

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.

Подача заявления на участие в программе оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и медицинским показаниям

Прежде чем начать

Если вы отправите заявление на получение выплат через сайт, то сможете выбрать, каким образом будете подавать недельные заявки на выплаты (на сайте или по телефону) и как будете получать свои выплаты (прямым переводом на ваш банковский счет или на предоплаченную дебетовую карту). При подаче заявления на получение выплат в бумажной форме ваши возможности ограничены:

1. Вы сможете подавать недельные заявки на выплаты только по телефону 833-717-2273.
2. Вы сможете получать выплаты только на предоплаченную дебетовую карту.

Если вы хотите подавать недельные заявки онлайн или получать выплаты в виде прямого перевода, необходимо отправить заявление через сайт. Чтобы узнать больше, посетите сайт www.paidleave.wa.gov.

Вы узнаете, как подавать заявление на получение выплат, а также недельные заявки, в Руководстве по участию в Программе оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и медицинским показаниям (Paid Family and Medical Leave). Кроме того, в нем рассказывается о ваших законных правах и обязанностях. Вы можете скачать руководство на странице www.paidleave.wa.gov/benefit-guide или запросить его копию по телефону 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.

Отправка заявления

Заполненное заявление, копии идентифицирующих вас документов и всю сопроводительную документацию (например, подтверждение наличия серьезных проблем со здоровьем, форму назначения уполномоченного представителя и др.) следует отправлять по адресу:

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

У вас есть вопросы?

Если у вас есть вопросы, позвоните нам по телефону 833-717-2273 или напишите на адрес электронной почты paidleave@esd.wa.gov. Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 4:30 р.м.

Инструкции по подаче заявления на получение выплат

выплат

Раздел с персональными и контактными данными

Укажите свое имя, номер социального страхования (Social Security Number, SSN), дату рождения и контактные данные. По указанному вами адресу мы отправим вам предоплаченную дебетовую карту, а также будем использовать его для другой корреспонденции.

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.

Раздел с информацией о трудоустройстве

Мы будем использовать предоставленную вами информацию, чтобы подтвердить достаточное количество отработанных вами часов для получения права на отпуск.

- Работодатель. Название компании или организации, в которой вы работаете.
- Единый бизнес-идентификатор (Unified Business Identifier, UBI) или Федеральный идентификационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN). Обратитесь к своему работодателю, чтобы узнать его идентификатор UBI. Можно также воспользоваться средством для поиска UBI на сайте Департамента налогов и сборов (Department of Revenue) (www.DOR.wa.gov).
- Даты начала и окончания трудоустройства. Если это ваш текущий работодатель, отметьте соответствующее поле и оставьте дату окончания пустой.

Раздел с информацией об отпуске

Мы попросим вас указать информацию о своем запросе на предоставление отпуска, включая желаемый тип отпуска (по медицинским показаниям или семейным обстоятельствам, в связи с военной службой, рождением или размещением ребенка) и ожидаемые даты его начала и окончания.

Может ли иное лицо заполнить эту форму за меня?

Вы можете предоставить другому лицу право выполнять от вашего имени действия, связанные с получением выплат в рамках Программы оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и медицинским показаниям. Для этого нужно заполнить форму назначения уполномоченного представителя. Чтобы получить копию этой формы, позвоните нам по телефону 833-717-2273.

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.

Обоснованно необходимые особые услуги или помощь

Если вам нужна обоснованно необходимая особая услуга или другая помощь для взаимодействия с нашей программой, сообщите нам об этом. Запросы обрабатываются Управлением омбудсменов Программы оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и медицинским показаниям (Office of the Paid Family and Medical Leave Ombuds). Для запроса особых услуг напишите на адрес электронной почты PFMLaccess@esd.wa.gov или позвоните по номеру 833-494-2273.

Заявление на получение выплат

Benefit application

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

Чтобы подать заявление, укажите обязательную информацию (*) ниже.

Personal information | Личная информация

First name* | Первое имя*:

Middle initial | Инициал второго имени:

Last name* | Фамилия*:

SSN or ITIN* | Номер SSN или индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (Individual Taxpayer Identification Number, ITIN)*:

Date of birth* | Дата рождения*:

Phone number* | Телефон*:

Email address | Адрес электронной почты:

Preferred contact method* | Предпочтительный способ связи*:

- Phone | Телефон
- Email | Электронная почта
- Mail | Почтовый адрес

Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* | Можем ли мы отправить голосовое сообщение с подробной информацией на указанный номер телефона?*

- Yes | Да
- No | Нет

When possible, do you prefer to communicate in a language other than English?* | Когда это возможно, предпочитаете ли вы общаться на другом языке вместо английского?*

- Yes | Да
- No | Нет

What is your preferred language?* | На каком языке вы предпочитаете общаться?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amharic Амхарский | <input type="checkbox"/> Marshallese Маршалльский |
| <input type="checkbox"/> Arabic Арабский | <input type="checkbox"/> Oromo Оромо |
| <input type="checkbox"/> Cambodian (Khmer) Кхмерский | <input type="checkbox"/> Punjabi Пенджабский |
| <input type="checkbox"/> Chinese Китайский | <input type="checkbox"/> Russian Русский |
| <input type="checkbox"/> English Английский | <input type="checkbox"/> Somali Сомалийский |
| <input type="checkbox"/> Farsi Фарси | <input type="checkbox"/> Spanish Испанский |
| <input type="checkbox"/> Japanese Японский | <input type="checkbox"/> Tagalog Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Korean Корейский | <input type="checkbox"/> Ukrainian Украинский |
| <input type="checkbox"/> Laotian Лаосский | <input type="checkbox"/> Vietnamese Вьетнамский |
- Other. If other, what is your preferred language? | Другой. Если вы предпочитаете другой язык, укажите, какой именно. _____

Mailing address* | Почтовый адрес*:

City* | Город*:

State* | Штат*:

Zip Code* | Почтовый индекс*:

Gender* | Пол*:

- Female | Женский Non-binary | Небинарный
 Male | Мужской Prefer not to say | Предпочитаю не указывать

Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* | Какие категории из перечисленных лучше всего описывают ваше этническое и/или расовое происхождение? Отметьте все подходящие варианты.*

- American Indian or Alaskan Native | Американские индейцы или коренное население Аляски
 Black or African American | Чернокожие или афроамериканцы
 Hispanic or Latino/Latina | Испаноязычные или латиноамериканцы
 Middle Eastern or Arab American | Выходцы с Ближнего Востока или американцы арабского происхождения
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander | Коренные гавайцы или население других островов Тихого океана
 East Asian | Выходцы из Восточной Азии
 South Asian | Выходцы из Южной Азии
 Southeast Asian | Выходцы из Юго-Восточной Азии
 White | Белые
 Prefer not to say | Предпочитаю не указывать
 Ethnicity and/or race not listed | Этническая и/или расовая принадлежность, не указанная в списке

Leave information | Информация об отпуске

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

Заполните первый ИЛИ второй раздел. Все остальные разделы обязательны для заполнения.

SECTION 1 | РАЗДЕЛ 1.

If you are a parent that is going to or gave birth | Если у вас родился ребенок или вы готовитесь к родам:

Are you taking leave for medical care during pregnancy? | Вы берете отпуск по медицинским показаниям во время беременности?

- Yes | Да
If yes, baby's due date or date of birth | Если да, укажите дату рождения ребенка (предполагаемую или фактическую):
(MM/DD/YYYY) | (MM/ДД/ГГГГ) _____
 No | Нет

Are you taking leave to recover from giving birth? | Вы берете отпуск для восстановления после родов?

- Yes | Да
If yes, baby's due date or date of birth | Если да, укажите дату рождения ребенка (предполагаемую или фактическую):
(MM/DD/YYYY) | (MM/ДД/ГГГГ) _____
 No | Нет

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | Испытываете ли вы осложнения, связанные с беременностью или родами?

- Yes | Да
 No | Нет

Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | Берете ли вы отпуск, чтобы побыть со своим новорожденным ребенком (обычно после отпуска по медицинским показаниям)?

Yes | Да

If yes, baby's date of birth | Если да, укажите дату рождения ребенка:
(MM/DD/YYYY) | (MM/ДД/ГГГГ) _____

No | Нет

SECTION 2 | РАЗДЕЛ 2.

For all other situations | Для всех остальных ситуаций:

Why do you need to take leave? (Choose one) | По какой причине вам нужен отпуск? (Выберите один вариант.)

- Medical leave for yourself | Отпуск, связанный с состоянием собственного здоровья
- Leave to care for a family member | Отпуск для ухода за членом семьи
If yes, which family member are you taking leave for? | Если да, укажите, для ухода за кем из членов семьи вы берете отпуск?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | Ребенок (либо зять или невестка)
 - Grandchild | Внук или внучка
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | Дедушка или бабушка (свои или супруга/супруги)
 - Parent (or parent of spouse) | Родитель (либо родитель супруга/супруги)
 - Sibling | Брат или сестра
 - Spouse | Супруг/супруга
 - Other | Другое: _____
- Bonding after the birth of your child | Отпуск для ухода за новорожденным ребенком
If yes, child's date of birth | Если да, укажите дату рождения ребенка:
(MM/DD/YYYY) | (MM/ДД/ГГГГ) _____
- Bonding after the placement of your foster child | Отпуск для ухода за переданным на воспитание ребенком
If yes, child's date of placement | Если да, укажите дату передачи ребенка на воспитание:
(MM/DD/YYYY) | (MM/ДД/ГГГГ) _____
- Bonding after the adoption of your child | Отпуск после усыновления ребенка
If yes, child's date of adoption | Если да, укажите дату усыновления:
(MM/DD/YYYY) | (MM/ДД/ГГГГ) _____
- Military exigency | Отпуск в связи с военной службой
If yes, which family member are you taking leave for? | Если да, укажите, для ухода за кем из членов семьи вы берете отпуск?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | Ребенок (либо зять или невестка)
 - Grandchild | Внук или внучка
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | Дедушка или бабушка (свои или супруга/супруги)
 - Parent (or parent of spouse) | Родитель (либо родитель супруга/супруги)
 - Sibling | Брат или сестра
 - Spouse | Супруг/супруга
 - Other | Другое: _____

SECTION 3 | РАЗДЕЛ 3.

How long do you expect to be on leave?* | Как долго вы хотели бы находиться в отпуске?*

Start date (MM/DD/YYYY) | Дата начала (MM/ДД/ГГГГ): _____

End date (MM/DD/YYYY) | Дата окончания (MM/ДД/ГГГГ): _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | Было ли вам известно о необходимости взять отпуск до его начала?

- Yes | Да
 No | Нет

Employment information | Информация о трудоустройстве

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.

Чтобы определить, имеете ли вы право на получение отпуска, нам необходимы сведения о вашем трудоустройстве. Перечислите всех своих работодателей за последние 18 месяцев. Если необходимо, прикрепите дополнительные листы.

What is your current employment status?* | Каков ваш текущий статус трудоустройства?*

- Full-time salaried employee | Штатный сотрудник, полная занятость
 Hourly or Part-time salaried employee | Почасовая оплата или неполная занятость
 Unemployed | Не работаю

Employer name* | Укажите работодателя*:

UBI or FEIN* | UBI или FEIN*:

Employer phone number* | Телефон работодателя*:

Is this your current employer?* | Это ваш текущий работодатель?*

- Yes | Да
 No | Нет

Did you notify this employer that you plan to take leave?* | Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск?*

- Yes | Да
If yes, on what date did you notify them? | Если да, укажите дату, когда вы ему сообщили.
(MM/DD/YYYY) | (MM/ДД/ГГГГ) _____
 No | Нет
 Requirement waived | Требование не действует

Employment start date (MM/DD/YYYY)* | Дата начала трудоустройства (MM/ДД/ГГГГ)*: _____

Employment end date (MM/DD/YYYY) | Дата окончания трудоустройства (MM/ДД/ГГГГ):

Employer address* | Адрес работодателя*:

City* | Город*:

State* | Штат*:

Zip Code* | Почтовый индекс*:

Employer name* Укажите работодателя*:	
UBI or FEIN* UBI или FEIN*:	
Employer phone number* Телефон работодателя*:	
Is this your current employer?* Это ваш текущий работодатель?* <input type="checkbox"/> Yes Да <input type="checkbox"/> No Нет	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск?* <input type="checkbox"/> Yes Да If yes, on what date did you notify them? Если да, укажите дату, когда вы ему сообщили. (MM/DD/YYYY) (MM/DD/ГГГГ) _____ <input type="checkbox"/> No Нет <input type="checkbox"/> Requirement waived Требование не действует	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* Дата начала трудоустройства (MM/DD/ГГГГ)*: _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) Дата окончания трудоустройства (MM/DD/ГГГГ): _____	
Employer address* Адрес работодателя*:	
City* Город*:	
State* Штат*:	Zip Code* Почтовый индекс*:
Employer name* Укажите работодателя*:	
UBI or FEIN* UBI или FEIN*:	
Employer phone number* Телефон работодателя*:	
Is this your current employer?* Это ваш текущий работодатель?* <input type="checkbox"/> Yes Да <input type="checkbox"/> No Нет	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск?* <input type="checkbox"/> Yes Да If yes, on what date did you notify them? Если да, укажите дату, когда вы ему сообщили. (MM/DD/YYYY) (MM/DD/ГГГГ) _____ <input type="checkbox"/> No Нет <input type="checkbox"/> Requirement waived Требование не действует	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* Дата начала трудоустройства (MM/DD/ГГГГ)*: _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) Дата окончания трудоустройства (MM/DD/ГГГГ): _____	
Employer address* Адрес работодателя*:	
City* Город*:	
State* Штат*:	Zip Code* Почтовый индекс*:

Consent and signature	Согласие и подпись
<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>Программа оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и медицинским показаниям может передавать и получать информацию о вас (и вашей заявке), обмениваясь ею с другими учреждениями и департаментами либо с вашими работодателями. Возможно, нам потребуется подтвердить предоставленную вами информацию, и мы можем при необходимости запрашивать дополнительные сведения.</p> <p>При подаче вами заведомо недостоверной информации о себе, а также при умышленном умалчивании информации мы будем рассматривать подобные действия как мошенничество. При подаче неточной информации мы можем отклонить ваше заявление на получение выплат или потребовать вернуть полученные от нас средства. В отношении вас могут быть применены штрафные санкции и уголовное преследование. Подписывая этот документ, <i>я соглашаюсь раскрыть информацию о себе и подтверждаю, что все ответы в данном заявлении являются достоверными.</i></p>
Signature* Подпись*:	Date* Дата*:
Printed name* Имя (печатными буквами)*:	

Authorized Representative	Уполномоченный представитель
<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><i>Если лицо, подающее заявление на получение выплат, не может подписать данную форму в связи с серьезной болезнью или травмой, поставить подпись от его имени может уполномоченный представитель. В подобном случае необходимо также отправить форму назначения уполномоченного представителя.</i></p>
Authorized representative name Имя уполномоченного представителя:	
Authorized representative signature Подпись уполномоченного представителя:	
Date Дата:	
Phone number Телефон:	
Email Адрес электронной почты:	

ДОКУМЕНТЫ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЕ ЛИЧНОСТЬ

Удостоверяющие личность документы, принимаемые программой Paid Family and Medical Leave

К своей заявке, отправляемой Paid Family and Medical Leave, вам необходимо приложить документы, удостоверяющие вашу личность. Кроме того, такие документы должны предоставить все доверенные лица. **Следует отправить один самостоятельный документ ЛИБО два альтернативных документа из списка ниже.** Не следует отправлять оригиналы документов.

Самостоятельные документы (один из перечисленных вариантов)

- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное властями США (например, загранпаспорт, паспортная карта, ID-карта, стандартные или расширенные водительские права, визовая карта категории В1/В2 и т. д.)
- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное Службой гражданства и иммиграции США. Принимаются:
 - Допуск на повторный въезд в США (I-327)
 - Выездное удостоверение беженца, выпущенное властями США (I-571)
 - Постоянный вид на жительство (I-551)
 - Разрешение на работу (I-766)
- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное властями другой страны (например, загранпаспорт, консульская ID-карта, удостоверение личности с фотографией и подписью, внутренняя ID-карта и т. д.)
- **Действительная** ID-карта, выпущенная признанным на федеральном уровне племенем американских индейцев и подтверждающая членство в нем (с фотографией и подписью)
- **Действующая** ID-карта Бюро США по делам индейцев (с фотографией и подписью)

Альтернативные документы (необходимо два документа из списка)

- Удостоверение личности, выпущенное властями США (например, загранпаспорт, паспортная карта, ID-карта, стандартные или расширенные водительские права, визовая карта категории В1/В2 и т. д.), **с истекшим сроком действия**
- Удостоверение личности, выпущенное Службой гражданства и иммиграции США, **с истекшим сроком действия**. Принимаются:
 - Допуск на повторный въезд в США (I-327)
 - Выездное удостоверение беженца, выпущенное властями США (I-571)
 - Постоянный вид на жительство (I-551)
 - Разрешение на работу (I-766)
- Удостоверение личности, выпущенное властями другой страны (например, загранпаспорт, консульская ID-карта, удостоверение личности с фотографией и подписью, внутренняя ID-карта и т. д.), **с истекшим сроком действия**
- Документы, подтверждающие усыновление или удочерение
- Заверенное свидетельство о рождении, выпущенное в США или другой стране
- Заверенная карта регистрации рождения (с указанием вашего имени, даты и места рождения, даты обращения за документом и даты его выпуска)
- Действительное разрешение на скрытое ношение оружия, выпущенное учреждением округа или штата
- Консульский доклад о рождении за границей
- Документы, подтверждающие опеку
- Очистительное свидетельство или личное дело водителя из транспортного управления штата (DMV)
- Заверенное решение о расторжении брака
- Заверенное свидетельство о регистрации брака
- Профессиональная лицензия (медсестры, врача, инженера и т. д.)
- Школьные записи или выписки
- Действительная идентификационная карта учащегося, выпущенная колледжем или университетом с аккредитацией государственного уровня
- Удостоверение личности транспортного работника (TWIC)
- Регистрационные документы транспортного средства или ПТС, однако оформляемые на месте свидетельства (quick title) не принимаются
- Квитанции на оплату коммунальных услуг на дому (газ, электричество, водоснабжение, вывоз мусора, сливная канализация, стационарный телефон, телевидение, Интернет, ISTA)
- Письма, связанные с получением пособий от DSHS (медицинская или продовольственная помощь и т. д.)
- Подтверждение прав собственности на жилье (документы, связанные с ипотекой, налогами на имущество, сделками, правом владения и т. д.)
- Деловое письмо из официальных учреждений города, округа, племени, штата или федерального правительства
- Письмо с индивидуальным налоговым идентификационным номером (ITIN) от Налоговой службы (IRS)
- Страховой полис владельца или арендатора жилья
- Полис или счет, связанный со страховкой автомобиля
- Платежный чек или квитанция с телефоном или адресом работодателя, а также его именем
- Форма W-2 от работодателя либо форма 1099
- Документы, связанные со стоянкой судов (счет, договор и т. д.)

Информация, предоставляемая перед приобретением карты U.S. Bank ReliaCard®

Название программы: Washington Paid Family & Medical Leave

Услуги могут предоставляться только на английском языке.

<p>Есть несколько вариантов зачисления выплат, включая прямое зачисление на банковский счет или данную предоплаченную карту. Узнать о доступных вариантах и выбрать наиболее удобный вы можете в своем агентстве.</p>			
Ежемесячная комиссия 0 долл. США	За каждую покупку 0 долл. США	Снятие наличных в банкомате 0 долл. США внутри сети 2,50 долл. США вне сети	Пополнение наличными Н/Д
Запрос баланса в банкомате (внутри и вне сети)		0 долл. США	
Служба поддержки клиентов (автоматизированная или специалистом)		0 долл. США за звонок	
Неактивность		0 долл. США	
Также взимается комиссия за три дополнительных услуги. Одна из них:			
Замена карты (обычная или срочная доставка)		0 долл. США или 15,00 долл. США	
<p>См. приложенные тарифы за обслуживание, чтобы узнать о том, как бесплатно получать доступ к своим средствам и информацию о балансе.</p>			
<p>Овердрафт и кредит недоступны. На ваши средства распространяется страхование FDIC.</p>			
<p>Общие сведения о предоплаченных счетах см. на странице cfpb.gov/prepaid (на английском языке). Для получения дополнительной информации об условиях взимания комиссий и оказания услуг ознакомьтесь с пакетом документов, приложенных к карте, позвоните по тел. 1-888-964-0359 или посетите веб-сайт usbankreliacard.com (на английском языке).</p>			

Тарифы за обслуживание карты U.S. Bank ReliaCard®

Название программы: Washington Paid Family & Medical Leave

Все тарифы	Сумма	Подробности
Снятие наличных		
Снятие наличных в банкомате (внутри сети)	0 долл. США	Это комиссия за одну операцию снятия. К банкоматам внутри сети относят банкоматы U.S. Bank и сети MoneyPass®. Адреса банкоматов см. на странице usbank.com/locations (на английском языке) или moneypass.com/atm-locator.html (на английском языке).
Снятие наличных в банкомате (вне сети)	2,50 долл. США	Комиссия за одну операцию снятия. К банкоматам вне сети относят любые банкоматы, кроме банкоматов U.S. Bank и сети MoneyPass. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже в случае, если вы не совершили операцию).
Снятие наличных через кассира в отделении банка	0 долл. США	Это комиссия за снятие наличных с карты через кассира в отделении банка или кредитном союзе, принимающем карты Visa®.
Информация		
Запрос баланса в банкомате (внутри сети)	0 долл. США	Это комиссия за один запрос. К банкоматам внутри сети относят банкоматы U.S. Bank и сети MoneyPass. Адреса банкоматов см. на странице usbank.com/locations (на английском языке) или moneypass.com/atm-locator.html (на английском языке).
Запрос баланса в банкомате (вне сети)	0 долл. США	Это комиссия за один запрос. К банкоматам вне сети относят любые банкоматы, кроме банкоматов U.S. Bank и сети MoneyPass. Оператор банкомата также может взимать комиссию.
Пользование картой за пределами США		
Международные операции	3 %	Комиссия за пользование картой для оплаты покупок в зарубежных магазинах и за снятие наличных в иностранных банкоматах; рассчитывается как процент от суммы операции в долларах после обмена валюты. В соответствии с действующими правилами в отношении сети банкоматов некоторые операции считаются иностранными, даже если вы, банкомат и/или продавец находитесь в США; банк не определяет, к какой категории относятся тот или иной магазин, банкомат или операция.
Международные операции снятия наличных в банкоматах	3,00 долл. США	Комиссия за одну операцию снятия. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже в случае, если вы не совершили операцию).
Прочее		
Замена карты	0 долл. США	Это комиссия за отправку карты на замену обычным отправлением (до 10 рабочих дней).
Срочная доставка карты на замену	15,00 долл. США	Это комиссия за ускоренную доставку (до 3 рабочих дней), взимаемая дополнительно к комиссии за замену карты.
Неактивность	0 долл. США	Это комиссия, которая взимается ежемесячно в случае отсутствия операций по карте.

Хотя это уведомление U.S. Bank представлено на русском языке, последующая корреспонденция и документы, касающиеся соглашений об оказании услуг, раскрытия информации, уведомлений и выписок по счетам, услуг интернет-банкинга и мобильного банкинга могут предоставляться исключительно на английском языке. Вам необходимо уметь прочитать и понять такие документы или воспользоваться помощью по их переводу, чтобы понимать и использовать такой продукт или услугу. Документы на английском языке предоставляются по запросу.

На ваши средства распространяется страхование FDIC. Ваши средства будут храниться в U.S. Bank National Association — компании, застрахованной во FDIC; на случай банкротства банка U.S. Bank FDIC страхует ваши средства на сумму до 250 000 долл. США. Подробнее читайте на странице fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (на английском языке).

Овердрафт и кредит недоступны.

Для обращения в отдел по обслуживанию держателей карт звоните по тел. **1-888-964-0359**, пишете по адресу P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 или посетите веб-сайт usbankreliacard.com (на английском языке).

Общие сведения о предоплаченных счетах см. на странице cfpb.gov/prepaid (на английском языке). Жалобы, связанные с предоплаченными счетами, вы можете оставить в Бюро финансовой защиты потребителей США по телефону 1-855-411-2372 или на веб-сайте cfpb.gov/complaint (на английском языке).

CR-21378422