

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

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.

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 계좌 입금 또는 선불 직불카드)을 선택할 수 있습니다. 서면으로 수당을 신청할 경우, 다음의 제한이 있습니다.

1. 833-717-2273 번으로 전화하여 주간 수당을 신청해 주십시오.
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.gov 에서 확인하십시오.

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

신청서 제출

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

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

문의

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

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 accommodation 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.

수당 신청 지침

개인 및 연락처 정보 섹션

귀하의 이름, 사회보장번호(SSN), 생일, 연락처 정보를 제공해 주십시오. 귀하가 제공한 주소로 선불 직불카드와 기타 서신을 발송해 드릴 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 UBI 를 요청하거나, 세무청 웹사이트(www.DOR.wa.gov)에 있는 UBI 조회 도구를 사용하여 찾아보십시오.
- 고용 시작일 및 종료일. 해당 고용주가 현재 고용주라인 경우 종료일을 공란으로 비워 두고 고용주가 귀하의 현재 고용주임을 나타내는 확인란에 표시하십시오.

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 이 양식을 작성할 수 있습니까?

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

합리적 편의 또는 지원

저희 프로그램과 소통하는 데 도움이 되는 합리적 편의 또는 그 밖의 지원이 필요한 경우 알려 주십시오. 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 833-494-2273 번으로 하실 수 있습니다.

Benefit application

수당 신청

To apply, provide the required information (*) requested below.	신청하려면 아래에 요청된 필수 정보(*)를 제공해 주십시오.
Personal information 개인 정보	
First name* 이름* :	Middle initial 중간 이름 이니셜 :
Last name* 성* :	
SSN or ITIN* SSN 또는 ITIN* :	Date of birth* 생년월일* :
Phone number* 전화번호* :	
Email address 이메일 주소:	
Preferred contact method* 선호 연락 방법* :	
<input type="checkbox"/> Phone 전화	
<input type="checkbox"/> Email 이메일	
<input type="checkbox"/> Mail 우편	
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* 제공해 주신 전화번호로 자세한 음성사서함 메시지를 받으시겠습니까?*	
<input type="checkbox"/> Yes 예	
<input type="checkbox"/> No 아니요	
When possible, do you prefer to communicate in a language other than English?* 가능한 경우 영어 이외의 언어로 의사 소통하는 것을 선호하십니까?*	
<input type="checkbox"/> Yes 예	
<input type="checkbox"/> No 아니요	
What is your preferred language?* 귀하께서 선호하는 언어는 무엇입니까?*	
<input type="checkbox"/> Amharic 암하라어	<input type="checkbox"/> Marshallese 마셜어
<input type="checkbox"/> Arabic 아랍어	<input type="checkbox"/> Oromo 오로모어
<input type="checkbox"/> Cambodian (Khmer) 캄보디아어	<input type="checkbox"/> Punjabi 펀자브어
<input type="checkbox"/> Chinese 중국어	<input type="checkbox"/> Russian 러시아어
<input type="checkbox"/> English 영어	<input type="checkbox"/> Somali 소말리어
<input type="checkbox"/> Farsi 페르시아어	<input type="checkbox"/> Spanish 스페인어
<input type="checkbox"/> Japanese 일본어	<input type="checkbox"/> Tagalog 타갈로그어
<input type="checkbox"/> Korean 한국어	<input type="checkbox"/> Ukrainian 우크라이나어
<input type="checkbox"/> Laotian 라오스어	<input type="checkbox"/> Vietnamese 베트남어
<input type="checkbox"/> Other. If other, what is your preferred language? 기타. 기타를 선택한 경우, 귀하가 선호하는 언어는 무엇입니까? _____	
Mailing address* 우편 주소* :	

City* | 시* :

State* | 주* :

Zip Code* | 우편번호* :

Gender* | 성별* :

- Female | 여성
 Male | 남성

- Non-binary | 논바이너리
 Prefer not to say | 밝히고 싶지 않음

Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* | 다음 중 귀하의 민족성 또는 인종을 가장 잘 설명한 것은 무엇입니까? 해당 사항 모두 표시.*

- American Indian or Alaskan Native | 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
 Black or African American | 흑인 또는 아프리카계 미국인
 Hispanic or Latino/Latina | 히스패닉 또는 라틴계
 Middle Eastern or Arab American | 중동인 또는 아랍계 미국인
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander | 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
 East Asian | 동아시아인
 South Asian | 남아시아인
 Southeast Asian | 동남아시아인
 White | 백인
 Prefer not to say | 밝히고 싶지 않음
 Ethnicity and/or race not listed | 목록에 없는 민족성 및/또는 인종

Leave information | 휴가 정보

Complete sections one OR two. All other sections are required. |

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

SECTION 1 | 섹션 1 :

If you are a parent that is going to or gave birth | 출산 예정이거나 출산한 부모인 경우:

Are you taking leave for medical care during pregnancy? | 임신 중 진료를 위해 휴가를 사용하십니까?

- Yes | 예
 If yes, baby's due date or date of birth | 그런 경우, 출산 예정일 또는 출산일:
 (MM/DD/YYYY) | (월/일/연도) _____
 No | 아니요

Are you taking leave to recover from giving birth? | 출산 후 회복을 위해 휴가를 사용하십니까?

- Yes | 예
 If yes, baby's due date or date of birth | 그런 경우, 출산 예정일 또는 출산일:
 (MM/DD/YYYY) | (월/일/연도) _____
 No | 아니요

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | 임신이나 출산과 관련된 합병증을 겪고 있습니까?

- Yes | 예
 No | 아니요

Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | 신생아와 유대감을 형성하기 위해 휴가를 사용하십니까(일반적으로 병가 후에 사용)?

- Yes | 예
 If yes, baby's date of birth | 그런 경우, 출산일:
 (MM/DD/YYYY) | (월/일/연도) _____
 No | 아니요

SECTION 2 | 섹션 2 :

For all other situations | 그 밖의 모든 상황:

Why do you need to take leave? (Choose one) | 휴가를 사용해야 하는 이유는 무엇입니까? (한 가지만 선택)

- Medical leave for yourself | 본인의 병가
- Leave to care for a family member | 가족을 돌보기 위한 휴가
If yes, which family member are you taking leave for? | 그런 경우, 어떤 가족 구성원을 위해 휴가를 사용하십니까?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | 자녀(또는 사위, 며느리)
 - Grandchild | 손주
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | 조부모(또는 배우자의 조부모)
 - Parent (or parent of spouse) | 부모(또는 배우자의 부모)
 - Sibling | 형제자매
 - Spouse | 배우자
 - Other | 기타: _____
- Bonding after the birth of your child | 자녀 출산 후 유대감 형성
If yes, child's date of birth | 그런 경우, 출산일:
(MM/DD/YYYY) | (월/일/연도) _____
- Bonding after the placement of your foster child | 위탁양육 자녀 배정 후 유대감 형성
If yes, child's date of placement | 그런 경우, 배정일:
(MM/DD/YYYY) | (월/일/연도) _____
- Bonding after the adoption of your child | 자녀 입양 후 유대감 형성
If yes, child's date of adoption | 그런 경우, 입양일:
(MM/DD/YYYY) | (월/일/연도) _____
- Military exigency | 군사적 긴급 상황
If yes, which family member are you taking leave for? | 그런 경우, 어떤 가족 구성원을 위해 휴가를 사용하십니까?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | 자녀(또는 사위, 며느리)
 - Grandchild | 손주
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | 조부모(또는 배우자의 조부모)
 - Parent (or parent of spouse) | 부모(또는 배우자의 부모)
 - Sibling | 형제자매
 - Spouse | 배우자
 - Other | 기타: _____

SECTION 3 | 섹션 3 :

How long do you expect to be on leave?* | 얼마나 오랫동안 휴가를 갈 것으로 예상하십니까?*

Start date (MM/DD/YYYY) | 시작일(월/일/연도): _____

End date (MM/DD/YYYY) | 종료일(월/일/연도): _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | 휴가가 시작되기 전에 휴가를 받을 필요가 있음을 알고 계셨습니까?

- Yes | 예
- No | 아니요

Employment information | 고용 정보

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.

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

What is your current employment status?* | 현재 고용 상태가 무엇입니까?*

- Full-time salaried employee | 풀타임 직원
- Hourly or Part-time salaried employee | 시간제 또는 파트타임 직원
- Unemployed | 실직 상태

Employer name* | 고용주 이름*:

UBI or FEIN* | UBI 또는 FEIN*:

Employer phone number* | 고용주 전화번호*:

Is this your current employer?* | 이 고용주가 현재 고용주입니까?*

- Yes | 예
- No | 아니요

Did you notify this employer that you plan to take leave?* | 이 고용주에게 휴가 계획을 통보했습니까?*

- Yes | 예
 If yes, on what date did you notify them? | 그런 경우, 언제 통보했습니까?
 (MM/DD/YYYY) | (월/일/연도) _____
- No | 아니요
- Requirement waived | 요건 면제

Employment start date (MM/DD/YYYY)* | 고용 시작일(월/일/연도)*: _____

Employment end date (MM/DD/YYYY) | 고용 종료일(월/일/연도) : _____

Employer address* | 고용주 주소* :

City* | 시* :

State* | 주* :

Zip Code* | 우편번호* :

Employer name* 고용주 이름*:	
UBI or FEIN* UBI 또는 FEIN*:	
Employer phone number* 고용주 전화번호*:	
Is this your current employer?* 이 고용주가 현재 고용주입니까?*	
<input type="checkbox"/> Yes 예 <input type="checkbox"/> No 아니요	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* 이 고용주에게 휴가 계획을 통보했습니까?*	
<input type="checkbox"/> Yes 예 If yes, on what date did you notify them? 그런 경우, 언제 통보했습니까? (MM/DD/YYYY) (월/일/연도) _____	
<input type="checkbox"/> No 아니요 <input type="checkbox"/> Requirement waived 요건 면제	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* 고용 시작일(월/일/연도)*: _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) 고용 종료일(월/일/연도) : _____	
Employer address* 고용주 주소* :	
City* 시* :	
State* 주* :	Zip Code* 우편번호* :
Employer name* 고용주 이름*:	
UBI or FEIN* UBI 또는 FEIN*:	
Employer phone number* 고용주 전화번호*:	
Is this your current employer?* 이 고용주가 현재 고용주입니까?*	
<input type="checkbox"/> Yes 예 <input type="checkbox"/> No 아니요	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* 이 고용주에게 휴가 계획을 통보했습니까?*	
<input type="checkbox"/> Yes 예 If yes, on what date did you notify them? 그런 경우, 언제 통보했습니까? (MM/DD/YYYY) (월/일/연도) _____	
<input type="checkbox"/> No 아니요 <input type="checkbox"/> Requirement waived 요건 면제	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* 고용 시작일(월/일/연도)*: _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) 고용 종료일(월/일/연도) : _____	
Employer address* 고용주 주소* :	
City* 시* :	
State* 주* :	Zip Code* 우편번호* :

Consent and signature	동의 및 서명
<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>	<p>유급 가족 휴가 및 병가 양식을 통해 귀하(또는 귀하의 청구)에 관한 정보를 다른 기관, 부서 혹은 고용주와 공유하고 전달받을 수 있습니다. 당국은 귀하가 제공한 정보를 확인해야 할 수 있으며 필요한 경우 추가 정보를 요구할 수도 있습니다.</p> <p>본인에 관하여 잘못된 정보를 전달하거나, 고의로 정보를 제공하지 않은 경우 사기로 간주됩니다. 부정확한 정보를 제공한 경우, 귀하의 수당 신청을 기각하거나 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.</p>
Signature* 서명* :	Date* 날짜* :
Printed name* 정자체 이름* :	

Authorized Representative	공인 대리인
<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>	<p>수당을 신청하는 당사자가 심각한 건강 상태 또는 부상으로 인해 본 양식에 서명할 수 없는 경우, 공인 대리인이 지정된 공인 대리인 양식을 제출하는 경우 당사자를 대신하여 서명할 수 있습니다.</p>
Authorized representative name 공인 대리인 이름:	
Authorized representative signature 공인 대리인 서명:	
Date 날짜:	
Phone number 전화번호:	
Email 이메일:	

신원 확인 문서

유급 가족 휴가 및 병가 요청 시 허용 가능한 신원 확인 문서

유급 휴가 신청서와 함께 반드시 신원 확인 문서를 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 있어야 함)
- 유효한 미국 인디언 사무국이 발행한 ID 카드(서명 및 사진이 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.
 - 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 있어야 함)
- 주 또는 카운티 기관에서 발행한 유효한 은닉 무기 허가증
- 해외 출생 증명서
- 법원 피보호자 판결문/피부양자 명령장
- 주 차량 관리국(Department of Motor Vehicles, DMV)의 클리어런스 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)
- 사회보건 서비스부(Department of Social and Health Services, 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(Individual Tax Identification Number, 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 정박소 이용 관련 문서(청구서, 계약서 등)

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 \$2.50 네트워크 외	해당 없음

자동화기기 잔액조회 (네트워크 내 또는 네트워크 외)	\$0
----------------------------------	-----

고객 서비스(자동화 또는 실제 상담원)	\$0 통화 건당
-----------------------	-----------

휴면상태	\$0
------	-----

3가지의 기타 수수료가 부과됩니다. 그중 하나는 다음과 같습니다.

카드 교체 (표준 또는 긴급 배송)	\$0 또는 \$15.00
---------------------	----------------

첨부된 이용 수수료 명세서를 확인하여 귀하의 자금과 잔액 정보에 접근할 수 있는 무료 방법을 알아보십시오.

당좌차월/신용거래 기능 없음
 귀하의 자금은 FDIC의 보호를 받습니다.

선불 계좌에 대한 일반 정보를 원하시면 cfpb.gov/prepaid(영어)를 방문해 주십시오.
 모든 수수료와 서비스의 내용과 조건에 대해서는 본 카드 패키지에서 찾아보거나, 1-888-964-0359로 전화하거나 usbankreliacard.com(영어)을 방문해 주십시오.

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.
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, 공지, 알림 및 입출금 내역서와 관련된 문서와 인터넷, 모바일 banking 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](https://www.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](https://www.usbankreliacard.com) (영어)에 방문하여 문의하십시오.

선불 계좌에 대한 일반 정보를 원하시면 [cfpb.gov/prepaid](https://www.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](https://www.cfpb.gov/complaint) (영어)를 방문하십시오.

CR-54790255 - Korean