

Application for Paid Family and Medical Leave

Before you begin

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.

Submitting your application

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

ពាក្យសុំការឈប់សម្រាកព្យាបាលជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារដែលមានប្រាក់ឈ្នួល

មុនពេលអ្នកចាប់ផ្តើម

នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍តាមអនឡាញ អ្នកអាចជ្រើសរើសវិធីដាក់បណ្តឹងទាមទារសំណងអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នក (តាមអនឡាញ ឬតាមទូរសព្ទ) និងរបៀបទទួលបានការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក (ដាក់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅក្នុងគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬនៅលើប័ណ្ណឥណទានបង់ប្រាក់ជាមុន) ។ នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ជាមួយពាក្យសុំក្រសួង អ្នកត្រូវបានកំណត់ចំពោះ៖

1. ការដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងទាមទារសំណងអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំសប្តាហ៍តាមទូរសព្ទដោយហៅទៅលេខ 833-717-2273 ។
2. ការទទួលបានការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនៅលើកាតឥណទានបង់ប្រាក់ជាមុន។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នកតាមអនឡាញ ឬទទួលបានការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកតាមរយៈការដាក់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំតាមអនឡាញ។ ចូលទៅកាន់ www.paidleave.wa.gov សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ការណែនាំអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារទទួលបានការបង់ប្រាក់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ និងដាក់បណ្តឹងទាមទារសំណងប្រចាំសប្តាហ៍។ វាក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកស្ថិតក្រោមច្បាប់ផងដែរ។ ទាញយកការណែនាំនៅគេហទំព័រ www.paidleave.wa.gov/benefit-guide ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដោយទូរសព្ទទៅលេខ 833-717-2273។

ការដាក់បញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នក

ធ្វើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកតាមសំបុត្រច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និងឯកសារគាំទ្រផ្សេងៗទៀត (វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ពីស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរសំណុំបែបបទកំណត់ដែលបានអនុញ្ញាត ។ល។) ទៅ៖

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

Questions?

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.

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.

មានសំណួរ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទាក់ទងមកយើង តាមរយៈលេខ 833 717-2273 ឬអ៊ីមែល paidleave@esd.wa.gov។ យើងគឺអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8:30 ព្រឹក និង 4:30 រសៀល

ការណែនាំអំពីពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍

ផ្នែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនង ផ្តល់ឈ្មោះរបស់អ្នក លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security, SSN) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។ អាសយដ្ឋានដែលអ្នកផ្តល់ជូនគឺជាទីកន្លែងដែលយើងនឹងផ្ញើ កាតឥណទានបង់ប្រាក់ជាមុន និងការឆ្លើយតបផ្សេងទៀត។

ផ្នែកព័ត៌មានអំពីការងារ

យើងនឹងប្រើព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកបាន ធ្វើការគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានការឈប់សម្រាក។

- ឈ្មោះនិយោជក។ ឈ្មោះអាជីវកម្ម ឬអង្គភាពដែលអ្នកបានធ្វើការឱ្យ។
- អ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណអាជីវកម្មរួបរួម (Unified Business Identifier, UBI) ឬលេខអត្តសញ្ញាណនិយោជកសហព័ន្ធ (Federal Employer Identification Number, FEIN) ។ ស្វែងរក UBI របស់និយោជករបស់អ្នកដោយសាកសួរពួកគេ ឬដោយប្រើឧបករណ៍រកមើល UBI នៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រសួងប្រាក់ចំណូល (www.DOR.wa.gov)។
- កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ និងកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ។ ប្រសិនបើពួកគេជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក សូមទុកកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ទទេ ហើយ គូសផឹកប្រអប់ដើម្បីបង្ហាញថាពួកគេជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

ចាកចេញពីផ្នែកព័ត៌មាន

យើងនឹងស្នើសុំព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំឈប់សម្រាករបស់អ្នក មុនប្រភេទនៃការឈប់សម្រាកដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ (ការព្យាបាលជម្ងឺ គ្រួសារ ភាពជិតស្និទ្ធរវាងឪពុកម្តាយនឹងកូនបន្ទាប់ពីកំណើត ឬការដាក់កូន ឬកាតព្វកិច្ចយោធា) និងកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម និងបញ្ចប់ដែលអ្នករំពឹងទុក។

តើនរណាម្នាក់ផ្សេងអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះឱ្យខ្ញុំបានដែរទេ?

អ្នកអាចផ្តល់សិទ្ធិឱ្យបុគ្គលផ្សេងទៀតធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក ក្នុងគោលបំណងទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ពីការឈប់សម្រាកព្យាបាលជម្ងឺ និងគ្រួសារដែលមានប្រាក់ឈ្នួល។ ដើម្បីធ្វើដូច្នេះ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទកំណត់ដោយមានការអនុញ្ញាត ដែលបានកំណត់។ ទាក់ទងមកពួកយើង តាមលេខ 833-717-2273 ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទ។

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.

ការសម្របសម្រួល ឬជំនួយសមហេតុផល

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការសម្របសម្រួលសមហេតុផល ឬជំនួយផ្សេងទៀតដើម្បីជួយអ្នក ធ្វើអន្តរកម្មជាមួយកម្មវិធីរបស់យើង សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹង។ សំណើត្រូវបានដោះស្រាយតាមរយៈការិយាល័យនៃ ការឈប់សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារដែលមានប្រាក់ឈ្នួល។ ដើម្បីស្នើសុំការសម្របសម្រួល សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅ PFMLaccess@esd.wa.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 833-494-2273។

Benefit application

ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍

To apply, provide the required information (*) requested below.

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ សូមផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ (*) ដែលបានស្នើសុំខាងក្រោម។

Personal information | ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

First name* | នាមខ្លួន* ៖

Middle initial | អក្សរដំបូងរបស់ឈ្មោះកណ្តាល៖

Last name* | នាមត្រកូល* ៖

SSN or ITIN | SSN ឬ ITIN ៖

Date of birth* | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត* ៖

Phone number* | លេខទូរសព្ទ* ៖

Email address | អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

Preferred contact method* | វិធីទំនាក់ទំនងដែលពេញចិត្ត* ៖

- ☐ Phone | ទូរសព្ទ
☐ Email | អ៊ីមែល
☐ Mail | សំបុត្រ

Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* |

តើយើងអាចទុកសារជាសំឡេងលម្អិតតាមលេខទូរសព្ទដែលអ្នកបានផ្តល់បានទេ?*

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
☐ No | ទេ

What is your preferred language?* | តើភាសាដែលអ្នកចូលចិត្តគឺជាភាសាអ្វី*

- ☐ Cambodian (Khmer) | ខ្មែរ ☐ English | អង់គ្លេស
☐ Other. If other, what is your preferred language and dialect? | ផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើផ្សេងទៀត តើភាសាណាដែលអ្នកចូលចិត្ត និងគ្រាមភាសា? _____

Mailing address* | អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍* ៖

City* | ទីក្រុង* ៖

State* | រដ្ឋ* ៖

Zip Code* | លេខកូដតំបន់* ៖

Gender* | ភេទ* ៖

- ☐ Female | ស្រី ☐ Non-binary | មិនស្រី ឬមិនប្រុស
☐ Male | ប្រុស ☐ Prefer not to say | មិនចង់និយាយ

Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* |

តើមួយណាក្នុងចំណោមខាងក្រោមពិពណ៌នាជាតិសាសន៍របស់អ្នកបានល្អបំផុត? ចូរជ្រើសយករាល់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ។*

- ☐ American Indian or Alaskan Native | ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើម Alaska
- ☐ Black or African American | ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក
- ☐ Hispanic or Latino/Latina | អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន
- ☐ Middle Eastern or Arab American | ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតពីមជ្ឈិមបូព៌ា ឬជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander | ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- ☐ East Asian | អាស៊ីបូព៌ា
- ☐ South Asian | អាស៊ីខាងត្បូង
- ☐ Southeast Asian | អាស៊ីអាគ្នេយ៍
- ☐ White | ជនជាតិស្បែកស
- ☐ Prefer not to say | មិនចង់និយាយ
- ☐ Ethnicity and/or race not listed | ជាតិសាសន៍មិនមាននៅទីនេះទេ

Leave information | ទុកព័ត៌មាន

Complete sections one OR two. All other sections are required. | បំពេញផ្នែកមួយ ឬពីរ។
 ផ្នែកផ្សេងទៀតទាំងអស់ត្រូវបានទាមទារ។

SECTION 1 | ផ្នែកទី 1 :

If you are a parent that is going to or gave birth | ប្រសិនបើអ្នកជាឪពុកម្តាយដែលនឹងសម្រាលកូន ឬបានសម្រាលកូនហើយ:

Are you taking leave for medical care during pregnancy? | តើអ្នកឈប់សម្រាកព្យាបាលជំងឺអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដែរមែនទេ?

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
 If yes, baby's due date or date of birth | ប្រសិនបើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទដែលនឹងសម្រាល ឬថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ទារក៖
 (MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | ទេ

Are you taking leave to recover from giving birth? | តើអ្នកនឹងឈប់សម្រាកដើម្បីសម្រាលកូនដែរទេ?

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
 If yes, baby's due date or date of birth | ប្រសិនបើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទដែលនឹងសម្រាល ឬថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ទារក៖
 (MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | ទេ

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | តើអ្នកកំពុងជួបប្រទះនឹងផលវិបាកទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ ឬការសម្រាលរបស់អ្នកដែរឬទេ?

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
- ☐ No | ទេ

Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | តើអ្នកឈប់សម្រាកដើម្បីចងសម្ព័ន្ធភាពជាមួយកូនថ្មីរបស់អ្នក (ជាធម្មតាត្រូវសម្រាកបន្ទាប់ពីឈប់សម្រាកព្យាបាលខ្លួន)?

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
 If yes, baby's date of birth | ប្រសិនបើបាទ/ចាស ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ទារក៖
 (MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | ទេ

SECTION 2 | ផ្នែកទី 2 ៖

For all other situations | សម្រាប់គ្រប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ ៖

Why do you need to take leave? (Choose one) | ហេតុអ្វីបានជាអ្នកចាំបាច់ត្រូវឈប់សម្រាក? (ជ្រើសរើសមួយ)

- ☐ Medical leave for yourself | ការឈប់សម្រាកព្យាបាលជំងឺសម្រាប់ខ្លួនអ្នក
- ☐ Leave to care for a family member | ឈប់សម្រាកដើម្បីមើលថែទាំសមាជិកគ្រួសារ
If yes, which family member are you taking leave for? | បើបាទ/ចាស
តើសមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលអ្នកនឹងឈប់សម្រាកដើម្បីថែទាំ?
 - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | កូន (ឬកូនប្រសាប្រុស កូនប្រសាស្រី)
 - ☐ Grandchild | ចៅ
 - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | ជីដូនជីតា (ឬជីដូនជីតារបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ)
 - ☐ Parent (or parent of spouse) | ឪពុកម្តាយ (ឬឪពុកម្តាយរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ)
 - ☐ Sibling | បងប្អូនបង្កើត
 - ☐ Spouse | ប្តី ឬប្រពន្ធ
 - ☐ Other | ផ្សេងៗ៖ _____
- ☐ Bonding after the birth of your child | ចង់សម្ព័ន្ធភាពបន្ទាប់ពីថ្ងៃកើតរបស់កូនអ្នក
If yes, child's date of birth | ប្រសិនបើបាទ/ចាស ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ទារក៖(MM/DD/YYYY) |
(MM/DD/YYYY) _____
- ☐ Bonding after the placement of your foster child | ចង់សម្ព័ន្ធភាពបន្ទាប់ពី
ការទទួលយកកូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នក
If yes, child's date of placement | ប្រសិនបើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទទទួលយកកូនចិញ្ចឹម៖
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ Bonding after the adoption of your child | ចង់សម្ព័ន្ធភាពបន្ទាប់ពីការទទួលយកកូនចិញ្ចឹមរបស់អ្នក
If yes, child's date of adoption | ប្រសិនបើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទទទួលយកកូនចិញ្ចឹម៖
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ Military exigency | ភាគព្វកិច្ចយោធា
If yes, which family member are you taking leave for? | បើមាន
តើសមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលអ្នកនឹងឈប់សម្រាកសម្រាប់?
 - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | កូន (ឬកូនប្រសាប្រុស កូនប្រសាស្រី)
 - ☐ Grandchild | ចៅ
 - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | ជីដូនជីតា (ឬជីដូនជីតារបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ)
 - ☐ Parent (or parent of spouse) | ឪពុកម្តាយ (ឬឪពុកម្តាយរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ)
 - ☐ Sibling | បងប្អូនបង្កើត
 - ☐ Spouse | ប្តី ឬប្រពន្ធ
 - ☐ Other | ផ្សេងៗ៖ _____

SECTION 3 | ផ្នែកទី 3 ៖

How long do you expect to be on leave?* | តើអ្នករំពឹងថានឹងឈប់សម្រាករយៈពេលយូរប៉ុន្មាន?*

Start date (MM/DD/YYYY) | កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម (MM/DD/YYYY)៖ _____

End date (MM/DD/YYYY) | កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ (MM/DD/YYYY)៖ _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | តើអ្នកដឹងទេថា

អ្នកនឹងត្រូវឈប់សម្រាក មុនពេលការឈប់សម្រាករបស់អ្នកចាប់ផ្តើមដែរទេ?

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
- ☐ No | ទេ

Employment information | ព័ត៌មានអំពីការងារ

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.

យើងត្រូវការប្រវត្តិការងាររបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ថា តើអ្នកបានធ្វើការម៉ោងគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការឈប់សម្រាកដែរឬយ៉ាងណា។ សូមរាយឈ្មោះនិយោជកនីមួយៗដែលអ្នកបានធ្វើការក្នុងរយៈពេល 18 ខែចុងក្រោយ។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការ។

What is your current employment status?* | តើស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកមានលក្ខណៈដូចម្តេចដែរ?*

- ☐ Full-time salaried employee | និយោជិតប្រាក់ខែពេញម៉ោង
- ☐ Full-time hourly employee | និយោជិតប្រាក់ម៉ោងពេញម៉ោង
- ☐ Part-time salaried employee | និយោជិតប្រាក់ខែក្រោមម៉ោង
- ☐ Part-time hourly employee | និយោជិតប្រាក់ម៉ោងក្រោមម៉ោង
- ☐ Unemployed | គ្មានការងារធ្វើ

Employer name* | ឈ្មោះនិយោជក* :

UBI or FEIN* | UBI ឬ FEIN* :

Employer phone number* | លេខទូរសព្ទរបស់និយោជក* :

Is this your current employer?* | តើនេះជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែរឬទេ?*

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
- ☐ No | ទេ

Did you notify this employer that you plan to take leave?* |

តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់និយោជកនេះថាអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកដែរឬទេ?*

- ☐ Yes | បាទ/ចាស
 If yes, on what date did you notify them? | ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់ពួកគេនៅថ្ងៃណា?
 (MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | ទេ
- ☐ Requirement waived | តម្រូវការបានលះបង់

Employment start date (MM/DD/YYYY)* | កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ (MM/DD/YYYY)* : _____

Employment end date (MM/DD/YYYY) | កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ (MM/DD/YYYY) : _____

Employer address* | អាសយដ្ឋាននិយោជក* :

City* | ទីក្រុង* :

State* | រដ្ឋ* :

Zip Code* | លេខកូដតំបន់* :

Employer name* ឈ្មោះនិយោជក* ៖		
UBI or FEIN* UBI ឬ FEIN* ៖		
Employer phone number* លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក* ៖		
Is this your current employer?* តើនេះជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ Yes បាទ/ចាស ☐ No ទេ		
Did you notify this employer that you plan to take leave?* តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់និយោជកនេះថាអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកដែរឬទេ? ☐ Yes បាទ/ចាស If yes, on what date did you notify them? ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់ពួកគេនៅថ្ងៃណា? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ ☐ No ទេ ☐ Requirement waived តម្រូវការបានលះបង់		
Employment start date (MM/DD/YYYY)* កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ (MM/DD/YYYY)* ៖ _____		
Employment end date (MM/DD/YYYY) កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ(MM/DD/YYYY) ៖ _____		
Employer address* អាសយដ្ឋាននិយោជក* ៖		
City* ទីក្រុង* ៖	State* រដ្ឋ* ៖	Zip Code* លេខកូដតំបន់* ៖

Employer name* ឈ្មោះនិយោជក* ៖		
UBI or FEIN* UBI ឬ FEIN* ៖		
Employer phone number* លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក* ៖		
Is this your current employer?* តើនេះជានិយោជកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ Yes បាទ/ចាស ☐ No ទេ		
Did you notify this employer that you plan to take leave?* តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់និយោជកនេះថាអ្នកមានគម្រោងចង់ឈប់សម្រាកដែរឬទេ? ☐ Yes បាទ/ចាស If yes, on what date did you notify them? ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើអ្នកបានជូនដំណឹងដល់ពួកគេនៅថ្ងៃណា? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ ☐ No ទេ ☐ Requirement waived តម្រូវការបានលះបង់		
Employment start date (MM/DD/YYYY)* កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការងារ (MM/DD/YYYY)* ៖ _____		
Employment end date (MM/DD/YYYY) កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ(MM/DD/YYYY) ៖ _____		
Employer address* អាសយដ្ឋាននិយោជក* ៖		
City* ទីក្រុង* ៖	State* រដ្ឋ* ៖	Zip Code* លេខកូដតំបន់* ៖

Consent and signature	ការយល់ព្រម និងហត្ថលេខា
We share and receive information about you or your claim with your employers and other programs, such as the Division of Child Support, Workers' Compensation or Unemployment Insurance. We may need to verify information you provide and may request additional information as needed. 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.	យើងចែករំលែក និងទទួលព័ត៌មានអំពីអ្នក ឬការទាមទារសំណងរបស់អ្នកជាមួយនិយោជករបស់អ្នក និងកម្មវិធីផ្សេងទៀត ដូចជាផ្នែកជំនួយកុមារ (Division of Child Support) ប្រាក់សំណងរបស់កម្មករ (Workers' Compensation) ឬការធានារ៉ាប់រងភាពគ្មានការងារធ្វើ (Unemployment Insurance)។ យើងប្រហែលជាត្រូវផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមតាមតម្រូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកបំភាន់ខ្លួនអ្នក ឬលាក់ទុកព័ត៌មានដោយចេតនាពីយើងនោះ វានឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការក្លែងបន្លំ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ យើងអាចបដិសេធពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬតម្រូវឱ្យអ្នកសងអត្ថប្រយោជន៍ដែលគេ បានផ្តល់ឱ្យអ្នក។ អ្នកអាចប្រឈមនឹងការជាតពិន័យ ឬការកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ។
Signature* ហត្ថលេខា* ៖	Date* កាលបរិច្ឆេទ* ៖
Printed name* ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរធំ* ៖	

Authorized Representative	អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតិ
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.	ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍មិនអាចចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ដោយសារតែស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬរបួស អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអាច ចុះហត្ថលេខាជំនួសពួកគេបាន ប្រសិនបើពួកគេដាក់ទម្រង់បែបបទតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតិផងដែរ។
Authorized representative name ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតិ៖	
Authorized representative signature ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតិ ៖	
Date កាលបរិច្ឆេទ* ៖	
Phone number លេខទូរសព្ទ* ៖	
Email អ៊ីមែល៖	