

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

Aplikasyon para sa Bayad na Pampamilya at Medikal na Leave

Bago ka magsimula

Kapag nag-apply ka para sa mga benepisyo online, puwede mong piliin kung paano isusumite ang iyong mga lingguhang claim ng benepisyo (online o sa pamamagitan ng telepono) at kung paano matatanggap ang iyong mga bayad sa benepisyo (direct deposit sa iyong bank account o sa isang prepaid na debit card). Kapag nag-apply ka para sa mga benepisyo gamit ang papel na aplikasyon, limitado ka sa:

1. Pagsusumite ng mga lingguhang claim ng benepisyo sa pamamagitan ng telepono sa pagtawag sa 833-717-2273.
2. Pagtatanggap sa iyong mga bayad sa benepisyo sa isang prepaid na debit card.

Kung gusto mong iapela ang iyong mga lingguhang claim online o matanggap ang iyong mga bayad sa benepisyo sa pamamagitan ng direct deposit, dapat mong isumite ang aplikasyon mo online. Pumunta sa www.paidleave.wa.gov para sa karagdagang impormasyon.

Ang Gabay sa Benepisyo sa Bayad na Pampamilya at Medikal na Leave ay nagbibigay ng impormasyon kung paano mag-apply para sa mga benepisyo at kung paano magsumite ng mga lingguhang claim. Ipinaliwanag din nito ang iyong mga karapatan at responsibilidad sa ilalim ng batas. I-download ang gabay sa www.paidleave.wa.gov/benefit-guide o humiling ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 833-717-2273.

Pagsusumite ng iyong aplikasyon

Ipadala ang iyong nasagutang aplikasyon, mga kopya ng iyong mga nagpapakilalang dokumento, at anumang iba pang pansuportang dokumento (sertipikasyon ng isang malubhang karamdaman, form ng nakatalagang awtorisadong kinatawan, atbp.) sa:

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

Questions?

If you have questions, please contact us at 833-717-2273 or email paidleave@esd.wa.gov. We are available Monday through Friday between 8:30 a.m. and 4:30 p.m.

Benefit application instructions

Personal and contact information section

Provide your name, Social Security (SSN), birthdate and contact information. The address you provide is where we will mail your prepaid debit card and other correspondence.

Employment information section

We'll use the information you provide to confirm you've worked enough hours to be eligible for leave.

- Employer name. The name of the business or organization you worked for.
- Unified Business Identifier (UBI) or Federal Employer Identification Number (FEIN). Find your employer's UBI by asking them for it, or by using the UBI look-up tool on the Department of Revenue's website (www.DOR.wa.gov).
- Employment start and end dates. If they're your current employer, leave the end date blank and check the box to indicate they're your current employer.

Leave information section

We'll ask for information about your leave request, including the type of leave you're requesting (medical, family, bonding after birth or placement of a child, or military exigency) and your expected start and end dates.

May mga katanungan?

Kung may mga katanungan ka, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa 833-717-2273 o mag-email sa paidleave@esd.wa.gov. Available kami Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:30 a.m. at 4:30 p.m.

Mga tagubilin sa pag-apply sa para benepisyo

Seksyon ng personal na impormasyon at impormasyon sa pakikipag-ugnayan

Ibigay ang iyong pangalan, Social Security (SSN), petsa ng kapanganakan, at impormasyon sa pakikipag-ugnayan. Ang address na ibibigay mo ay kung saan namin ipapadala ang iyong prepaid na debit card at iba pang pakikipag-ugnayan.

Seksyon ng impormasyon sa pagtatrabaho

Gagamitin namin ang impormasyong ibibigay mo para kumpirmahing nagtrabaho ka ng sapat ng oras para maging kwalipikado sa leave.

- Gagamitin namin ang impormasyong ibibigay mo para kumpirmahing nagtrabaho ka ng sapat ng oras para maging kwalipikado sa leave. Pangalan ng employer.
- Unified Business Identifier (UBI) o Federal Employer Identification Number (FEIN). Hanapin ang UBI ng iyong employer sa pamamagitan ng paghingi nito sa kanila, o sa pamamagitan ng paggamit ng tool sa paghahanap ng UBI sa website ng Department of Revenue (www.DOR.wa.gov).
- Mga petsa ng pagsisimula at pagtatapos ng pagtatrabaho. Kung sila ang iyong kasalukuyang employer, iwanang blanko ang petsa ng pagtatapos at i-check ang kahong nagsasaad na sila ang iyong kasalukuyang employer.

Seksyon ng impormasyon ng leave

Hihingi kami ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan sa leave, kasama ang uri ng leave na hinihiling mo (medikal, pampamilya, bonding pagkatapos manganak o placement ng isang anak, o military exigency), at ang iyong mga inaasahang petsa ng pagsisimula at pagtatapos.

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.

Puwede bang kumpletuhin ng ibang tao ang form na ito para sa akin?

Puwede mong bigyan ng awtorisasyon ang ibang indibidwal na kumilos sa iyong ngalan para sa mga layunin ng mga benepisyo sa Bayad na Pampamilya at Medikal na Leave. Para gawin ito, sagutan ang form ng Nakatalagang Awtorisadong Kinatawan. Makipag-ugnayan sa amin sa 833-717-2273 para kumuha ng kopya ng form.

Makatuwirang akomodasyon o tulong

Kung kailangan mo ng makatuwirang accommodation o iba pang tulong para sa pakikipag-ugnayan sa aming programa, ipaalam ito sa amin. Ang mga kahilingan ay pinangangasiwaan sa pamamagitan ng Paid Family and Medical Leave Ombuds. Para humiling ng tirahan, mag-email PFMLaccess@esd.wa.gov o tumawag sa 833-494-2273.

Benefit application

Aplikasyon para sa benepisyo

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

Upang mag-apply, ibigay ang kinakailangang impormasyon (*) na hiniling sa ibaba.

Personal information | Personal na impormasyon

First name* | Pangalan* :

Middle initial | Gitnang Inisyal :

Last name* | Apelyido* :

SSN or ITIN | SSN o ITIN :

Date of birth* | Petsa ng kapanganakan* :

Phone number* | Numero ng telepono* :

Email address | Email address:

Preferred contact method* | Ginustong paraang ng pakikipag-ugnayan* :

- ☐ Phone | Telepono
☐ Email | Email
☐ Mail | Mail

Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* | Puwede ba kaming mag-iwan ng detalyadong voicemail message sa numero ng telepono na ibinigay mo?*

- ☐ Yes | Oo
☐ No | Hindi

What is your preferred language?* | Ano ang iyong gustong wika*

- ☐ English | English | ☐ Tagalog | Tagalog
☐ Other. If other, what is your preferred language and dialect? | Iba pa. Kung iba pa, ano ang gusto mong wika at diyalekto? _____

Mailing address* | Mailing address* :

City* | Lungsod* :

State* | Estado* :

Zip Code* | Zip Code* :

Gender* | Kasarian* :

- ☐ Female | Babae | ☐ Non-binary | Non-binary
☐ Male | Lalaki | ☐ Prefer not to say | Piniling hindi sabihin

Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* | Alin sa mga sumusunod ang pinakamahusay na naglalarawan sa iyong etnisidad at/o lahi? Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop.*

- ☐ American Indian or Alaskan Native | American Indian o Alaskan Native
- ☐ Black or African American | Black o African American
- ☐ Hispanic or Latino/Latina | Hispanic o Latino/Latina
- ☐ Middle Eastern or Arab American | Middle Eastern o Arab American
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander | Native Hawaiian o Iba pang Pacific Islander
- ☐ East Asian | East Asian
- ☐ South Asian | South Asian
- ☐ Southeast Asian | Southeast Asian
- ☐ White | White
- ☐ Prefer not to say | Piniling hindi sabihin
- ☐ Ethnicity and/or race not listed | Hindi nakalista ang etnisidad at/o lahi

Leave information | Mag-iwan ng impormasyon

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

Kumpletuhin ang una O pangalawang seksyon. Kinakailangan ang lahat ng iba pang seksyon.

SECTION 1 | SEKSYON 1 :

If you are a parent that is going to or gave birth | Kung isa kang magulang na manganganak o nanganak:

Are you taking leave for medical care during pregnancy? | Magbabakasyon ka ba para sa medikal na pangangalaga sa panahon ng iyong pagbubuntis?

- ☐ Yes | Oo
If yes, baby's due date or date of birth | Kung oo, takdang petsa o petsa ng kapanganakan ng sanggol:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | Hindi

Are you taking leave to recover from giving birth? | Magbabakasyon ka ba para magpagaling mula sa panganganak?

- ☐ Yes | Oo
If yes, baby's due date or date of birth | Kung oo, takdang petsa o petsa ng kapanganakan ng sanggol:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | Hindi

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | Nakakaranas ka ba ng mga kumplikasyon kaugnay ng iyong pagbubuntis o kapanganakan?

- ☐ Yes | Oo
- ☐ No | Hindi

Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | Magbabakasyon ka ba para makasama ang iyong bagong sanggol (na kadalasan ay ginagawa pagkatapos ng medikal na bakasyon)?

- ☐ Yes | Oo
If yes, baby's date of birth | Kung oo, takdang petsa ng kapanganakan ng sanggol:
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | Hindi

SECTION 2 | SEKSYON 2 :

For all other situations | Para sa lahat ng iba pang sitwasyon :

Why do you need to take leave? (Choose one) | Bakit kailangan mong magbakasyon? (Pumili ng isa)

- ☐ Medical leave for yourself | **Medikal na bakasyon para sa sarili**
- ☐ Leave to care for a family member | **Bakasyon para mag-alaga ng kapamilya**
If yes, which family member are you taking leave for? | **Kung oo, para sa sinong kapamilya ang bakasyon mo?**
 - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | **Anak (o manugang na lalaki, babae)**
 - ☐ Grandchild | **Apo**
 - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | **Lolo't lola (o lolo't lola ng ng asawa)**
 - ☐ Parent (or parent of spouse) | **Magulang (o magulang ng asawa)**
 - ☐ Sibling | **Kapatid**
 - ☐ Spouse | **Asawa**
 - ☐ Other | **Iba pa:** _____
- ☐ Bonding after the birth of your child | **Bonding pagkatapos mong manganak**
If yes, child's date of birth | **Kung oo, petsa ng kapanganakan ng sanggol:**
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ Bonding after the placement of your foster child | **Bonding pagkatapos lumipat ng iyong anak-anakan**
If yes, child's date of placement | **Kung oo, petsa ng paglipat ng anak:**
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ Bonding after the adoption of your child | **Bonding matapaos ang pag-ampon ng iyong anak**
If yes, child's date of adoption | **Kung oo, petsa ng pag-ampon ng anak:**
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ Military exigency | **Pagpapahinga mula sa militar**
If yes, which family member are you taking leave for? | **Kung oo, para sa sinong kapamilya ang bakasyon mo?**
 - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | **Anak (o manugang na lalaki, manugang na babae)**
 - ☐ Grandchild | **Apo**
 - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | **Lolo't lola (o lolo't lola ng asawa)**
 - ☐ Parent (or parent of spouse) | **Magulang (o magulang ng asawa)**
 - ☐ Sibling | **Kapatid**
 - ☐ Spouse | **Asawa**
 - ☐ Other | **Iba pa:** _____

SECTION 3 | SEKSYON 3 :

How long do you expect to be on leave?* | Gaano katagal ang inaasahan mong bakasyon?*

Start date (MM/DD/YYYY) | **Petsa ng pagsisimula (MM/DD/YYYY):** _____

End date (MM/DD/YYYY) | **Petsa ng pagtatapos (MM/DD/YYYY):** _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | Alam mo bang magbabakasyon ka bago pa magsimula ang iyong bakasyon?

- ☐ Yes | **Oo**
- ☐ No | **Hindi**

Employment information | Impormasyon ng nagtatrabaho

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.

Kailangan namin ang iyong mga dating trabaho para malaman kung sapat na ang iyong mga naging oras ng trabaho para maging kwalipikado kang magbakasyon. Pakilista ang bawat employer na pinasukan mo sa nagdaang 18 buwan. Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

What is your current employment status?* | Ano ang iyong kasalukuyang status sa pagtatrabaho?*

- ☐ Full-time salaried employee | Full-time na pinapasahod na empleyado
- ☐ Full-time hourly employee | Full-time na empleyado na binabayaran kada oras
- ☐ Part-time salaried employee | Part-time na pinapasahod na empleyado
- ☐ Part-time hourly employee | Part-time na empleyado na binabayaran kada oras
- ☐ Unemployed | Walang trabaho

Employer name* | Pangalan ng employer* :

UBI or FEIN* | UBI o FEIN* :

Employer phone number* | Numero ng telepono ng employer* :

Is this your current employer?* | Ito ba ang kasalukuyan mong employer?*

- ☐ Yes | Oo
- ☐ No | Hindi

Did you notify this employer that you plan to take leave?* | Inabisuhan mo ba ang employer na ito na may plano kang magbakasyon?*

- ☐ Yes | Oo
If yes, on what date did you notify them? | Kung oo, kailan mo sila inabisuhan?
(MM/DD/YYYY) | (MM/DD/YYYY) _____
- ☐ No | Hindi
- ☐ Requirement waived | Na-waive ang kinakailangan

Employment start date (MM/DD/YYYY)* | Petsa ng pagsisimula sa trabaho (MM/DD/YYYY)* :

Employment end date (MM/DD/YYYY) | Petsa ng pagtatapos sa trabaho (MM/DD/YYYY) :

Employer address* | Address ng employer* :

City* | Lungsod* :

State* | Estado* :

Zip Code* | Zip Code* :

Employer name* Pangalan ng employer* :	
UBI or FEIN* UBI o FEIN* :	
Employer phone number* Numero ng telepono ng employer* :	
Is this your current employer?* Ito ba ang kasalukuyan mong employer?* ☐ Yes Oo ☐ No Hindi	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* Inabisuhan mo ba ang employer na ito na may plano kang magbakasyon?* ☐ Yes Oo If yes, on what date did you notify them? Kung oo, kailan mo sila inabisuhan? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ ☐ No Hindi ☐ Requirement waived Na-waive ang kinakailangan	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* Petsa ng pagsisimula sa trabaho (MM/DD/YYYY)* :	
Employment end date (MM/DD/YYYY)* Petsa ng pagtatapos sa trabaho (MM/DD/YYYY)* :	
Employer address* Address ng employer* :	
City* Lungsod* :	
State* Estado* :	Zip Code* Zip Code* :
Employer name* Pangalan ng employer* :	
UBI or FEIN* UBI o FEIN* :	
Employer phone number* Numero ng telepono ng employer* :	
Is this your current employer?* Ito ba ang kasalukuyan mong employer?* ☐ Yes Oo ☐ No Hindi	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* Inabisuhan mo ba ang employer na ito na may plano kang magbakasyon?* ☐ Yes Oo If yes, on what date did you notify them? Kung oo, kailan mo sila inabisuhan? (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY) _____ ☐ No Hindi ☐ Requirement waived Na-waive ang kinakailangan	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* Petsa ng pagsisimula sa trabaho (MM/DD/YYYY)* :	
Employment end date (MM/DD/YYYY)* Petsa ng pagtatapos sa trabaho (MM/DD/YYYY)* :	
Employer address* Address ng employer* :	
City* Lungsod* :	
State* Estado* :	Zip Code* Zip Code* :

Consent and signature	Pahintulot at Lagda
We share and receive information about you or your claim with your employers and other programs, such as the Division of Child Support, Workers' Compensation or Unemployment Insurance. We may need to verify information you provide and may request additional information as needed. If you misrepresent yourself, or knowingly withhold information from us, it will be considered fraud. If you provide inaccurate information, we may deny your benefit application or require that you pay back benefits you were given. You could face fines or criminal prosecution.	Ibinabahagi at tinatanggap namin ang impormasyon tungkol sa iyo o sa iyong claim sa iyong mga employer at iba pang programa, tulad ng Division of Child Support, Workers' Compensation o Unemployment Insurance. Posibleng kailanganin naming beripikahin ang impormasyong ibinigay mo at maaaring humingi ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan. Kung hindi ikaw ang nagpapakila o sadyang hindi ka nagbibigay ng tamang impormasyon sa amin, ituturing itong panloloko. Kung may ibibigay kang maling impormasyon, puwedeng hindi namin pagbigyan ang iyong aplikasyon para sa benepisyo o puwede naming pabayaran sa iyo ang mga natanggap mong benepisyo. Puwede kang pagmultahin o parusahan para sa krimen.
Signature* Lagda* :	Date* Petsa* :
Printed name* Naka-print na pangalan* :	

Authorized Representative	Authorized Representative
<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>	<i>Kung walang kakayahan ang taong nag-a-apply para sa mga benepisyo na lagdaan ang form na ito dahil sa isang malalang kundisyon sa kalusugan o pinsala, puwedeng awtorisadong kinatawan ang lumagda sa kanyang ngalan, basta't magsusumite din siya ng form para sa Nakatalagang Awtorisadong Kinatawan.</i>
Authorized representative name Pangalan ng awtorisadong kinatawan :	
Authorized representative signature Lagda ng awtorisadong kinatawan :	
Date Petsa :	
Phone number Numero ng telepono :	
Email Email :	