-2273.

Benefit application instructions

Personal and contact information section

Provide your name, Social Security (SSN), birthdate and contact information. The address you provide is where we will mail your prepaid debit card and other correspondence.

Employment information section

We'll use the information you provide to confirm you've worked enough hours to be eligible for leave.

- Employer name. The name of the business or organization you worked for.
- Unified Business Identifier (UBI) or Federal Employer Identification Number (FEIN). Find your employer's UBI by asking them for it, or by using the UBI look-up tool on the Department of Revenue's website (www.DOR.wa.gov).
- Employment start and end dates. If they're your current employer, leave the end date blank and check the box to indicate they're your current employer.

Leave information section

We'll ask for information about your leave request, including the type of leave you're requesting (medical, family, bonding after birth or placement of a child, or military exigency) and your expected start and end dates.

Can someone else complete this form for me?

You can authorize another individual to act on your behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits. To do this, complete the Designated Authorized Representative form. Contact us at 833-717-2273 to get a copy of the form.

Reasonable accomodation or assistance

If you need a reasonable accommodation or other assistance to help you interact with our program, please let us know. Requests are handled through the Office of the Paid Family and Medical Leave Ombuds. To request an accommodation, email PFMLaccess@esd.wa.gov or call 833-494-2273, Washington Relay Service 711.

Benefit application

طلب الاستحقاق

لتقديم الطلب، أدخل المعلومات المطلوبة (*) المطلوبة أدناه.	To apply, provide the required information (*) requested below.
المعلومات الشخصية Personal information	
First name* الاسم الأول* :	Middle initial الحرف الأول من الاسم الأوسط :
Last name* اسم العائلة* :	
SSN or ITIN* رقم الضمان الاجتماعي أو الرقم التعريفي الفردي لدافع الضرائب* :	Date of birth* تاريخ الميلاد* :
Phone number* رقم الهاتف* :	
Email address عنوان البريد الإلكتروني:	
Preferred contact method* طريقة التواصل المفضلة* :	
Phone الهاتف <input type="checkbox"/>	
Email البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/>	
Mail البريد <input type="checkbox"/>	
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* صوتي مفصلة على رقم الهاتف الذي قدمته؟*	
Yes نعم <input type="checkbox"/>	
No لا <input type="checkbox"/>	
When possible, do you prefer to communicate in a language other than English?* أخرى غير الإنجليزية؟*	
Yes نعم <input type="checkbox"/>	
No لا <input type="checkbox"/>	
What is your preferred language?* ما لغتك المفضلة؟*	
Marshallese المارشالية <input type="checkbox"/>	Amharic الأمهرية <input type="checkbox"/>
Oromo الأورومو <input type="checkbox"/>	Arabic العربية <input type="checkbox"/>
Punjabi البنجابية <input type="checkbox"/>	Cambodian (Khmer) الكمبودية <input type="checkbox"/>
Russian الروسية <input type="checkbox"/>	Chinese الصينية <input type="checkbox"/>
Somali الصومالية <input type="checkbox"/>	English الإنجليزية <input type="checkbox"/>
Spanish الإسبانية <input type="checkbox"/>	Farsi الفارسية <input type="checkbox"/>
Tagalog التغالوغية <input type="checkbox"/>	Japanese اليابانية <input type="checkbox"/>
Ukrainian الأوكرانية <input type="checkbox"/>	Korean الكورية <input type="checkbox"/>
Vietnamese الفيتنامية <input type="checkbox"/>	Laotian اللاوسية <input type="checkbox"/>
Other. If other, what is your preferred language? <input type="checkbox"/>	
Mailing address* العنوان البريدي* :	

: City* المدينة*	
: State* الولاية*	: Zip Code* الرمز البريدي*
: Gender* النوع*	
Female أنثى <input type="checkbox"/>	Non-binary غير ثنائي <input type="checkbox"/>
Male ذكر <input type="checkbox"/>	Prefer not to say أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/>
* Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* أفضل انتمائك العرقي و/ أو العرق؟ حدد كل ما ينطبق.*	
American Indian or Alaskan Native هندي أمريكي أو من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/>	
Black or African American أسود أو أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/>	
Hispanic or Latino/Latina من أصل إسباني أو لاتيني/ عرق لاتيني <input type="checkbox"/>	
Middle Eastern or Arab American شرقي أوسطي أو أمريكي من أصل عربي <input type="checkbox"/>	
Native Hawaiian or Other Pacific Islander من سكان هاواي الأصليين أو غير ذلك من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/>	
East Asian شرقي آسيوي <input type="checkbox"/>	
South Asian جنوبي آسيوي <input type="checkbox"/>	
Southeast Asian جنوبي شرق آسيوي <input type="checkbox"/>	
White أبيض <input type="checkbox"/>	
Prefer not to say أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/>	
Ethnicity and/or race not listed الانتماء العرقي و/ أو العرق غير مُدرج <input type="checkbox"/>	
Leave information معلومات الإجازة	
/ .Complete sections one OR two. All other sections are required أكمل القسمين الأول أو الثاني. جميع الأقسام الأخرى مطلوبة.	
: SECTION 1 القسم 1	
: If you are a parent that is going to or gave birth هل تأخذين إجازة للحصول على الرعاية الطبية في أثناء الحمل? Are you taking leave for medical care during pregnancy? نعم Yes <input type="checkbox"/>	
: If yes, baby's due date or date of birth إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ وضع الطفل المتوقع أو تاريخ ميلاده: (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة)	
: No لا No <input type="checkbox"/>	
: Are you taking leave to recover from giving birth? هل تأخذين إجازة للتعافي من الولادة? نعم Yes <input type="checkbox"/>	
: If yes, baby's due date or date of birth إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ وضع الطفل المتوقع أو تاريخ ميلاده: (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة)	
: No لا No <input type="checkbox"/>	
: Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? هل تعانيين من مضاعفات تتعلق بحملك أو ولادتك? نعم Yes <input type="checkbox"/>	
: No لا No <input type="checkbox"/>	
: Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? هل تأخذين إجازة للارتباط بطفلك الجديد (عادة ما تأخذ بعد الإجازة المرضية)? نعم Yes <input type="checkbox"/>	
: If yes, baby's date of birth إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ ميلاد الطفل: (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة)	
: No لا No <input type="checkbox"/>	

SECTION 2 | القسم 2 :

For all other situations | لجميع الحالات الأخرى :

Why do you need to take leave? (Choose one) | لماذا تحتاج إلى أخذ إجازة؟ (اختر واحدة)

- Medical leave for yourself | إجازة مرضية لك
- Leave to care for a family member | إجازة للاعتناء بأحد أفراد العائلة
- If yes, which family member are you taking leave for? | إذا كانت الإجابة بنعم، فأني فرد من أفراد العائلة تأخذ إجازة من أجله؟
- Child (or son-in-law, daughter-in-law) | الابن/الإبنة (أو الصهر/الكننة)
- Grandchild | الحفيد/الحفيدة
- Grandparent (or grandparent of spouse) | الجد/الجدة (أو جد/جدة الزوج/الزوجة)
- Parent (or parent of spouse) | أحد الوالدين (أو أحد الوالدين للزوج/الزوجة)
- Sibling | الأشقاء/الشقيقات
- Spouse | الزوج/الزوجة
- Other | أخرى:

- Bonding after the birth of your child | إجازة رعاية ما بعد ولادة طفلك
- If yes, child's date of birth | إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ ميلاد الطفل: (MM/DD/YYYY) | (يوم/شهر/سنة)
- Bonding after the placement of your foster child | إجازة رعاية بعد التكفل بحضانة طفل
- If yes, child's date of placement | إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ التكفل بالطفل: (MM/DD/YYYY) | (يوم/شهر/سنة)
- Bonding after the adoption of your child | إجازة رعاية ما بعد تبني طفلك
- If yes, child's date of adoption | إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ تبني الطفل: (MM/DD/YYYY) | (يوم/شهر/سنة)
- Military exigency | الاستدعاء العسكري

- If yes, which family member are you taking leave for? | إذا كانت الإجابة بنعم، فأني فرد من أفراد العائلة تأخذ إجازة من أجله؟
- Child (or son-in-law, daughter-in-law) | الابن/الإبنة (أو الصهر/الكننة)
- Grandchild | الحفيد/الحفيدة
- Grandparent (or grandparent of spouse) | الجد/الجدة (أو جد/جدة الزوج/الزوجة)
- Parent (or parent of spouse) | أحد الوالدين (أو أحد الوالدين للزوج/الزوجة)
- Sibling | الأشقاء/الشقيقات
- Spouse | الزوج/الزوجة
- Other | أخرى:

SECTION 3 | القسم 3 :

How long do you expect to be on leave? * | ما المدة المتوقعة منك التي ستستغرقها هذه الإجازة? *

Start date (MM/DD/YYYY) | تاريخ البدء (يوم/شهر/سنة): _____

End date (MM/DD/YYYY) | تاريخ الانتهاء (يوم/شهر/سنة): _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | هل تعلم أنك ستحتاج إلى أخذ إجازة قبل بدء إجازتك؟

- Yes | نعم
- No | لا

معلومات التوظيف Employment information	
نحتاج إلى سجل التوظيف الخاص بك لتحديد إذا ما كنت قد عملت لساعات كافية لتكون مؤهلاً للحصول على إجازة. يُرجى ذكر كل صاحب عمل عملت لصالحه في 18 شهرًا الأخيرة. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.	We need your employment history to determine whether you've worked enough hours to qualify for leave. Please list each employer you've worked for within the last 18 months. Attach additional pages if needed.
What is your current employment status? Full-time salaried employee موظف بأجر يعمل بدوام كامل <input type="checkbox"/> Hourly or Part-time salaried employee موظف بأجر بالساعة أو بدوام جزئي <input type="checkbox"/> Unemployed غير موظف <input type="checkbox"/>	
Employer name : اسم صاحب العمل *	
UBI or FEIN معرف الأعمال الموحد أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي * :	
Employer phone number رقم هاتف صاحب العمل * :	
Is this your current employer? هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه؟* Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>	
Did you notify this employer that you plan to take leave? هل أخطرت صاحب العمل هذا أنك تخطط للحصول على إجازة؟* Yes نعم <input type="checkbox"/> If yes, on what date did you notify them? إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة) _____ <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Requirement waived تم التنازل عن متطلبات <input type="checkbox"/>	
Employment start date (MM/DD/YYYY) : تاريخ بدء التوظيف (يوم/شهر/سنة) * : _____	
*Employment end date (MM/DD/YYYY) : تاريخ انتهاء التوظيف (يوم/شهر/سنة) * : _____	
Employer address : عنوان صاحب العمل * *City* : المدينة *	
Zip Code : الرمز البريدي *	*State* : الولاية *

Employer name* اسم صاحب العمل* :	
UBI or FEIN* معرف الأعمال الموحد أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي* :	
Employer phone number* رقم هاتف صاحب العمل* :	
Is this your current employer?* هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه*? Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* هل أخطرت صاحب العمل هذا أنك تخطط للحصول على إجازة*? Yes نعم <input type="checkbox"/> If yes, on what date did you notify them? إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة) No لا <input type="checkbox"/> Requirement waived تم التنازل عن متطلبات <input type="checkbox"/>	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* تاريخ بدء التوظيف (يوم/شهر/سنة)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY)* تاريخ انتهاء التوظيف (يوم/شهر/سنة)* : _____	
Employer address* عنوان صاحب العمل* :	
City* المدينة* :	
State* الولاية* :	
Zip Code* الرمز البريدي* :	
Employer name* اسم صاحب العمل* :	
UBI or FEIN* معرف الأعمال الموحد أو رقم هوية صاحب العمل الاتحادي* :	
Employer phone number* رقم هاتف صاحب العمل* :	
Is this your current employer?* هل هذا هو صاحب العمل الحالي الذي تعمل لديه*? Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* هل أخطرت صاحب العمل هذا أنك تخطط للحصول على إجازة*? Yes نعم <input type="checkbox"/> If yes, on what date did you notify them? إذا كانت الإجابة بنعم، ما تاريخ الإبلاغ؟ (MM/DD/YYYY) (يوم/شهر/سنة) No لا <input type="checkbox"/> Requirement waived تم التنازل عن متطلبات <input type="checkbox"/>	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* تاريخ بدء التوظيف (يوم/شهر/سنة)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY)* تاريخ انتهاء التوظيف (يوم/شهر/سنة)* : _____	
Employer address* عنوان صاحب العمل* :	
City* المدينة* :	
State* الولاية* :	
Zip Code* الرمز البريدي* :	

الموافقة والتوقيع	Consent and signature
<p>قد تشارك خدمة الإجازة الأسرية والمرضية مدفوعتي الأجر معلومات خاصة بك (أو بطلبك) مع وكالات أو أقسام أخرى أو مع أصحاب العمل لديك. قد نحتاج إلى التحقق من المعلومات التي تُقدّمها، وقد نطلب معلومات إضافية حسب الاقتضاء.</p> <p>إذا كنت تقدم نفسك بطريقة مغايرة للحقيقة، أو تحجب معلومات عنا عن قصد، فسيُعتبر ذلك احتيالاً. إذا كنت تقدم معلومات غير دقيقة، فقد نرفض طلب استحقاقك، أو نطلب منك رد الاستحقاقات التي حصلت عليها. وقد تدفع غرامات أو تخضع للمحاكمة الجنائية. بالتوقيع على هذا المستند، أوافق على الإفصاح عن معلوماتي وأنتي أحببت على أسئلة الطلب بصدق.</p>	<p>Paid Family and Medical Leave may share and receive information about you (or your claim) with other agencies, departments, or your employers. We may need to verify information you provide and may request additional information as needed.</p> <p>If you misrepresent yourself, or knowingly withhold information from us, it will be considered fraud. If you provide inaccurate information, we may deny your benefit application or require that you pay back benefits you were given. You could face fines or criminal prosecution. By signing this document, <i>I consent to the disclosure of my information and have answered the application questions truthfully.</i></p>
: التاريخ * Date *	: التوقيع * Signature *
	: الاسم بأحرف كبيرة * Printed name *

الممثل المفوض	Authorized Representative
<p>إذا كان الشخص الذي يتقدم بطلب للحصول على استحقاقات غير قادر على التوقيع على هذا النموذج بسبب حالة صحية خطيرة أو إصابة، فإنه يجوز للممثل المفوض التوقيع نيابة عنه، شريطة أن يقدموا أيضاً نموذجاً تمثيلاً خاصاً بالمفوض المخصص.</p>	<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>
	: اسم الممثل المفوض Authorized representative name
	: اسم الممثل المفوض Authorized representative signature
	: التاريخ Date
	: رقم الهاتف Phone number
	: البريد الإلكتروني Email

وثائق التحقق من الهوية

وثائق الهوية المقبولة للإجازة الأسرية والمرضية مدفوعتي الأجر

يجب عليك تقديم وثائق التحقق من الهوية مع طلب الإجازة الأسرية والمرضية مدفوعتي الأجر. يجب أيضًا تقديم مستندات التحقق من الهوية لأي ممثل مَفوض مخصص. يُرجى إرسال وثيقة واحدة منفردة أو وثيقتين بديلتين من القائمة الواردة أدناه. لا ترسل الوثائق الأصلية.

الوثائق المنفردة (وثيقة واحدة من هذه الوثائق)

- نموذج تحديد هوية **ساري المفعول** صادر عن حكومة الولايات المتحدة (الفيدرالية أو التابعة للولاية) (مثل جواز السفر، أو بطاقة جواز السفر، أو بطاقة الهوية، أو رخصة القيادة المعززة أو القياسية، أو بطاقة عبور الحدود بتأشيرات 2B1/B، وما إلى ذلك)
- رقم هوية **ساري المفعول** صادر عن دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية. النماذج المقبولة هي:
 - وثيقة سفر للاجئين نموذج 571-1
 - تصريح عمل نموذج 766-1
 - تصريح إعادة الدخول الأمريكي نموذج 327-1
 - البطاقة الدائمة للمقيمين نموذج 551-1
- نموذج تحديد هوية **ساري المفعول** صادر عن حكومة أجنبية (مثل جواز السفر، أو بطاقة الهوية القنصلية، أو بطاقة الهوية الوطنية، أو "وثيقة" مع التوقيع وصورة شخصية، وما إلى ذلك)
- بطاقة هوية تفيد التسجيل **سارية المفعول** صادرة عن قبيلة هندية معترف بها فيدراليًا (يجب أن تشمل توقيعك وصورتك الشخصية)
- بطاقة هوية **سارية المفعول** صادرة من مكتب الشؤون الهندية في الولايات المتحدة (يجب أن تشمل توقيعك وصورتك الشخصية)

الوثائق البديلة (وثيقتان اثنتان من هذه الوثائق)

- نموذج تحديد هوية **منتهي الصلاحية** صادر عن حكومة الولايات المتحدة (الفيدرالية أو التابعة للولاية) (مثل جواز السفر، أو بطاقة جواز السفر، أو بطاقة الهوية، أو رخصة القيادة المعززة أو القياسية، أو بطاقة عبور الحدود بتأشيرات 2B1/B، وما إلى ذلك)
- رقم هوية **منتهي الصلاحية** صادر عن دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية. النماذج المقبولة هي:
 - وثيقة سفر للاجئين نموذج 571-1
 - تصريح عمل نموذج 766-1
 - تصريح إعادة الدخول الأمريكي نموذج 327-1
 - البطاقة الدائمة للمقيمين نموذج 551-1
- نموذج تحديد هوية **منتهي الصلاحية** صادر عن حكومة أجنبية (مثل جواز السفر، أو بطاقة الهوية القنصلية، أو بطاقة الهوية الوطنية، أو "وثيقة" مع التوقيع وصورة شخصية، وما إلى ذلك)
- أوراق التيني
- شهادة الميلاد الأمريكية أو الأجنبية المعتمدة
- بطاقة تسجيل مواليد معتمدة (يجب أن تشمل اسمك، وتاريخ الميلاد، ومحل الميلاد، وتاريخ الملف، وتاريخ الإصدار)
- تصريح ساري المفعول لحيازة أسلحة مخبأة صادر عن وكالة الدولة أو الولاية
- تقرير القنصلية للميلاد في الخارج
- وصاية صادرة عن قرار المحكمة/أمر الإعالة
- خطاب تخليص أو سجل قيادة من دائرة إدارة المركبات من الولاية
- وثيقة طلاق معتمدة
- شهادة/وثيقة زواج معتمدة
- رخصة مهنية (ممرضة، طبيب، مهندس، إلى آخره)
- دفتر أو سجل مدرسي
- بطاقة هوية طالب سارية المفعول صادرة عن كلية أو جامعة معتمدة محليًا
- الاعتماد الخاص بتحديد هوية عمال النقل (TWIC)
- تسجيل المركبة أو سند ملكيتها (سند الملكية السريع غير مقبول)
- فاتورة المرافق المنزلية (الغاز، الكهرباء، المياه، القمامة، المجاري، الهاتف الأرضي، التلفزيون، الإنترنت، فاتورة ISTA)
- خطاب استحقاقات من DSHS (طبي، طعام، إلى آخره)
- إثبات ملكية المنزل (مستندات الرهن العقاري، مستندات ضريبة الملكية، صك التمليك، سند الملكية، إلى آخره)

كشفت ما قبل الحصول على بطاقة® U.S. Bank ReliaCard
اسم البرنامج: الإجازة العائلية والطبية مدفوعة الأجر في واشنطن

قد لا تتوفر بعض الخدمات إلا باللغة الإنجليزية.

لديك خيارات حول كيفية استلام مدفوعاتك،
بما في ذلك الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو هذه البطاقة المدفوعة مسبقًا.
استفسر من الوكالة الخاصة بك عن الخيارات المتاحة واختر ما يُناسبك.

إيداع رصيد غير متاح	السحب من ماكينة الصراف الآلي 0 دولار أمريكي داخل الشبكة 2.50 دولار أمريكي خارج الشبكة	عن كل معاملة شراء 0 دولار أمريكي	الرسوم الشهرية 0 دولار أمريكي
-------------------------------	---	--	---

الاستعلام عن الرصيد من ماكينات الصراف الآلي (داخل الشبكة أو خارجها) 0 دولار أمريكي

خدمة العملاء (الرد الآلي أو التواصل المباشر مع أحد ممثلي خدمة العملاء) 0 دولار أمريكي عن كل مكالمة

عدم النشاط 0 دولار أمريكي

نفرض 3 أنواع أخرى من الرسوم. أحدها:

استبدال البطاقة (التوصيل العادي أو العاجل) 0 دولار أمريكي أو 15 دولارًا أمريكيًا

راجع جدول الرسوم المرفق لمعرفة الطرق المجانية للوصول إلى أموالك والحصول على معلومات عن الرصيد.

لا تتوفر ميزة السحب على المكشوف/الائتمان.

أموالك مؤهلة للحصول على التغطية التأمينية بواسطة المؤسسة الفيدرالية للتأمين على الودائع (FDIC).

للحصول على معلومات عامة عن الحسابات المدفوعة مسبقًا، تفضّل زيارة cfpb.gov/prepaid (باللغة الإنجليزية).

يمكنك الاطلاع على التفاصيل والشروط الخاصة بجميع الرسوم والخدمات داخل مُغلف البطاقة أو الاتصال بالرقم **1-888-964-0359** أو زيارة الموقع usbankreliacard.com (باللغة الإنجليزية).

جدول رسوم U.S. Bank ReliaCard® اسم البرنامج: الإجازة العائلية والطبية مدفوعة الأجر في واشنطن

جميع الرسوم	المبلغ	التفاصيل
السحب النقدي		
سحب من ماكينة الصراف الآلي (داخل الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها على كل عملية سحب. يُشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي التابعة لمصرف U.S. Bank أو MoneyPass® يمكن البحث عن المواقع في usbank.com/locations (باللغة الإنجليزية) أو moneypass.com/atm-locator.html (باللغة الإنجليزية).
سحب من ماكينة الصراف الآلي (خارج الشبكة)	2.50 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها على كل عملية سحب. يُشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي خارج شبكة مصرف U.S. Bank أو MoneyPass. قد يفرض مُشغل ماكينة الصراف الآلي رسوماً إضافية حتى وإن لم تُكتمل المعاملة.
سحب نقدي من الصراف المباشر	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها عندما تسحب مبالغ نقدية من بطاقتك من صراف مباشر في مصرف أو اتحاد ائتماني يقبل التعامل ببطاقات Visa®.
المعلومات		
الاستعلام عن الرصيد من ماكينات الصراف الآلي (داخل الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها على كل عملية استعلام. يُشير مصطلح "داخل الشبكة" إلى شبكات ماكينات الصراف الآلي التابعة لمصرف U.S. Bank أو MoneyPass. يمكن البحث عن المواقع في usbank.com/locations (باللغة الإنجليزية) أو moneypass.com/atm-locator.html (باللغة الإنجليزية).
الاستعلام عن الرصيد من ماكينات الصراف الآلي (خارج الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها على كل عملية استعلام. يُشير مصطلح "خارج الشبكة" إلى جميع ماكينات الصراف الآلي خارج شبكة مصرف U.S. Bank أو MoneyPass. قد يفرض مُشغل ماكينة الصراف الآلي رسوماً إضافية.
استخدام البطاقة خارج الولايات المتحدة.		
المعاملات الدولية	3%	هذه هي الرسوم التي ن فرضها عندما تستخدم البطاقة لإجراء مشتريات من التجار الأجانب والسحب النقدي من ماكينات الصراف الآلي الأجنبية وهي نسبة من مبلغ المعاملة بالدولار بعد أي تحويل للعملة. تُعتبر بعض المعاملات أجنبية حتى لو كنت أنت و/أو التاجر أو ماكينة الصراف الآلي داخل الولايات المتحدة، وذلك بموجب قواعد الشبكة المعمول بها، ولا تتحكم في كيفية تصنيف هؤلاء التجار وماكينات الصراف الآلي والمعاملات لهذا الغرض.
السحب الدولي من ماكينات الصراف الآلي	3 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها على كل عملية سحب. قد يفرض مُشغل ماكينة الصراف الآلي رسوماً إضافية حتى وإن لم تُكتمل المعاملة.
أخرى		
استبدال البطاقة	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها نظير استبدال البطاقة وإرسالها بالبريد بنظام التوصيل العادي (خلال ما يصل إلى 10 أيام عمل).
استبدال البطاقة بنظام التوصيل العاجل	15 دولارًا أمريكيًا	هذه هي الرسوم التي ن فرضها على نظام التوصيل العاجل (خلال ما يصل إلى 3 أيام عمل)، بالإضافة إلى أي رسوم لاستبدال البطاقة.
عدم النشاط	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي ن فرضها عن كل شهر إذا لم تُجر أي معاملة باستخدام بطاقتك.

على الرغم من أن هذه الرسالة تُقدم باللغة العربية، إلا أن مراسلات المتابعة من U.S. Bank والمستندات المتعلقة باتفاقياتك التعاقدية والكشوف والإشعارات والبيانات وخدمات الإنترنت والخدمات المصرفية عبر الهاتف المحمول قد لا تكون متاحة إلا باللغة الإنجليزية فحسب. يجب أن تكون قادرًا على قراءة هذه المستندات وفهمها، أو الحصول على مساعدة في ترجمتها، من أجل فهم هذا المنتج أو الخدمة واستخدامهما. الوثائق باللغة الإنجليزية متوفرة عند الطلب.

أموالك مؤهلة للحصول على تأمين من FDIC. سُحفظ أموالك في U.S. Bank National Association، وهي مؤسسة مؤتمنة من FDIC، وسيؤمّن عليها بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار أمريكي من FDIC في حالة عجز U.S. Bank عن الوفاء بالتزاماته. راجع الرابط fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (باللغة الإنجليزية) لمعرفة التفاصيل.

لا تتوفر ميزة السحب على المكشوف/الائتمان. اتصل بخدمات حاملي البطاقات على الرقم **1-888-964-0359**، أو عبر البريد على صندوق بريد 551617، Jacksonville, FL 32255، أو تفضل بزيارة الموقع usbankreliacard.com (باللغة الإنجليزية).

للحصول على معلومات عامة عن الحسابات المدفوعة مسبقًا، تفضل بزيارة cfpb.gov/prepaid (باللغة الإنجليزية). إذا كانت لديك شكوى حول حساب مدفوع مسبقًا، فاتصل بمكتب الحماية المالية للمستهلكين (Consumer Financial Protection Bureau) على الرقم 1-855-411-2372 أو تفضل بزيارة cfpb.gov/complaint (باللغة الإنجليزية).

CR-21378422