

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.

ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਵਾਸਤੇ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ

ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਲਾਭਾਂ ਵਾਸਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਆਪਣੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਲਾਭ ਦਾਅਵਿਆਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ ਹੈ (ਔਨਲਾਈਨ ਜਾਂ ਫੋਨ 'ਤੇ) ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੇ ਹਨ (ਆਪਣੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਜਾਂ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਡਾਇਰੈਕਟ ਜਮ੍ਹਾਂ)। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਕਾਗਜ਼ੀ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ ਰਾਹੀਂ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤਿਆਂ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ:

1. 833-717-2273 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਫੋਨ 'ਤੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਲਾਭ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ।
2. ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਨੂੰ ਔਨਲਾਈਨ ਦਾਖਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਡਾਇਰੈਕਟ ਜਮ੍ਹਾਂ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣਾ ਲਾਭ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ ਔਨਲਾਈਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਸਤੇ www.paidleave.wa.gov 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਬੈਨੀਫਿਟ ਗਾਈਡ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। www.paidleave.wa.gov/benefit-guide 'ਤੇ ਗਾਈਡ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰੋ ਜਾਂ 833-717-2273 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰੋ।

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.

ਤੁਹਾਡਾ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ

ਆਪਣਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ, ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ-ਪੱਤਰ, ਡੇਜ਼ੀਗਨੇਟਿਡ ਆਥੋਰਾਇਜ਼ਡ ਰਿਪ੍ਰਜ਼ੈਂਟੇਟਿਵ ਫਾਰਮ ਆਦਿ) ਇੱਥੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ:

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

ਸਵਾਲ ਹਨ?

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 833-717-2273 'ਤੇ ਕਾਲ ਜਾਂ paidleave@esd.wa.gov 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 8:30 ਅਤੇ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ।

ਲਾਭ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ ਸੰਬੰਧੀ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼

ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਾਗ

ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਊਰਿਟੀ (SSN), ਜਨਮ-ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪਤਾ ਉਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਪੱਤਰਾਚਾਰ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਾਂਗੇ।

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.

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਭਾਗ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਵਾਸਤੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ।

- ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ। ਉਸ ਵਪਾਰ ਜਾਂ ਸੰਗਠਨ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕੀਤਾ।
- ਯੂਨੀਫਾਇਡ ਬਿਜਨਸ ਆਇਡੈਂਟੀਫਾਇਰ (UBI) ਜਾਂ ਫੈਡਰਲ ਇੰਪਲਾਇਰ ਆਇਡੈਂਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (FEIN)। ਆਪਣੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਤੋਂ UBI ਬਾਰੇ ਪੁੱਛ ਕੇ ਜਾਂ ਰਾਜਸਵ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ (www.DOR.wa.gov) 'ਤੇ UBI ਲੁੱਕ-ਅੱਪ ਟੂਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਉਸ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਓ।
- ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਅਤੇ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਤੁਹਾਡਾ ਵਰਤਮਾਨ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਖਾਲੀ ਛੱਡੋ ਅਤੇ ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਚੈਕ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡਾ ਵਰਤਮਾਨ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਹੈ।

ਛੁੱਟੀ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਭਾਗ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੰਗਾਂਗੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਜਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ (ਮੈਡੀਕਲ, ਫੈਮਿਲੀ, ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਜਾਂ ਜਨਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਹ ਜਾਂ ਫੈਜੀ ਲੋੜ) ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਮੀਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਅਤੇ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਮੇਰੇ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਤੁਸੀਂ ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਤਰਫੋਂ ਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਕਿਸੇ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਡੇਜ਼ਿਗਨੇਟਿਡ ਆਥੋਰਾਈਜ਼ਡ ਰਿਪ੍ਰੈਜੇਂਟੇਟਿਵ ਫਾਰਮ ਭਰੋ। ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, 833-717-2273 'ਤੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਵਾਜਬ ਅਨੁਕੂਲਤਾ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਜਬ ਅਨੁਕੂਲਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਬੇਨਤੀਆਂ ਨੂੰ ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਓਮਬਡਜ਼ ਦੇ ਦਫਤਰ ਦੁਆਰਾ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਨੁਕੂਲਤਾ ਵਾਸਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, PFMLaccess@esd.wa.gov 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ ਜਾਂ 833-494-2273 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Benefit application

ਲਾਭ ਅਰਜ਼ੀ

To apply, provide the required information (*) requested below.	ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਹੇਠਾਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (*) ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।
Personal information ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	
First name* ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ* :	Middle initial ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ :
Last name* ਆਖ਼ਰੀ ਨਾਮ* :	
SSN or ITIN* SSN ਜਾਂ ITIN* :	Date of birth* ਜਨਮ ਮਿਤੀ* :
Phone number* ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ* :	
Email address ਈਮੇਲ ਪਤਾ:	
Preferred contact method* ਤਰਜੀਹੀ ਸੰਪਰਕ ਵਿਧੀ* :	
<input type="checkbox"/> Phone ਫ਼ੋਨ <input type="checkbox"/> Email ਈਮੇਲ <input type="checkbox"/> Mail ਮੇਲ	
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* ਕੀ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਵਿਸਤਾਰਿਤ ਵੋਇਸਮੇਲ ਸੁਨੇਹਾ ਛੱਡ ਸਕਦੇ ਹੋ?*	
<input type="checkbox"/> Yes ਜੀ <input type="checkbox"/> No ਨਹੀਂ	
When possible, do you prefer to communicate in a language other than English?* ਜਦੋਂ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਦੂਜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸੰਵਾਦ ਕਰਨਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ?*	
<input type="checkbox"/> Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/> No ਨਹੀਂ	
What is your preferred language?* ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?*	
<input type="checkbox"/> Amharic ਅਮਹਾਰਿਕ <input type="checkbox"/> Arabic ਅਰਬੀ <input type="checkbox"/> Cambodian (Khmer) ਕੰਬੋਡੀਅਨ <input type="checkbox"/> Chinese ਚੀਨੀ <input type="checkbox"/> English ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ <input type="checkbox"/> Farsi ਫਾਰਸੀ <input type="checkbox"/> Japanese ਜਾਪਾਨੀ <input type="checkbox"/> Korean ਕੋਰੀਆਈ <input type="checkbox"/> Laotian ਲਾਓਤੀਅਨ <input type="checkbox"/> Other. If other, what is your preferred language? ਹੋਰ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> Marshallese ਮਾਰਸ਼ਲਸ਼ <input type="checkbox"/> Oromo ਓਰੋਮੋ <input type="checkbox"/> Punjabi ਪੰਜਾਬੀ <input type="checkbox"/> Russian ਰੂਸੀ <input type="checkbox"/> Somali ਸੋਮਾਲੀ <input type="checkbox"/> Spanish ਸਪੈਨਿਸ਼ <input type="checkbox"/> Tagalog ਤਾਗਾਲੋਗ <input type="checkbox"/> Ukrainian ਯੂਕ੍ਰੇਨੀ <input type="checkbox"/> Vietnamese ਵਿਅਤਨਾਮੀ

Mailing address* | ਡਾਕ ਪਤਾ* :

City* | ਸ਼ਹਿਰ* :

State* | ਰਾਜ* :

Zip Code* | ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ* :

Gender* | ਲਿੰਗ* :

Female | ਔਰਤ

Non-binary | ਨੈਨ-ਬਾਇਨਰੀ

Male | ਮਰਦ

Prefer not to say | ਦੱਸਣਾ ਪਸੰਦ ਨਹੀਂ

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

ਕਿਹੜਾ ਵਿਕਲਪ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀਅਤਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਸਲ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਵਰਣਨ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।*

- American Indian or Alaskan Native | ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ
- Black or African American | ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕੀ
- Hispanic or Latino/Latina | ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲਾਤਿਨੋ/ਲੈਟਿਨਾ
- Middle Eastern or Arab American | ਮੱਧ ਪੂਰਬੀ ਜਾਂ ਅਰਬ ਅਮਰੀਕੀ
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander | ਮੂਲ ਹਵਾਈਅਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ
- East Asian | ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਆਈ
- South Asian | ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ
- Southeast Asian | ਦੱਖਣ-ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਆਈ
- White | ਗੋਰਾ
- Prefer not to say | ਦੱਸਣਾ ਪਸੰਦ ਨਹੀਂ
- Ethnicity and/or race not listed | ਜਾਤੀਅਤਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਸਲ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਹੈ

Leave information | ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

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

ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਸਾਰੇ ਭਾਗ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ।

SECTION 1 | ਭਾਗ 1 :

If you are a parent that is going to or gave birth | ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਹੋ ਜੋ ਜਨਮ ਦੇਣ ਜਾ ਰਹੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜਨਮ ਦਿੱਤਾ ਹੈ::

Are you taking leave for medical care during pregnancy? | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਵਾਸਤੇ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?

Yes | ਹਾਂ

If yes, baby's due date or date of birth | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚਾ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਜਨਮ ਮਿਤੀ:

(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____

No | ਨਹੀਂ

Are you taking leave to recover from giving birth? | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਪੇ ਤੋਂ ਰਿਕਵਰ ਹੋਣ ਵਾਸਤੇ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?

Yes | ਹਾਂ

If yes, baby's due date or date of birth | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚਾ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਜਨਮ ਮਿਤੀ:

(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____

No | ਨਹੀਂ

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਜਾਂ ਜਨਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਮੁਸ਼ਕਿਲਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?

Yes | ਹਾਂ

No | ਨਹੀਂ

Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਨਵਜਾਤ ਬੱਚੇ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ) ਨਾਲ ਮੋਹ ਵਿੱਚ ਪੈਣ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?

Yes | ਹਾਂ

If yes, baby's date of birth | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ:

(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____

No | ਨਹੀਂ

SECTION 2 | ਭਾਗ 2 :

For all other situations | ਹੋਰ ਸਾਰੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਲਈ :

Why do you need to take leave? (Choose one) | ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਕਿਉਂ ਹੈ? (ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ)

- Medical leave for yourself | ਤੁਹਾਡੇ ਖੁਦ ਵਾਸਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ
- Leave to care for a family member | ਫੈਮਿਲੀ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਾਸਤੇ ਛੁੱਟੀ
If yes, which family member are you taking leave for? | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ਬੱਚਾ (ਨੂੰਹ ਜਾਂ ਜਵਾਈ)
 - Grandchild | ਪੋਤਾ-ਪੋਤੀ/ਦੋਹਤਾ-ਦੋਹਤੀ
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ (ਜਾਂ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
 - Parent (or parent of spouse) | ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ (ਜਾਂ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
 - Sibling | ਭੈਣ-ਭਰਾ
 - Spouse | ਜੀਵਨਸਾਥੀ
 - Other | ਹੋਰ: _____
- Bonding after the birth of your child | ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਜਨਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੇਰ ਪਾਉਣ ਲਈ
If yes, child's date of birth | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- Bonding after the placement of your foster child | ਤੁਹਾਡੇ ਪਾਲਕ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੇਰ ਪਾਉਣ ਲਈ
If yes, child's date of placement | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਦੀ ਮਿਤੀ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- Bonding after the adoption of your child | ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੇਰ ਪਾਉਣ ਲਈ
If yes, child's date of adoption | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲੈਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- Military exigency | ਫੌਜੀ ਲੋੜ
If yes, which family member are you taking leave for? | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ਬੱਚਾ (ਨੂੰਹ ਜਾਂ ਜਵਾਈ)
 - Grandchild | ਪੋਤਾ-ਪੋਤੀ/ਦੋਹਤਾ-ਦੋਹਤੀ
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ (ਜਾਂ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
 - Parent (or parent of spouse) | ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ (ਜਾਂ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
 - Sibling | ਭੈਣ-ਭਰਾ
 - Spouse | ਜੀਵਨਸਾਥੀ
 - Other | ਹੋਰ: _____

SECTION 3 | ਭਾਗ 3 :

How long do you expect to be on leave?* | ਤੁਹਾਡੀ ਛੁੱਟੀ ਦਾ ਕਦੋਂ ਤੱਕ ਦਾ ਪਲਾਨ ਹੈ?*

Start date (MM/DD/YYYY) | ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY): _____

End date (MM/DD/YYYY) | ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY): _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਛੁੱਟੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣੀ ਪਵੇਗੀ?

- Yes | ਹਾਂ
 No | ਨਹੀਂ

Employment information | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

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.

ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਇਤਿਹਾਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 18 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹੋਰ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

What is your current employment status?* | ਤੁਹਾਡੇ ਮੌਜੂਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਕੀ ਹੈ?*

- Full-time salaried employee | ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਤਨਖਾਹ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
 Hourly or Part-time salaried employee | ਘੰਟਾਵਾਰ ਜਾਂ ਪਾਰਟ-ਟਾਈਮ ਤਨਖਾਹ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
 Unemployed | ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ

Employer name* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ* :

UBI or FEIN* | UBI ਜਾਂ FEIN* :

Employer phone number* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ* :

Is this your current employer?* | ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਮੌਜੂਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਹੈ?*

- Yes | ਹਾਂ
 No | ਨਹੀਂ

Did you notify this employer that you plan to take leave?* | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ?*

- Yes | ਹਾਂ
If yes, on what date did you notify them? | ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਸੀ?
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
 No | ਨਹੀਂ
 Requirement waived | ਲੋੜਾਂ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ

Employment start date (MM/DD/YYYY)* | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY)* : _____

Employment end date (MM/DD/YYYY) | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY) : _____

Employer address* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ* :

City* | ਸ਼ਹਿਰ* :

State* | ਰਾਜ* :

Zip Code* | ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ* :

Employer name* ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ* :	
UBI or FEIN* UBI ਜਾਂ FEIN* :	
Employer phone number* ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ* :	
Is this your current employer?* ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਮੌਜੂਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਹੈ* <input type="checkbox"/> Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/> No ਨਹੀਂ	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ* <input type="checkbox"/> Yes ਹਾਂ If yes, on what date did you notify them? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਸੀ? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ <input type="checkbox"/> No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> Requirement waived ਲੋੜਾਂ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY) : _____	
Employer address* ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ* :	
City* ਸ਼ਹਿਰ* :	
State* ਰਾਜ* :	Zip Code* ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ* :
Employer name* ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ* :	
UBI or FEIN* UBI ਜਾਂ FEIN* :	
Employer phone number* ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ* :	
Is this your current employer?* ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਮੌਜੂਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਹੈ* <input type="checkbox"/> Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/> No ਨਹੀਂ	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ* <input type="checkbox"/> Yes ਹਾਂ If yes, on what date did you notify them? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਸੀ? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ <input type="checkbox"/> No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> Requirement waived ਲੋੜਾਂ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY) : _____	
Employer address* ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ* :	
City* ਸ਼ਹਿਰ* :	
State* ਰਾਜ* :	Zip Code* ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ* :

Consent and signature	ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ
<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>ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਤੁਹਾਡੇ (ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ) ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਵਿਭਾਗਾਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਗਲਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੁਕਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਧੋਖਾਧੜੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਵਾਪਸ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੁਰਮਾਨੇ ਜਾਂ ਫੌਜਦਾਰੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਸੱਚਾਈ ਨਾਲ ਦਿੱਤੇ ਹਨ।</p>
Signature* ਦਸਤਖਤ* :	Date* ਮਿਤੀ* :
Printed name* ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਨਾਮ* :	

Authorized Representative	ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ
<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>ਜੇਕਰ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਸੱਟ ਕਾਰਨ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਬਸ਼ਰਤੇ ਉਹ ਇੱਕ ਮਨੋਨੀਤ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ ਵੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੇ।</p>
Authorized representative name ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ :	
Authorized representative signature ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ :	
Date ਮਿਤੀ :	
Phone number ਫੋਨ ਨੰਬਰ :	
Email ਈਮੇਲ :	

ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ (Paid Family and Medical Leave) ਲਈ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭੁਗਤਾਨਸ਼ੁਦਾ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਮਨੋਨੀਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਲਈ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਤਸਦੀਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। **ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਸਟੈਂਡ-ਅਲੋਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਦੋ ਵਿਕਲਪਿਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।** ਅਸਲੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾ ਭੇਜੋ।

ਸਟੈਂਡ-ਅਲੋਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ)

- **ਯੋਗ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਸਰਕਾਰ** (ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਰਾਜ) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਦਾ ਫਾਰਮ (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਪਾਸਪੋਰਟ ਕਾਰਡ, ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਸਟੈਂਡਰਡ ਡਰਾਈਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ, B1/B2 ਵੀਜ਼ਾ ਬਾਰਡਰ ਕਰਾਸਿੰਗ ਕਾਰਡ, ਆਦਿ)
- **ਵੈਧ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਦੀ ਸਿਟੀਜ਼ਨਸ਼ਿਪ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ** (United States Citizenship and Immigration Service) ਆਈ.ਡੀ.। ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਫਾਰਮ ਇਹ ਹਨ:
 - I-327 U.S. ਦੁਬਾਰਾ-ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਲਈ ਪਰਮਿਟ
 - I-551 ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਕਾਰਡ
 - I-571 U.S. ਸਰਨਾਰਥੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
 - I-766 ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਅਧਿਕਾਰ
- **ਵੈਧ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਫਾਰਮ** (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਕੌਂਸਲਰ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸ਼ਨਾਖਤੀ ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ "ਸਿਡੂਲਾ" ਆਦਿ)
- **ਇੱਕ ਸੰਘੀ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਭਾਰਤੀ ਕਬੀਲੇ ਤੋਂ ਵੈਧ** ਦਾਖਲਾ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ (ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ)
- **ਵੈਧ U.S. ਬਿਊਰੋ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਅਫੇਅਰਜ਼** (Bureau of Indian Affairs) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ (ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ)

ਵਿਕਲਪਿਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਦੋ)

- **ਮਿਆਦ-ਸਮਾਪਤੀ ਵਾਲਾ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਸਰਕਾਰ** (ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਰਾਜ) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਦਾ ਫਾਰਮ (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਪਾਸਪੋਰਟ ਕਾਰਡ, ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਸਟੈਂਡਰਡ ਡਰਾਈਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ, B1/B2 ਵੀਜ਼ਾ ਬਾਰਡਰ ਕਰਾਸਿੰਗ ਕਾਰਡ, ਆਦਿ)
- **ਮਿਆਦ-ਸਮਾਪਤੀ ਵਾਲਾ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਸਟੇਟ ਦੀ ਸਿਟੀਜ਼ਨਸ਼ਿਪ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ** ਆਈ.ਡੀ.। ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਫਾਰਮ ਇਹ ਹਨ:
 - I-327 U.S. ਦੁਬਾਰਾ-ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਲਈ ਪਰਮਿਟ
 - I-551 ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਕਾਰਡ
 - I-571 U.S. ਸਰਨਾਰਥੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
 - I-766 ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਅਧਿਕਾਰ
- **ਮਿਆਦ-ਸਮਾਪਤੀ ਵਾਲੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਫਾਰਮ** (ਉਦਾ., ਪਾਸਪੋਰਟ, ਕੌਂਸਲਰ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸ਼ਨਾਖਤੀ ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ "ਸਿਡੂਲਾ" ਆਦਿ)
- ਗੋਦ ਲੈਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕਾਰਜਾਤ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਯੂ. ਐੱਸ. ਜਾਂ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਜਨਮ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਾਰਡ (ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਜਨਮ ਸਥਾਨ, ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ, ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ)
- ਕਿਸੇ ਰਾਜ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਏਜੰਸੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਵੈਧ ਗੁਪਤ ਹਥਿਆਰਾਂ ਦਾ ਪਰਮਿਟ
- ਵਿਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਜਨਮ ਲੈਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੌਂਸਲਰ ਰਿਪੋਰਟ
- ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਫ਼ਰਮਾਨ/ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ
- ਇੱਕ ਰਾਜ ਡੀ.ਐੱਮ.ਵੀ. (Department of Motor Vehicles/DMV) ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਡਰਾਇਵਿੰਗ ਰਿਕਾਰਡ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਤਲਾਕ ਦਾ ਫ਼ਰਮਾਨ
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਵਿਆਹ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ (ਨਰਸ, ਡਾਕਟਰ, ਇੰਜੀਨੀਅਰ, ਆਦਿ)
- ਸਕੂਲ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ
- ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਾਲਜ ਜਾਂ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਵੈਧ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ
- ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਰਟੇਸ਼ਨ ਵਰਕਰ ਆਈਡੈਂਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਕ੍ਰੈਡੈਂਸ਼ੀਅਲ (Transportation Worker Identification Credential/TWIC)
- ਵਾਹਨ ਦੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸਿਰਲੇਖ (ਇੱਕ ਤਤਕਾਲ ਸਿਰਲੇਖ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਨਹੀਂ)
- ਘਰੇਲੂ ਲੋੜਾਂ ਦਾ ਬਿੱਲ (ਗੈਸ, ਬਿਜਲੀ, ਪਾਣੀ, ਕੂੜਾ ਕਰਕਟ, ਸੀਵਰੇਜ, ਲੈਂਡਲਾਈਨ ਫੋਨ, ਟੀ.ਵੀ., ਇੰਟਰਨੈੱਟ, ਆਈ.ਐੱਸ.ਟੀ.ਏ.)
- DSHS (Department of Social and Health Services) ਲਾਭ ਪੱਤਰ (ਮੈਡੀਕਲ, ਭੋਜਨ, ਆਦਿ)
- ਘਰ ਦੀ ਮਾਲਕੀ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਗਿਰਵੀਨਾਮੇ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਸੰਪੱਤੀ ਟੈਕਸ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ, ਸਿਰਲੇਖ, ਆਦਿ)
- ਇੱਕ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ, ਕਬੀਲੇ, ਦੇਸ਼, ਜਾਂ ਸ਼ਹਿਰ ਦੀ ਸਰਕਾਰੀ ਇਕਾਈ ਦੀ ਵਪਾਰਕ ਮੋਲ
- ਇੰਟਰਨਲ ਰੈਵੇਨਿਊ ਸਰਵਿਸ (Internal Revenue Service/IRS) ਦਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਟੈਕਸ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (Individual Tax Identification Number/ITIN) ਪੱਤਰ

U.S. Bank ReliaCard® ਪੂਰਵ-ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਖੁਲਾਸਾ (Pre-Acquisition Disclosure)
 ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ: Washington Paid Family & Medical Leave

ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਿਰਫ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੇ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਚੁਣਨ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਬੈਂਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਇਸ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਉਪਲਬਧ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਆਪਣੀ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣੋ।			
ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਫੀਸ	ਹਰੇਕ ਖਰੀਦ ਲਈ	ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ	ਨਕਦ ਦੁਬਾਰਾ ਲੋਡ ਕਰਨਾ
\$0	\$0	\$0 in-network \$2.50 out-of-network	ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ (N/A)
ATM ਤੋਂ ਬਕਾਏ ਦੀ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ (in-network ਜਾਂ out-of-network)			\$0
ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ (ਸਵੈਚਲਿਤ ਜਾਂ ਲਾਈਵ ਏਜੰਟ)			\$0 ਹਰ ਕਾਲ ਲਈ
ਕਿਰਿਆਹੀਣਤਾ			\$0
ਅਸੀਂ 3 ਹੋਰ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਫੀਸਾਂ ਵੀ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ:			
ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ (ਮਿਆਰੀ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਪਹੁੰਚ)			\$0 ਜਾਂ \$15.00
ਆਪਣੇ ਫੰਡਾਂ ਅਤੇ ਬਕਾਏ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਲਈ ਨਾਲ ਨੱਚੀ ਫੀਸਾਂ ਦੀ ਸਮਾਜੂਚੀ ਦੇਖੋ।			
ਕੋਈ ਓਵਰਡ੍ਰਾਫਟ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਨਹੀਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ FDIC ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ।			
ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਖਾਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ, cfpb.gov/prepaid (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ। ਸਾਰੀਆਂ ਫੀਸਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਕਾਰਡ ਪੈਕੇਜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜਾਂ ਫਿਰ 1-888-964-0359 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ usbankreliacard.com (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ।			

U.S. Bank ReliaCard® ਫੀਸਾਂ ਦੀ ਸਮਾਜੂਚੀ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ: Washington Paid Family & Medical Leave

ਸਾਰੀਆਂ ਫੀਸਾਂ	ਰਕਮ	ਬਿਉਰਾ
ਨਕਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ		
ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ (in-network)	\$0	ਹਰ ਨਿਕਾਸੀ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "In-network" U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass® ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਪਲਬਧ ATM ਥਾਵਾਂ ਇੱਥੇ ਦੇਖੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ usbank.com/locations (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) ਜਾਂ moneypass.com/atm-locator.html (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ)।
ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ (out-of-network)	\$2.50	ਹਰ ਨਿਕਾਸੀ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "Out-of-network", U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਬਾਹਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ATM ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਪੂਰਾ ਹੋਵੇ ਭਾਵੇਂ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਪਰ ATM ਓਪਰੇਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਫੀਸ ਵੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਟੇਲਰ ਤੋਂ ਨਕਦ ਨਿਕਾਸੀ (Teller Cash Withdrawal)	\$0	ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਬੈਂਕ ਦੇ ਟੇਲਰ ਜਾਂ Visa® ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਵਿੱਚੋਂ ਨਕਦ ਕਢਵਾਉਣ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।
ਜਾਣਕਾਰੀ		
ATM ਤੋਂ ਬਕਾਏ ਦੀ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ (in-network)	\$0	ਹਰ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "In-network", U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਪਲਬਧ ATM ਥਾਵਾਂ ਇੱਥੇ ਦੇਖੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ usbank.com/locations (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) ਜਾਂ moneypass.com/atm-locator.html (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ)।
ATM ਤੋਂ ਬਕਾਏ ਦੀ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ (out-of-network)	\$0	ਹਰ ਪੁੱਛ-ਗਿੱਛ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। "Out-of-network", U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass ਦੇ ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਬਾਹਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ATM ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ATM ਓਪਰੇਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਫੀਸ ਵੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਆਪਣਾ ਕਾਰਡ U.S. ਦੇ ਬਾਹਰ ਵਰਤਣਾ		
ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਲੈਣ-ਦੇਣ	3%	ਇਹ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਫੀਸ ਹੈ, ਜੋ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਵਿਕਰੇਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਖਰੀਦਣ ਅਤੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ATM ਤੋਂ ਨਕਦ ਕਢਵਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਫੀਸ ਮੁਦਰਾ ਰੂਪਾਂਤਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਡਾਲਰ ਵਿੱਚ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਦੀ ਕੁਲ ਰਕਮ ਦਾ ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਫੀਸਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਲਾਗੂ ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਿਯਮਾਂ ਹੇਠ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਮੰਨੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਫਿਰ ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵਿਕਰੇਤਾ ਜਾਂ ATM ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਹੀ ਸਥਿਤ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਮੰਤਵ ਲਈ ਇਹ ਵਿਕਰੇਤਾ, ATM ਅਤੇ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਕਿਵੇਂ ਸ਼੍ਰੇਣੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਉੱਪਰ ਸਾਡਾ ਕੋਈ ਨਿਯੰਤਰਣ ਨਹੀਂ ਹੈ।
ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ATM ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਾਸੀ	\$3.00	ਹਰ ਨਿਕਾਸੀ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਪੂਰਾ ਹੋਵੇ ਭਾਵੇਂ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਪਰ ATM ਓਪਰੇਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਫੀਸ ਵੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਹੋਰ		
ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ	\$0	ਮਿਆਰੀ ਪਹੁੰਚ (10 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ) ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾਂਦੇ ਹਰ ਬਦਲਵੇਂ ਕਾਰਡ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।
ਬਦਲਵਾਂ ਕਾਰਡ ਤੇਜ਼ ਪਹੁੰਚ (Card Replacement Expedited Delivery)	\$15.00	ਹਰ ਬਦਲਵੇਂ ਕਾਰਡ ਦੀ ਫੀਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਤੇਜ਼ ਪਹੁੰਚ (3 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ) ਲਈ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।
ਕਿਰਿਆਹੀਣਤਾ	\$0	ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਕੋਈ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਨਾ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਅਸੀਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਇਹ ਫੀਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।

ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਈ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਪਰ U.S. Bank ਦੇ ਸੰਚਾਰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੇਕਾ ਆਧਾਰਿਤ ਸਮਝੌਤਿਆਂ, ਖੁਲਾਸਿਆਂ, ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬਿਆਨ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਇੰਟਰਨੈੱਟ ਅਤੇ ਮੋਬਾਈਲ ਬੈਂਕਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਿਰਫ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਹੀ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਉਤਪਾਦ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਸਮਝ ਸਕੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ FDIC ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ U.S. Bank National Association, ਇੱਕ FDIC-ਬੀਮਿਤ ਸੰਸਥਾ ਕੋਲ ਰੱਖੇ ਜਾਣਗੇ ਅਤੇ U.S. Bank ਦੇ ਦਿਵਾਲੀਆ ਹੋ ਜਾਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ FDIC ਵੱਲੋਂ \$250,000 ਤੱਕ ਲਈ ਬੀਮਿਤ ਹਨ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) ਦੇਖੋ।

ਕੋਈ ਓਵਰਡ੍ਰਾਫਟ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਨਹੀਂ।
ਕਾਰਡਧਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ (Cardholder Services) ਨੂੰ **1-888-964-0359** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ Box 551617, Jacksonville, FL 32255 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ usbankreliacard.com (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਪ੍ਰੀਪੈਡ ਖਾਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ, cfpb.gov/prepaid (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੀਪੈਡ ਖਾਤੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਹੈ ਤਾਂ Consumer Financial Protection Bureau ਨੂੰ 1-855-411-2372 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ cfpb.gov/complaint (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ) 'ਤੇ ਜਾਓ।

CR-21378422