

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 »

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.

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 ຮັບການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຜ່ານການຝາກເງິນເຂົ້າທະນາຄານໂດຍກົງ, ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານທາງອອນລາຍ. ໄປທີ່ www.paidleave.wa.gov ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຄູ່ມືກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກເພື່ອຄອບຄົວ ແລະ ເພື່ອການແພດແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຍື່ນການຮຽກຮ້ອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະຈໍາອາທິດ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຄູ່ມືດັ່ງກ່າວກໍຍັງອະທິບາຍເຖິງສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ກົດໝາຍອີກດ້ວຍ. ດາວໂຫຼດຄູ່ມືແນະນຳໄດ້ທີ່ www.paidleave.wa.gov/benefit-guide ຫຼື ສະເໜີຂໍສໍາເນົາໂທ 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.

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.

ການສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ

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

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

ມີຄໍາຖາມບໍ?

ຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 833-717-2273 ຫຼື ສົ່ງອີເມວນາທີ່ paidleave@esd.wa.gov. ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການ ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ ລະຫວ່າງ 8: 30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 4: 30 ໂມງແລງ.

ຄໍາແນະນໍາໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

ພາກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວແລະຂໍ້ມູນຕົວຕໍ່

ລະບຸຊື່, ເລກປະກັນສັງຄົມ (Social Security Number, SSN), ວັນເດືອນປີເກີດ ແລະ ຂໍ້ມູນຕົວຕໍ່ຂອງທ່ານ. ທີ່ຢູ່ທີ່ທ່ານໃຫ້ແມ່ນບ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະສົ່ງບັດເດດບິດແບບຈ່າຍລ່ວງໜ້າຂອງທ່ານແລະເອກະສານອື່ນໆໄປໃຫ້.

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.

ພາກຂໍ້ມູນການຈ້າງງານ

ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ ເພື່ອຢືນຢັນວ່າທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກຫຼາຍຊົ່ວໂມງພໍທີ່ຈະມີສິດລາພັກ.

- ຊື່ນາຍຈ້າງ. ຊື່ຂອງທຸລະກິດ ຫຼື ອົງການທີ່ທ່ານເຮັດວຽກໃຫ້.
- ການລະບຸທຸລະກິດແບບເສັ້ນຮ່ວມ (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. ຖ້າວັນທີດັ່ງກ່າວເປັນວັນທີທີ່ທ່ານຍັງເຮັດວຽກກັບນາຍຈ້າງບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ, ປ່ອຍໃຫ້ວັນສິ້ນສຸດຫວ່າງເປົ່າ ແລະ ໝາຍໃສ່ກ່ອງ ເພື່ອຊີ້ບອກວ່າເຂົາເຈົ້າເປັນນາຍຈ້າງບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ.

ພາກຂໍ້ມູນການລາພັກ

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

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.

ຄົນອື່ນສາມາດຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບໍ?

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

ທີ່ພັກອາໄສ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນພັກເຊົາທີ່ເໝາະສົມ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານພົວພັນກັບໂຄງການຂອງພວກເຮົາ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້. ການຮ້ອງຂໍຕ່າງໆກໍາລັງໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍຫ້ອງການການລາພັກຄອບຄົວ ແລະ ທາງການແພດທີ່ມີຄ່າຈ້າງ. ເພື່ອຮ້ອງຂໍບ່ອນພັກເຊົາ, ໃຫ້ສົ່ງອີເມວໄປທີ່ PFMLaccess@esd.wa.gov ຫຼື ໂທຫາ 833-494-2273,

Benefit application

ຄໍາຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

To apply, provide the required information (*) requested below.	ເພື່ອສະໝັກ, ກະລຸນາສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ກຳນົດ (*) ທາງລຸ່ມນີ້.
Personal information ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ	
First name* ຊື່ເດີມ:	Middle initial ຊື່ກາງ:
Last name* ນາມສະກຸນ*:	
SSN or ITIN* SSN or ITIN*:	Date of birth* ວັນເດືອນປີເກີດ*:
Phone number* ເບີໂທລະສັບ*:	
Email address ທີ່ຢູ່ອີເມວ:	
Preferred contact method* ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ* :	
<input type="checkbox"/> Phone ໂທລະສັບ	
<input type="checkbox"/> Email ອີເມວ	
<input type="checkbox"/> Mail ທາງຈົດໝາຍ	
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* ພວກເຮົາສາມາດຜາກຂໍ້ຄວາມສຽງລາຍລະອຽດທາງເບີໂທລະສັບທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ໄດ້ຫຼືບໍ່?	
<input type="checkbox"/> Yes ແມ່ນ	
<input type="checkbox"/> No ບໍ່	
When possible, do you prefer to communicate in a language other than English?* ຫາກເປັນໄປໄດ້, ທ່ານສະດວກສື່ສານເປັນພາສາອື່ນ ທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດບໍ່?*	
<input type="checkbox"/> Yes ແມ່ນ	
<input type="checkbox"/> No ບໍ່	
What is your preferred language?* ພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນຫຍັງ?	
<input type="checkbox"/> Amharic ພາສາອັມຫໍາຣິກ	<input type="checkbox"/> Marshallese ພາສາມາຊໍລີສ
<input type="checkbox"/> Arabic ພາສາອາຣາບິກ	<input type="checkbox"/> Oromo ພາສາໂອໂຣໂມ
<input type="checkbox"/> Cambodian (Khmer) ພາສາກໍາປູເຈຍ	<input type="checkbox"/> Punjabi ພາສາບັນຈາບີ
<input type="checkbox"/> Chinese ພາສາຈີນ	<input type="checkbox"/> Russian ພາສາລັດເຊຍ
<input type="checkbox"/> English ພາສາອັງກິດ	<input type="checkbox"/> Somali ພາສາໂຊມາລີ
<input type="checkbox"/> Farsi ພາສາຟາຣີ	<input type="checkbox"/> Spanish ພາສາເອສປາໂຍນ
<input type="checkbox"/> Japanese ພາສາຍີ່ປຸ່ນ	<input type="checkbox"/> Tagalog ພາສາຕາກາລັອກ
<input type="checkbox"/> Korean ພາສາເກົາຫຼີ	<input type="checkbox"/> Ukrainian ພາສາຢູເຄຼນ
<input type="checkbox"/> Laotian ພາສາລາວ	<input type="checkbox"/> Vietnamese ພາສາຫວຽດນາມ
<input type="checkbox"/> Other. If other, what is your preferred language? ອື່ນໆ. ຖ້າອື່ນໆ, ພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນຫຍັງ?	
<hr/>	
Mailing address* ທີ່ຢູ່ອີເມວ*:	

City* | ເມືອງ*:

State* | ລັດ*:

Zip Code* | ລະຫັດໄປສະນີ*:

Gender* | ເພດ*:

Female | ອົງ

Non-binary | ບໍ່ແມ່ນທັງສອງເພດ

Male | ຊາຍ

Prefer not to say | ບໍ່ຕ້ອງການບອກ

Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* | ຂໍ້ໃດຕໍ່ໄປນີ້ ບົ່ງບອກຊົນເຜົ່າ ແລະ/ຫຼື ເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ? ເລືອກເອົາທຸກຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມ.*

- American Indian or Alaskan Native | ອາເມລິກາອິນເດຍ ຫຼື ຊາວອາລາສກາ
- Black or African American | ຜິວດຳ ຫຼື ຊາວອາຟຣິກາອາເມລິກາ
- Hispanic or Latino/Latina | ຊາວຮິດສເປນິກ ຫຼື ຊາວລາຕິນໄນ
- Middle Eastern or Arab American | ຕາເວັນອອກກາງ ຫຼື ອາຣັບອາເມລິກາ
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander | ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ ຫຼື ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ
- East Asian | ອາຊີຕາເວັນອອກ
- South Asian | ອາຊີໃຕ້
- Southeast Asian | ອາຊີຕາເວັນອອກສ່ຽງໃຕ້
- White | ຜິວຂາວ
- Prefer not to say | ບໍ່ຕ້ອງການບອກ
- Ethnicity and/or race not listed | ຊົນເຜົ່າ ແລະ/ຫຼື ເຊື້ອຊາດບໍ່ມີໃນນີ້

Leave information | ຂຽນຂໍ້ມູນໃສ່

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

SECTION 1 | ພາກທີ 1 :

If you are a parent that is going to or gave birth | ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ແມ່ຈະເກີດລູກ ຫຼື ມີລູກແລ້ວ:

Are you taking leave for medical care during pregnancy? |

ທ່ານກຳລັງພັກວຽກເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດໃນລະຫວ່າງການຖືພາບໍ?

Yes | ແມ່ນ

If yes, baby's due date or date of birth | ຖ້າແມ່ນ, ວັນຄົບກຳນົດເກີດ ຫຼື ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກແມ່ນ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____

No | ບໍ່

Are you taking leave to recover from giving birth? | ທ່ານກຳລັງພັກວຽກ ເພື່ອຜື້ນຕົວຈາກການເກີດລູກບໍ?

Yes | ແມ່ນ

If yes, baby's due date or date of birth | ຖ້າແມ່ນ, ວັນຄົບກຳນົດເກີດ ຫຼື ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກແມ່ນ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____

No | ບໍ່

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

ທ່ານກຳລັງປະສົບກັບອາການແຊກຊ້ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ຫຼື ການເກີດຂອງທ່ານບໍ?

Yes | ແມ່ນ

No | ບໍ່

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

ທ່ານກຳລັງພັກວຽກ ເພື່ອຜື້ນຕົວກັບລູກໃໝ່ຂອງທ່ານ (ໄດຍປົກກະຕິລາວຮັກຫຼັງຈາກການລາພັກທາງການແພດ) ບໍ?

Yes | ແມ່ນ

If yes, baby's date of birth | ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກແມ່ນ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____

No | ບໍ່

SECTION 2 | ພາກທີ 2 :

For all other situations | ສໍາລັບສະຖານະການອື່ນໆທັງໝົດ :

Why do you need to take leave? (Choose one) | ເປັນຫຍັງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລາພັກ? (ເລືອກອັນໜຶ່ງ)

- Medical leave for yourself | ການລາພັກທາງການແພດສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ
- Leave to care for a family member | ການລາພັກເບິ່ງແຍງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ
If yes, which family member are you taking leave for? | ຖ້າແມ່ນ, ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດທີ່ທ່ານໃຊ້ການລາພັກເພື່ອ?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ລູກ (ຫຼື ລູກເຂີຍ, ລູກໄພີ)
 - Grandchild | ຫຼານ
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າ (ຫຼື ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າຂອງຄູ່ສົມລົດ)
 - Parent (or parent of spouse) | ພໍ່ແມ່ (ຫຼື ພໍ່ແມ່ຂອງຄູ່ສົມລົດ)
 - Sibling | ພີ່ນ້ອງ
 - Spouse | ຄູ່ສົມລົດ
 - Other | ອື່ນໆ: _____
- Bonding after the birth of your child | ການເບິ່ງແຍງເດັກພາຍຫຼັງການເກີດລູກ
If yes, child's date of birth | ຖ້າແມ່ນ, ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກແມ່ນ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- Bonding after the placement of your foster child | ການເບິ່ງແຍງລູກບຸນຖ່າພາຍຫຼັງການຮັບລ້ຽງ
If yes, child's date of placement | ຖ້າແມ່ນ, ວັນຮັບລ້ຽງເດັກແມ່ນ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- Bonding after the adoption of your child | ການເບິ່ງແຍງລູກບຸນຖ່າພາຍຫຼັງການຮັບລ້ຽງເດັກ
If yes, child's date of adoption | ຖ້າແມ່ນ, ວັນຮັບລ້ຽງຊຸປະຖ່າເດັກແມ່ນ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- Military exigency | ຄວາມຈຳເປັນທາງການທະຫານ
If yes, which family member are you taking leave for? | ຖ້າແມ່ນ, ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດທີ່ທ່ານໃຊ້ການລາພັກເພື່ອ?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ລູກ (ຫຼື ລູກເຂີຍ, ລູກໄພີ)
 - Grandchild | ຫຼານ
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າ (ຫຼື ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າຂອງຄູ່ສົມລົດ)
 - Parent (or parent of spouse) | ພໍ່ແມ່ (ຫຼື ພໍ່ແມ່ຂອງຄູ່ສົມລົດ)
 - Sibling | ພີ່ນ້ອງ
 - Spouse | ຄູ່ສົມລົດ
 - Other | ອື່ນໆ: _____

SECTION 3 | ພາກທີ 3:

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

Start date (MM/DD/YYYY) | ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ (MM/DD/YYYY): _____

End date (MM/DD/YYYY) | ວັນທີສິ້ນສຸດ (MM/DD/YYYY): _____

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

ທ່ານຈະຕ້ອງຂໍລາພັກກ່ອນການລາພັກຂອງທ່ານຈະເລີ່ມຕົ້ນ?

- Yes | ແມ່ນ
- No | ບໍ່

Employment information | ຂໍ້ມູນການຈ້າງງານ

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.

ພວກເຮົາຕ້ອງການປະຫວັດການຈ້າງງານຂອງທ່ານ ເພື່ອກຳນົດວ່າທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກພໍເທົ່າໃດຊົ່ວໂມງ ເພື່ອມີຄຸນສົມບັດສຳລັບການລາພັກ. ກະລຸນາລະບຸນາຍຈ້າງແຕ່ລະຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກພາຍໃນ 18 ເດືອນຜ່ານມາ. ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ.

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

- Full-time salaried employee | ພະນັກງານຕົງເດືອນເຕັມເວລາ
- Hourly or Part-time salaried employee | ພະນັກງານລາຍຊົ່ວໂມງ ຫຼື ພາດທາມ
- Unemployed | ຫວ່າງງານ

Employer name* | ຊື່ນາຍຈ້າງ* :

UBI or FEIN* | UBI ຫຼື FEIN* :

Employer phone number* | ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ* :

Is this your current employer?* | ນີ້ແມ່ນນາຍຈ້າງບັດຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ່?*

- Yes | ແມ່ນ
- No | ບໍ່

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

- Yes | ແມ່ນ
 If yes, on what date did you notify them? | ຖ້າແມ່ນ, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງເຂົາເຈົ້າໃນວັນທີໃດ?
 (MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- No | ບໍ່
- Requirement waived | ຕົ່ອນໄຂຖືກຍົກເວັ້ນ

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

Employment end date (MM/DD/YYYY) | ວັນທີສິ້ນສຸດການຈ້າງງານ (ເດ/ວວ/ປປປປ)*: _____

Employer address* | ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ*:

City* | ເມືອງ*:

State* | ລັດ*:

Zip Code* | ລະຫັດໄປສະນີ*:

Employer name* ຊື່ນາຍຈ້າງ* :	
UBI or FEIN* UBI ຫຼື FEIN* :	
Employer phone number* ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ* :	
Is this your current employer?* ນີ້ແມ່ນນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ່?* <input type="checkbox"/> Yes ແມ່ນ <input type="checkbox"/> No ບໍ່	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ຮູ້ບໍ່ຮູ້ວ່າທ່ານມີແຜນຈະລາຜັກບໍ່?* <input type="checkbox"/> Yes ແມ່ນ If yes, on what date did you notify them? ຖ້າແມ່ນ, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງເຂົາເຈົ້າໃນວັນທີໃດ? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ <input type="checkbox"/> No ບໍ່ <input type="checkbox"/> Requirement waived ຕົ່ອນໄຂຖືກຍົກເວັ້ນ	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການຈ້າງງານ (MM/DD/YYYY)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) ວັນທີສິ້ນສຸດການຈ້າງງານ (ດດ/ວວ/ບບບບ)*: _____	
Employer address* ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ*:	
City* ເມືອງ*:	
State* ລັດ*:	Zip Code* ລະຫັດໄປສະນີ*:
Employer name* ຊື່ນາຍຈ້າງ* :	
UBI or FEIN* UBI ຫຼື FEIN* :	
Employer phone number* ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ* :	
Is this your current employer?* ນີ້ແມ່ນນາຍຈ້າງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ່?* <input type="checkbox"/> Yes ແມ່ນ <input type="checkbox"/> No ບໍ່	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* ທ່ານໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຜູ້ນີ້ຮູ້ບໍ່ຮູ້ວ່າທ່ານມີແຜນຈະລາຜັກບໍ່?* <input type="checkbox"/> Yes ແມ່ນ If yes, on what date did you notify them? ຖ້າແມ່ນ, ທ່ານໄດ້ແຈ້ງເຂົາເຈົ້າໃນວັນທີໃດ? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ <input type="checkbox"/> No ບໍ່ <input type="checkbox"/> Requirement waived ຕົ່ອນໄຂຖືກຍົກເວັ້ນ	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການຈ້າງງານ (MM/DD/YYYY)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) ວັນທີສິ້ນສຸດການຈ້າງງານ (ດດ/ວວ/ບບບບ)*: _____	
Employer address* ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ*:	
City* ເມືອງ*:	
State* ລັດ*:	Zip Code* ລະຫັດໄປສະນີ*:

Consent and signature	ການຍິນຍອມ ແລະ ວົງລາຍເຊັນ
<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>ການລາພັກເພື່ອຄອບຄົວ ແລະ ເພື່ອການປິ່ນປົວແບບໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ອາດຈະແບ່ງບັນ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ (ຫຼື ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ) ກັບໜ່ວຍງານ, ພະແນກ ຫຼື ນາຍຈ້າງອື່ນໆຂອງທ່ານ.</p> <p>ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ ແລະ ອາດຈະຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຕາມຄວາມຕ້ອງການ.</p> <p>ຖ້າຫາກທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນຕົວທ່ານເອງທີ່ຜິດພາດຫຼືໂດຍເຈດຕະນາກັກຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາ, ມັນຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນການສໍ້ໂກງ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງສະໝັກຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ ຫຼື ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄືນຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານໄດ້ມອບໃຫ້. ທ່ານອາດສາມາດປະເຊີນກັບການປັບໃໝ ຫຼື ການດໍາເນີນຄະດີອາຍາໄດ້. ໂດຍການເຊັນເອກະສານສະບັບນີ້, ຂ້ອຍຍິນຍອມທີ່ຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງຂ້ອຍ ແລະ ໄດ້ຕອບຄໍາຖາມຂອງແອັບພລິເຄຊັນຢ່າງຈິງຈັງແທ້.</p>
Signature* ລາຍເຊັນ*:	Date* ວັນທີ*:
Printed name* ຂຽນຊື່*:	

Authorized Representative	ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ
<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>ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ສາມາດເຊັນແບບຝອມນີ້ໄດ້ ເນື່ອງຈາກສະພາບສຸຂະພາບຮ້າຍແຮງ ຫຼື ການບາດເຈັບ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດອາດຈະວົງນາມໃນນາມຂອງເຂົາເຈົ້າ, ໂດຍໃຫ້ພວກເຂົາສົ່ງ ແບບຝອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເຊັນກັນ.</p>
Authorized representative name ຊື່ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ :	
Authorized representative signature ລາຍເຊັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ :	
Date ວັນທີ:	
Phone number ເບີໂທລະສັບ :	
Email ອີເມວ :	

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: ຫ້າງສີຜ່ານແດນ, ບັດຫ້າງສີຜ່ານແດນ, 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
 - ເອກະສານເດີນທາງຂອງຜູ້ວິໄລສະຫະລັດ I-571
 - ບັດປະຊາຊົນຖາວອນ I-551
 - I-766 Employment Authorization
- ແບບຟອມລະບຸຕົວຕົນທີ່ອອກໂດຍລັດຖະບານຕ່າງປະເທດ (ຕົວຢ່າງ: ຫ້າງສີຜ່ານແດນ, ບັດກົງສຸນ, ບັດລະບຸສັນຊາດ ຫຼື “ບັດປະຊາຊົນ” ພ້ອມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບ, ແລະ ອື່ນໆ) ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້
- ບັດປະຈຳຕົວການຈັດທະບຽນຈາກຊົນເຜົ່າອິນເດຍທີ່ລັດຖະບານກາງຍອມຮັບ (ຕ້ອງລວມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບພາບຂອງທ່ານ) ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້
- ບັດປະຈຳຕົວທີ່ອອກໂດຍ ສຳນັກງານວຽກງານອິນເດຍ (Bureau of Indian Affairs) ຂອງສະຫະລັດ (ຕ້ອງລວມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບພາບຂອງທ່ານ) ທີ່ຍັງນຳໃຊ້ໄດ້

ເອກະສານສຳຮອງ (ສອງໃນເອກະສານເຫຼົ່ານີ້)

- ແບບຟອມລະບຸຕົວຕົນທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍລັດຖະບານສະຫະລັດອາເມລິກາ (ລັດຖະບານກາງ ຫຼື ລັດ)(ຕົວຢ່າງ: ຫ້າງສີຜ່ານແດນ, ບັດຫ້າງສີຜ່ານແດນ, ບັດປະຈຳຕົວ, ໃບຂັບຂີ່ຂັ້ນສູງ ຫຼື ແບບມາດຕະຖານ, ບັດຜ່ານຊາຍແດນ B1/B2 ອື່ນໆ.) ທີ່ໝົດອາຍຸນຳໃຊ້ແລ້ວ
- ບັດປະຈຳຕົວພົນລະເມືອງອາເມລິກາ ແລະ ລະຫັດການເຂົ້າເມືອງ ທີ່ໝົດອາຍຸແລ້ວ. ແບບຟອມທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ຄື:
 - ເອກະສານເດີນທາງອະນຸຍາດໃຫ້ກັບຄືນ ເຂົ້າສະຫະລັດ I-327
 - ເອກະສານເດີນທາງຂອງຜູ້ວິໄລສະຫະລັດ I-571
 - ບັດປະຊາຊົນຖາວອນ I-551
 - ເອກະສານອະນຸຍາດຈ້າງງານ I-766
- ແບບຟອມລະບຸຕົວຕົນທີ່ອອກໂດຍລັດຖະບານຕ່າງປະເທດ (ຕົວຢ່າງ: ຫ້າງສີຜ່ານແດນ, ບັດກົງສຸນ, ບັດລະບຸສັນຊາດ ຫຼື “ບັດປະຊາຊົນ” ພ້ອມມີລາຍເຊັນ ແລະ ຮູບ, ແລະ ອື່ນໆ) ທີ່ໝົດອາຍຸນຳໃຊ້ແລ້ວ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນການຮັບລູກລົງ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດທີ່ຮັບຮອງໂດຍສະຫະລັດ ຫຼື ຕ່າງປະເທດ
- ບັດທະບຽນຢັ້ງຢືນການເກີດ (ຕ້ອງລວມມີ ຊື່, ວັນເດືອນປີເກີດ, ສະຖານທີ່ເກີດ, ວັນທີ່ຍິ້ມ ແລະ ວັນທີ່ອອກ)
- ໃບອະນຸຍາດນຳໃຊ້ອາວຸດເຊື້ອງທີ່ຖືກຕ້ອງທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍໜ່ວຍງານຂອງລັດ ຫຼື ເມືອງ
- ລາຍງານກົງສຸນກ່ຽວກັບການເກີດຢູ່ຕ່າງປະເທດ
- ດຳລັດ/ຄຳສັ່ງສານກ່ຽວກັບການເພິ່ງເພາອາໄສ
- ໃບແຈ້ງໃຫດ ຫຼື ບັນທຶກການຂັບຂີ່ຈາກກົມເພາະນະໃຊ້ເຄື່ອງຈັກ (Department of Motor Vehicles, DMV) ຂອງລັດ
- ໃບຢັ້ງຢືນຢ່າຮ້າງ
- ໃບຢັ້ງຢືນ/ໃບອະນຸຍາດການແຕ່ງຕັ້ງ
- ໃບປະກາດວິຊາຊີບ (ພະຍາບານ, ແພດ, ວິສະວະກອນ ແລະ ອື່ນໆ)
- ໃບປະກາດ ຫຼື ໃບຄະແນນ
- ບັດປະຈຳຕົວນັກຮຽນທີ່ຍັງນຳໃຊ້ໄດ້ອອກໃຫ້ໂດຍວິທະຍາໄລ, ຫຼື ມະຫາວິທະຍາໄລ ທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບຂອງປະເທດ
- ໃບຢັ້ງຢືນຂໍ້ມູນປະຈຳຕົວຄົນຂັບລົດຂົນສົ່ງ (Transportation Worker Identification Credential, TWIC)
- ເລກທະບຽນລົດ ຫຼື ຊີລິດ (ຊື່ແບບລວດຖບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້)
- ໃບບັນຄຳໃຊ້ຈ່າຍພາຍໃນບ້ານ (ແກັສ, ເຄື່ອງໃຊ້ໄຟຟ້າ, ນໍ້າ, ນໍ້າເສຍ, ໂທລະສັບຕັ້ງໃຕະ, ໂທລະພາບ, ອິນເຕີເນັດ, ISTA)
- ຈົດໝາຍແຈ້ງຜົນປະໂຫຍດຂອງກະຊວງການບໍລິການສຸຂະພາບສັງຄົມ (Department of Social and Health Services) (ຢາ, ອາຫານ ແລະ ອື່ນໆ)
- ຫຼັກຖານສະແດງການເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນ (ເອກະສານຈຳນອງ, ເອກະສານອາກອນຊັບສິນ, ໃບຕາດົນ, ສົດນຳໃຊ້ທີ່ດິນ ແລະ ອື່ນໆ.)
- ຈົດໝາຍທຸລະກິດຈາກອົງການຈັດຕັ້ງຂອງລັດ, ໜ່ວຍງານລັດຖະບານກາງ, ຊົນເຜົ່າ, ເມືອງ ຫຼື ເຂດ
- ຈົດໝາຍແຈ້ງເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍອາກອນບຸກຄົນ (Individual Tax Identification Number, ITIN) ຈາກ ກົມບໍລິການລາຍຮັບ (Internal Revenue Service, IRS)
- ເຈົ້າຂອງເຮືອນ ຫຼື ນະໂຍບາຍປະກັນໄພຂອງຜູ້ເຊົ່າ

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

ການບໍລິການອາດມີໃຫ້ເປັນພາສາອັງກິດເທົ່ານັ້ນ.

ທ່ານມີຕົວເລືອກໃນການຮັບລຳລະເງິນຂອງທ່ານ, ລວມເຖິງການຝາກໂດຍກົງໄປທີ່ບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານ ຫຼື ບັດຕື່ມເງິນນີ້. ສອບຖາມຕົວແທນຂອງທ່ານສຳລັບຕົວເລືອກທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້ ແລະ ເລືອກຕົວເລືອກຂອງທ່ານ.			
ຄ່າທ່ານງຽມປະຈຳເດືອນ \$0	ຕໍ່ການຊື້ \$0	ການຖອນຈາກກາດ ATM \$0 ໃນເຄືອຂ່າຍ \$2.50 ນອກເຄືອຂ່າຍ	ການໂຫຼດເງິນສົດ ຄືນໃໝ່ ບໍ່ມີ
ການສອບຖາມຍອດຈາກກາດ ATM (ໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ນອກເຄືອຂ່າຍ)			\$0
ການບໍລິການລູກຄ້າ (ອັດຕະໂນມັດ ຫຼື ຕົວແທນ)			\$0 ຕໍ່ການໂທ
ບໍ່ມີການໃຊ້ງານ			\$0
ພວກເຮົາເກັບຄ່າທ່ານງຽມອື່ນໆອີກ 3 ປະເພດ. ໜຶ່ງໃນນັ້ນແມ່ນ:			
ການປ່ຽນແທນບັດ (ການຈັດສົ່ງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ຮີບດ່ວນ)			\$0 ຫຼື \$15.00
ໃຫ້ເບິ່ງຕາຕະລາງຄ່າທ່ານງຽມທີ່ໃຫ້ມາພ້ອມນີ້ ສຳລັບວິທີການເຂົ້າເຖິງເງິນ ແລະ ຂໍ້ມູນຍອດເງິນຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.			
ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເງິນເປັນກະກຽມບັນຊີ/ສິນເຊື່ອ. ເງິນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບປະກັນໄພ FDIC.			
ສຳລັບຂໍ້ມູນທີ່ໄປກ່ຽວກັບບັນຊີຈ່າຍເງິນລ່ວງໜ້າ, ເຂົ້າເບິ່ງ cfpb.gov/prepaid (ພາສາອັງກິດ). ຊອກຫາລາຍລະອຽດ ແລະ ຕັ້ງອັນໄຂຄ່າທ່ານງຽມ ແລະ ການບໍລິການທຸກຢ່າງຢູ່ໃນຊ່ອງໃສ່ບັດ ຫຼື ໂທ 1-888-964-0359 ຫຼື ເຂົ້າ ເບິ່ງ 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 ຕັ້ງອາດທ່ານເຮັດທຸລະກຳບໍ່ສຳເລັດກໍຕາມ.
ການຖອນເງິນສົດກັບເພະນັກງານ	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາ ສຳລັບເມື່ອທ່ານຖອນເງິນສົດອອກຈາກບັດຂອງທ່ານ ຈາກເພະນັກງານຢູ່ທີ່ທະນາຄານ ຫຼື ສະຫະພັນສົນເຊື່ອທີ່ຍອມຮັບ Visa®.
ຂໍ້ມູນ		
ການສອບຖາມຍອດເງິນຈາກຕູ້ ATM (ໃນເຄືອຂ່າຍ)	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຕໍ່ການສອບຖາມຍອດຂອງພວກເຮົາ. “ໃນເຄືອຂ່າຍ” ໝາຍເຖິງເຄືອຂ່າຍ 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%	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາທີ່ນຳໃຊ້ເມື່ອທ່ານໃຊ້ບັດຂອງທ່ານຊື້ຢູ່ທີ່ຮ້ານຄ້າຕ່າງປະເທດ ແລະ ສຳລັບການຖອນເງິນສົດຈາກຕູ້ ATM ຢູ່ຕ່າງປະເທດ ແລະ ເປັນເປົ້າໝາຍຂອງຈຳນວນເງິນໃດໜຶ່ງທີ່ເຮັດທຸລະກຳ 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 ຕັ້ງອາດທ່ານເຮັດທຸລະກຳບໍ່ສຳເລັດກໍຕາມ.
ອື່ນໆ		
ການປ່ຽນແທນບັດ	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາຕໍ່ການປ່ຽນແທນບັດທີ່ໄດ້ສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານດ້ວຍການຈັດສົ່ງມາດຕະຖານທາງໄປສະນີ (ສູງສຸດ 10 ວັນລົດຖະການ).
ການປ່ຽນແທນບັດພ້ອມການຈັດສົ່ງດ່ວນ	\$15.00	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາສຳລັບການຈັດສົ່ງດ່ວນ (ສູງສຸດ 3 ວັນລົດຖະການ) ຕັ້ງແຕ່ເລີ່ມໃສ່ຄ່າທຳນຽມການປ່ຽນແທນບັດໃດໜຶ່ງ.
ບໍ່ມີການໃຊ້ງານ	\$0	ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມຂອງພວກເຮົາຂອງທີ່ຮຽກເກັບໃນແຕ່ລະເດືອນຫຼັງຈາກທ່ານບໍ່ໄດ້ເຮັດທຸລະກຳໂດຍນຳໃຊ້ບັດຂອງທ່ານ.

ໃນຂະນະທີ່ການສື່ສານນີ້ເປັນພາສາລາວ, ຕາມການສື່ສານ ຂອງ U.S. Bank ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວກັບຂໍ້ຕົກລົງຕາມສັນຍາ, ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ, ແຈ້ງການ ແລະ ໃບແຈ້ງອອດເງິນຂອງທ່ານ, ການບໍລິການທະນາຄານທາງອິນເຕີເນັດ ແລະ ມີຖື 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).

ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເງິນເປັນເງິນບັນຊີ/ສົນເຊື່ອ. ຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການຜູ້ຖືບັດໂດຍການໂທໂທ 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