Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Application for Paid Family and Medical Leave

ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਵਾਸਤੇ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ

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.

ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

□ਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਲਾਭਾਂ ਵਾਸਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਆਪਣੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਲਾਭ ਦਾਅਵਿਆਨੂੰ ਕਿਵੇਂ □ਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ ਹੈ (ਔਨਲਾਈਨ □ਾਂ ਫ਼ੋਨ 'ਤੇ) ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੇ ਹਨ (ਆਪਣੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ □ਾਂ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਡਾਇਰੈਕਟ □ਮ੍ਹਾਂ)। □ਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਕਾਗਜ਼ੀ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ ਰਾਹੀਂ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤਿਆਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ:

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

□ੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਦਾਅਵਿਆਨੂੰ ਔਨਲਾਈਨ ਦਾਖਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ □ਾਂ ਡਾਇਰੈਕਟ □ਮ੍ਹਾਂ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣਾ ਲਾਭ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ ਔਨਲਾਈਨ □ਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਹੋਰ □ਾਣਕਾਰੀ ਵਾਸਤੇ www.paidleave.wa.gov'ਤੇ □ਾਓ।

ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਬੈਨੀਫਿਟ ਗਾਈਡ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਦਾਅਵਿਆਨੂੰ □ਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਬਾਰੇ □ਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। www.paidleave.wa.gov/benefit-guide 'ਤੇ ਗਾਈਡ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰੋ □ਾਂ 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

ਤੁਹਾਡਾ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ

ਆਪਣਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਬੇਨਤੀ-ਪੱਤਰ, ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਦੂ□ੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ-ਪੱਤਰ, ਡੇਜ਼ੀਗਨੇਟਿਡ ਆਥੋਰਾਇਜ਼ਡ ਰਿਪ੍ਰ□ੈਂਟੇਟਿਵ ਫਾਰਮ ਆਦਿ) ਇੱਥੇ 'ਤੇ ਭੇ□ੋ:

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.

ਸਵਾਲ ਹਨ?

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

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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). 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 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.

ਲਾਭ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ ਸੰਬੰਧੀ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼

ਨਿੱ□ੀ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ □ਾਣਕਾਰੀ ਭਾਗ

ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਉਰਿਟੀ (SSN), □ਨਮ-ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ □ਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪਤਾ ਉਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ □ਿੱਥੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਡੈਬਿਟ ਕਾਰਡ ਅਤੇ ਦੂ□ੇ ਪੱਤਰਾਚਾਰ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇ□ਾਂਗੇ।

ਰੁਜ਼ਗਾਰ □ਾਣਕਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਭਾਗ

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

- ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ। ਉਸ ਵਪਾਰ □ਾਂ ਸੰਗਠਨ ਦਾ ਨਾਮ □ਿਸ ਵਾਸਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕੀਤਾ।
- ਯੂਨੀਫਾਇਡ ਬਿ□ਨਸ ਆਇਡੈਂਟੀਫਾਇਰ (UBI)। ਆਪਣੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਤੋਂ UBI ਬਾਰੇ ਪੁੱਛ ਕੇ □ਾਂ ਰਾ□ਸਵ 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। □ੇਕਰ 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 □ਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਭਾਗ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਬਾਰੇ □ਾਣਕਾਰੀ ਮੰਗਾਂਗੇ, □ਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ □ਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ (ਮੈਡੀਕਲ, ਫੈਮਿਲੀ, ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ □ਾਂ □ਨਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੇਲ □ਾਂ ਫੌ□ੀ ਲੋੜ) ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਾਉਮੀਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਅਤੇ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀਆ□ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

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

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

ਵਾ□ਬ ਅਨੁਕੂਲਤਾ □ਾਂ ਸਹਾਇਤਾ

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

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Benefit application

ਲਾਭ ਅਰਜ਼ੀ

To apply, provide the required information (*) requested below.	ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਹੇਠਾਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਲੋੜੀਂਦੀ □ਾਣਕਾਰੀ (*) 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* | ਫ਼ਠ ਨੰਬਰ* :	
Email address | ਈਮੇਲ ਪਤਾ:	

Preferred contact method* | ਤਰਜੀਹੀ ਸੰਪਰਕ ਵਿਧੀ* :

- ☐ Phone | ਫ਼ੋਨ
- ☐ Email | ਈਮੇਲ
- ☐ Mail | ਮੇਲ

Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* | ਕੀ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਫ਼ਠ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਵਿਸਤਾਰਿਤ ਵੌਇਸਮੇਲ ਸੁਨੇਹਾ ਛੱਡ ਸਕਦੇ ਹਾਂ?*

- ☐ Yes | Sí
- ☐ No | ਨਹੀਂ

What is your preferred language?* | ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?*

- ☐ Punjabi | ਪੰ□ਾਬੀ
- ☐ English | ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ

If Punjabi, what is your preferred dialect? | ਜੇਕਰ ਪੰਜਾਬੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਉਪ-ਬੋਲੀ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?

- ☐ Gurmukhi | ਗੁਰਮੁਖੀ
- ☐ Shahmukhi | ਸ਼ਾਹਮੁਖੀ
- ☐ Other. If other, what is your preferred language and dialect? | ਹੋਰ। □ੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰ□ੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?

  ____

Mailing address* | ਡਾਕ ਪਤਾ* :	
City* | ਸ਼ਹਿਰ* :	
State* | ਰਾਜ* :	**Zip Code* | ਜ਼ਿਪ ਕਡ* :**

Gender* | ਲਿੰਗ* :

- ☐ Female | ਔਰਤ
- ☐ Male | ਮਰਦ
- ☐ Non-binary | ਨੋਨ-ਬਾਇਨਰੀ
- ☐ Prefer not to say | ਦੱਸਣਾ ਪਸੰਦ ਨਹੀਂ

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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 ਜੋ 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 ਪੈਸਿਫ਼ਿਕ 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 **SECTION 1** if you are the birthing parent and need to take medical leave for your pregnancy and/or delivery of your baby. Complete **SECTION 2** for all other leave types, including bonding with your baby. | ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਨਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਡਿਲੀਵਰੀ ਦੇ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਭਾਗ **1** ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਜੁੜਾਵ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਛੁੱਟੀ ਸਮੇਤ, ਬਾਕੀ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਛੁੱਟੀਆਂ ਲਈ ਭਾਗ **2** ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

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:

  (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) _______________
- ☐ 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:

  (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) _______________
- ☐ 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

Do you plan to take leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਨਵਜਾਤ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਜੁੜਾਵ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਛੁੱਟੀ **(**ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਛੁੱਟੀ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ**)** ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ**?**

- ☐ Yes | ਹਾਂ
- ☐ No | ਨਹੀਂ

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

SECTION 2 | ਭਾਗ 2 :

For all other situations | ਹਰ ਸਾਰੀਆ□ਸਥਿਤੀਆ□ਲਈ :

Why do you need to take leave? (Choose one) **| ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਲੜ 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? | □ੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?
    - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ਬੱਚਾ (ਨੂੰਹ □ਾਂ □ਵਾਈ)
    - ☐ Grandchild | ਪੋਤਾ-ਪੋਤੀ/ਦੋਹਤਾ-ਦੋਹਤੀ
    - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ (□ਾਂ □ੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
    - ☐ Parent (or parent of spouse) | ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ (□ਾਂ □ੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
    - ☐ Sibling | ਭੈਣ-ਭਰਾ
    - ☐ Spouse | □ੀਵਨਸਾਥੀ
    - ☐ Other | ਹੋਰ: ____
- ☐ Bonding after the birth of your child | ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ □ਨਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਹ ਪਾਉਣ ਲਈ
  - If yes, child's date of birth | □ੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ □ਨਮ ਮਿਤੀ:
  - (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ______________
- ☐ Bonding after the placement of your foster child | ਤੁਹਾਡੇ ਪਾਲਕ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਹ ਪਾਉਣ ਲਈ
  - If yes, child's date of placement | □ੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਦੀ ਮਿਤੀ:
  - (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ______________
- ☐ Bonding after the adoption of your child | ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਹ ਪਾਉਣ ਲਈ
  - If yes, child's date of adoption | □ੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲੈਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:
  - (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ______________
- ☐ Military exigency | ਫੌ□ੀ ਲੋੜ
  - If yes, which family member are you taking leave for? | □ੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਛੁੱਟੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?
    - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ਬੱਚਾ (ਨੂੰਹ □ਾਂ □ਵਾਈ)
    - ☐ Grandchild | ਪੋਤਾ-ਪੋਤੀ/ਦੋਹਤਾ-ਦੋਹਤੀ
    - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ (□ਾਂ □ੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
    - ☐ Parent (or parent of spouse) | ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ (□ਾਂ □ੀਵਨਸਾਥੀ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ)
    - ☐ Sibling | ਭੈਣ-ਭਰਾ
    - ☐ Spouse | □ੀਵਨਸਾਥੀ
    - ☐ 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 (Month/Day/Year) | ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ): ______________________________

End date (Month/Day/Year) | ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ): ______________________________

If your start date is more than 30 days ago, tell us why you didn't apply sooner and give as much detail as you can. Attach additional pages if needed. | ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਛੁੱਟੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਤਰੀਖ **30** ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਿੰਨਾਂ ਵਿਸਤਾਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਵੇਰਵੇ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਉਹ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹੋਰ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

____

____

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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 ਤਨਖ਼ਾਹ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
- ☐ Full-time hourly employee | ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਘੰਟੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
- ☐ Part-time salaried employee | ਅੱਧੇ-ਸਮੇਂ ਲਈ ਤਨਖ਼ਾਹ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
- ☐ Part-time hourly employee | ਅੱਧੇ-ਸਮੇਂ ਲਈ ਘੰਟੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕਰਮਚਾਰੀ
- ☐ Unemployed | ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ

Employer name* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ* :

UBI* | UBI* :

Employer phone number* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫ਼ਨ ਨੰਬਰ:* :

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

- ☐ Yes | ਹਾਂ
- ☐ 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

Did you notify this employer that you plan to take leave?* | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਯਜ਼ਨਾ 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?

  (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ______________
- ☐ No | ਨਹੀਂ
- ☐ Requirement waived | ਲੋੜਾਂ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ

Employment start date (Month/Day/Year)* | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)* : ________________

Employment end date (Month/Day/Year) | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) : ____________________

Employer address* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ* :

City* | ਸ਼ਹਿਰ* :

State* | ਰਾਜ* :	**Zip Code* | ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ* :**

Employer name* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ* :	
UBI* | UBI* :	
Employer phone number* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫ਼ੋਨ 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? (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ______________ ☐ No | ਨਹੀਂ ☐ Requirement waived | ਲੋੜਾਂ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	
Employment start date (Month/Day/Year)* | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)* : ________________	
Employment end date (Month/Day/Year) | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) : ____________________	
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 ਫ਼ੋਨ 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? (Month/Day/Year) | (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ______________ ☐ No | ਨਹੀਂ ☐ Requirement waived | ਲੋੜਾਂ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ	
Employment start date (Month/Day/Year)* | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)* : ________________	
Employment end date (Month/Day/Year) | ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) : ____________________	
Employer address* | ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ* :	

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

City* | ਸ਼ਹਿਰ* :	
State* | ਰਾਜ* :	**Zip Code* | ਜ਼ਿਪ ਕਡ* :**

Consent and signature	**ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ**
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.	ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, □ ਵੇਂ ਕਿ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਭਾਗ, ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ □ ਾਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਬੀਮਾ, ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ □ ਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਬਾਰੇ □ ਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ □ ਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤ ਅਨੁਸਾਰ ਵਾਧੂ □ ਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। □ ੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਗਲਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ, □ ਾਂ □ ਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਸਾਡੇ ਤੋਂ □ ਾਣਕਾਰੀ ਲੁਕਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਧੋਖਾਧੜੀ ਮੰਨਿਆ □ ਾਵੇਗਾ। □ ੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਗਲਤ □ ਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ □ ਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਵਾਪਸ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ □ ਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ □ ੁਰਮਾਨੇ □ ਾਂ ਫੌ□ ਦਾਰੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ
Signature* | ਦਸਤਖਤ* :	**Date* | ਮਿਤੀ* :**
Printed name* | ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਹਇਆ ਨਾਮ* :	

Authorized Representative	**ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ**
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.	*□ ੇਕਰ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ □ ਾਂ 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 □ ਮ੍ਹਾਂ ਕਰੇ।*
Authorized representative name | ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ :	
Authorized representative signature | ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ :	
Date | ਮਿਤੀ :	
Phone number | ਫ਼ਨ ਨੰਬਰ :	
Email | ਈਮੇਲ :	

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

ਪਛਾਣ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਪੇਡ ਫੈਮਿਲੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲੀਵ ਲਈ ਪਛਾਣ ਦੇ ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪੇਡ ਲੀਵ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪਛਾਣ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਜ਼ਰੂਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। **ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਸੁਤੰਤਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਦੋ ਵਿਕਲਪਿਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।** ਮੂਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾ ਭੇਜੋ।

ਸੁਤੰਤਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ)

- **ਵੈਧ** ਅਮਰੀਕੀ ਸਰਕਾਰ (ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਰਾਜ) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਾਸਪੋਰਟ, ਪਾਸਪੋਰਟ ਕਾਰਡ, ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ, ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਂ ਮਿਆਰੀ ਡਰਾਈਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਬੀ1/ਬੀ2 ਵੀਜ਼ਾ ਬਾਰਡਰ ਕਰਾਸਿੰਗ ਕਾਰਡ, ਆਦਿ)।
- **ਵੈਧ** ਅਮਰੀਕਾ ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ ਆਈਡੀ। ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਫਾਰਮ ਹਨ:
  - I-327 ਮੁੜ-ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਯੂ.ਐਸ. ਪਰਮਿਟ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
  - I-571 ਯੂ.ਐਸ. ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
  - I-551 ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਕਾਰਡ
  - I-766 ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰੀਕਰਨ
- **ਵੈਧ** ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਾਸਪੋਰਟ, ਕੌਂਸੁਲਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਅਤੇ ਫ਼ੋਟੋ ਵਾਲਾ "ਸੇਡਿਊਲਾ" ਆਦਿ)
- **ਵੈਧ** ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ ਸੰਘੀ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਭਾਰਤੀ ਜਾਤੀ ਤੋਂ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ
- **ਵੈਧ** ਯੂ.ਐਸ. ਭਾਰਤੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਬਿਊਰੋ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ

ਵਿਕਲਪਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 2)

- **ਮਿਆਦ ਪੁਗਾ ਚੁੱਕਾ** ਅਮਰੀਕੀ ਸਰਕਾਰ (ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਰਾਜ) ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਾਸਪੋਰਟ, ਪਾਸਪੋਰਟ ਕਾਰਡ, ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ, ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਂ ਮਿਆਰੀ ਡਰਾਈਵਰ ਲਾਇਸੰਸ, ਬੀ1/ਬੀ2 ਵੀਜ਼ਾ ਬਾਰਡਰ ਕਰਾਸਿੰਗ ਕਾਰਡ, ਆਦਿ)।
- **ਮਿਆਦ ਪੁਗਾ ਚੁੱਕਾ** ਅਮਰੀਕਾ ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ ਆਈਡੀ
  - I-327 ਮੁੜ-ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਯੂ.ਐਸ. ਪਰਮਿਟ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
  - I-571 ਯੂ.ਐਸ. ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ ਯਾਤਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
  - I-551 ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਕਾਰਡ
  - I-766 ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰੀਕਰਨ
- **ਮਿਆਦ ਪੁਗਾ ਚੁੱਕਾ** ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਾਸਪੋਰਟ, ਕੌਂਸੁਲਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਅਤੇ ਫੋਟੋ ਵਾਲਾ "ਸੇਡਿਊਲਾ" ਆਦਿ)
- ਗੋਦ ਲੈਣ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਅਮਰੀਕੀ ਜਾਂ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਮ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਜਨਮ ਸਥਾਨ, ਫਾਈਲ ਦੀ ਮਿਤੀ, ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਜਨਮ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਾਰਡ
- ਕਿਸੇ ਰਾਜ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਏਜੰਸੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵੈਧ ਗੁਪਤ ਹਥਿਆਰ ਦਾ ਪਰਮਿਟ
- ਵਿਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਜਨਮ ਲੈਣ ਦੀ ਕੌਂਸਲਰ ਰਿਪੋਰਟ
- ਅਦਾਲਤੀ ਹੁਕਮ/ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਦਾ ਵਾਰਡ
- ਰਾਜ ਦੇ ਮੋਟਰ ਵਾਹਨ ਵਿਭਾਗ ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਰਿਕਾਰਡ
- ਤਲਾਕ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਆਦੇਸ਼
- ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਵਿਆਹ ਦਾ ਲਾਇਸੰਸ/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲਾਇਸੰਸ (ਨਰਸ, ਡਾਕਟਰ, ਇੰਜੀਨੀਅਰ, ਆਦਿ)
- ਸਕੂਲ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਲਿਪੀ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ
- ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਾਲਜ ਜਾਂ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਵੈਧ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ
- ਟਰਾਂਸਪੋਰਟੇਸ਼ਨ ਵਰਕਰ ਆਈਡੈਂਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਕਰੇਡੈਂਸ਼ਿਅਲ (ਟੀ.ਡਬਲਯੂ.ਆਈ.ਸੀ.)
- ਵਾਹਨ ਦੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਮਲਕੀਅਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਕੋਈ ਤੇਜ਼ ਮਲਕੀਅਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ **ਨਹੀਂ** ਹੈ)
- ਘਰ ਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਬਿੱਲ (ਗੈਸ, ਬਿਜਲੀ, ਪਾਣੀ, ਕੂੜਾ, ਸੀਵਰ, ਲੈਂਡਲਾਈਨ ਫੋਨ, ਟੀ.ਵੀ., ਇੰਟਰਨੈਟ, ਆਈ.ਐਸ.ਟੀ.ਏ.)
- ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (ਡੀ.ਐਸ.ਐਚ.ਐਸ.) ਦਾ ਲਾਭ ਪੱਤਰ (ਮੈਡੀਕਲ, ਭੋਜਨ, ਆਦਿ)
- ਘਰ ਦੀ ਮਲਕੀਅਤ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਗਿਰਵੀ ਰੱਖਣ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਜਾਇਦਾਦ ਦੇ ਟੈਕਸ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਡੀਡ, ਮਲਕੀਅਤ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਆਦਿ)
- ਕਿਸੇ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ, ਕਬਾਇਲੀ, ਕਾਉਂਟੀ, ਜਾਂ ਸ਼ਹਿਰ ਦੀ ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾ ਤੋਂ ਵਪਾਰਕ ਮੇਲ
- ਅੰਦਰੂਨੀ ਮਾਲ ਸੇਵਾ (ਆਈ.ਆਰ.ਐਸ.) ਤੋਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਟੈਕਸ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (ਆਈ.ਟੀ.ਆਈ.ਐਨ.) ਪੱਤਰ
- ਘਰ ਦੇ ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਕਿਰਾਏਦਾਰ ਦੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ
- ਗੱਡੀ ਦੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਂ ਬਿੱਲ
- ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਪਤੇ ਵਾਲਾ ਪੇਚੈਕ ਜਾਂ ਪੇਅ ਸਟੱਬ
- ਕਿਸੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਡਬਲਯੂ-2 ਫਾਰਮ, ਜਾਂ ਫਾਰਮ 1099
- ਮੁਰੇਜ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਬਿੱਲ, ਕਰਾਰ, ਆਦਿ)

U.S. Bank ReliaCard® ਪੂਰਵ-ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ: Washington Paid Family & Medical Leave

ਕੁਝ ਸਮੱਗਰੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਲਿੰਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ-ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਵੈੱਬਸਾਈਟਾਂ 'ਤੇ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੇ ਹਨ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਿਕਲਪ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਡਾਇਰੈਕਟ ਡਿਪਾਜ਼ਿਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਉਪਲਬਧ ਵਿਕਲਪਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣੋ।

ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਫੀਸ	ਪ੍ਰਤੀ ਖਰੀਦ	ATM ਵਿੱਚੋਂ ਪੈਸੇ ਕਢਵਾਉਣਾ	ਕੈਸ਼ ਰੀਲੋਡ
$0	**$0**	**$0** ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਿੱਚ **$2.50** ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ	**ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ**

ATM ਬੈਲੇਂਸ ਪੁੱਛਗਿੱਛ (ਨੈੱਟਵਰਕ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ)	$0
ਗਾਹਕ ਦੀ ਸੇਵਾ (ਆਟੋਮੇਟਿਡ ਜਾਂ ਲਾਈਵ ਏਜੰਟ)	$0 ਪ੍ਰਤੀ ਕਾਲ
ਅਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲਤਾ	$0

ਅਸੀਂ 3 ਹੋਰ ਕਿਸਮਾਂ ਦੀਆਂ ਫੀਸਾਂ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਇਹ ਹਨ:

ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ੈਕਸ਼ਨ	3%
ਕਾਰਡ ਬਦਲਣਾ (ਮਿਆਰੀ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਡਿਲੀਵਰੀ)	$0 ਜਾਂ $15.00

ਆਪਣੇ ਫੰਡਾਂ ਅਤੇ ਬਕਾਇਆ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਐਕਸੈਸ ਕਰਨ ਦੇ ਮੁਫ਼ਤ ਤਰੀਕਿਆਂ ਲਈ ਨਾਲ ਦਿੱਤੀ ਫੀਸ ਅਨੁਸੂਚੀ ਦੇਖੋ।

ਕੋਈ ਓਵਰਡਰਾਫਟ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਨਹੀਂ।

ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ FDIC ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ।

ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਖਾਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, *cfpb.gov/prepaid* 'ਤੇ ਜਾਓ।
ਕਾਰਡ ਪੈਕੇਜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਾਰੀਆਂ ਫੀਸਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਵੇਰਵੇ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਲੱਭੋ ਜਾਂ **1-888-964-0359** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ **usbankreliacard.com** 'ਤੇ ਜਾਓ।

U.S. Bank ReliaCard® ਫੀਸ ਅਨੁਸੂਚੀ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਨਾਮ: Washington Paid Family & Medical Leave

ਸਾਰੀਆਂ ਫੀਸਾਂ	ਰਕਮ	ਵੇਰਵੇ
ਨਕਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ		
ATM ਵਿੱਚੋਂ ਪੈਸੇ ਕਢਵਾਉਣਾ (ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਿੱਚ)	$0	ਇਹ ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਥਡ੍ਰਾਅਲ ਲਈ ਸਾਡੀ ਫੀਸ ਹੈ। "ਇਨ-ਨੈੱਟਵਰਕ" U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass® ATM ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਲੋਕੇਸ਼ਨ ਇੱਥੇ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ _usbank.com/locations_ ਜਾਂ _moneypass.com/atm-locator.html_.
ATM ਵਿੱਚੋਂ ਪੈਸੇ ਕਢਵਾਉਣਾ (ਨੈੱਟਵਰਕ ਤੋਂ ਬਾਹਰ)	$2.50	ਇਹ ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਥਡ੍ਰਾਅਲ ਲਈ ਸਾਡੀ ਫੀਸ ਹੈ। "ਨੈੱਟਵਰਕ-ਤੋਂ-ਬਾਹਰ" U.S. Bank ਜਾਂ MoneyPass ATM ਨੈੱਟਵਰਕਾਂ ਤੋਂ ਬਾਹਰਲੇ ਸਾਰੇ ATM ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ੈਕਸ਼ਨ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਵੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ATM ਆਪਰੇਟਰ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਫੀਸ ਲਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਟੈਲਰ ਵਿੱਚੋਂ ਨਕਦ ਰਕਮ ਕਢਵਾਉਣਾ	$0	ਇਹ ਸਾਡੀ ਫ਼ੀਸ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਬੈਂਕ ਜਾਂ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ, ਜੋ ਕਿ Visa® ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਦੇ ਟੈਲਰ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਕੇ ਨਕਦ ਰਕਮ ਕਢਵਾਉਂਦੇ ਹੋ।
ਅਮਰੀਕਾ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ		
ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ੈਕਸ਼ਨ	3%	ਇਹ ਸਾਡੀ ਫੀਸ ਹੈ ਜੋ ਉਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਵਪਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਖਰੀਦਦਾਰੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ATM ਤੋਂ ਨਕਦ ਕਢਵਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਰੰਸੀ ਕਨਵਰਜ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਟ੍ਰਾਂਜੈਕਸ਼ਨ ਡਾਲਰ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ੈਕਸ਼ਨਾਂ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵਪਾਰੀ ਜਾਂ ATM ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਸਥਿਤ ਹੋ, ਲਾਗੂ ਨੈੱਟਵਰਕ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ੈਕਸ਼ਨਾਂ ਮੰਨੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹਨਾਂ ਵਪਾਰੀਆਂ, ATM ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ੈਕਸ਼ਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਕਿਵੇਂ ਸ਼੍ਰੇਣੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ATM ਵਿੱਚੋਂ ਪੈਸੇ ਕਢਵਾਉਣਾ	$3.00	ਇਹ ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਥਡ੍ਰਾਅਲ ਲਈ ਸਾਡੀ ਫੀਸ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ੈਕਸ਼ਨ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਵੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ATM ਆਪਰੇਟਰ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਫੀਸ ਲਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਹੋਰ		
ਕਾਰਡ ਬਦਲਣਾ	$0	ਇਹ ਸਾਡੀ ਪ੍ਰਤੀ ਕਾਰਡ ਬਦਲਣ ਦੀ ਫੀਸ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਆਰੀ ਡਿਲੀਵਰੀ (10 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ) ਦੇ ਨਾਲ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਕਾਰਡ ਬਦਲਣਾ, ਤੇਜ਼ ਡਿਲਿਵਰੀ ਦੇ ਨਾਲ	$15.00	ਇਹ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਡ ਬਦਲਣ ਦੀ ਫੀਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕਾਰਡ ਦੀ ਡਿਲੀਵਰੀ (3 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ) ਲਈ ਸਾਡੀ ਫੀਸ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਕਿ ਇਹ ਸੰਚਾਰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, U.S. Bank ਸੰਚਾਰਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੇ ਸਮਝੌਤਿਆਂ, ਖੁਲਾਸੇ, ਨੋਟਿਸਾਂ ਅਤੇ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਇੰਟਰਨੈੱਟ ਅਤੇ ਮੋਬਾਈਲ ਬੈਂਕਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਲਿੰਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ-ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਵੈੱਬਸਾਈਟਾਂ 'ਤੇ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਉਤਪਾਦ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਅਤੇ ਵਰਤਣ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਅਤੇ ਸਮਝਣ ਦੇ

ReliaCard ਨੂੰ U.S. Bank National Association ਦੁਆਰਾ Visa U.S.A. Inc. © 2025 U.S. Bank ਦੇ ਲਾਇਸੰਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। Member FDIC.

ਯੋਗ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਾਉਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ FDIC ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਫੰਡ U.S. Bank National Association, ਇੱਕ FDIC-ਬੀਮਿਤ ਸੰਸਥਾ ਵਿੱਚ ਰੱਖੇ ਜਾਣਗੇ, ਅਤੇ U.S. Bank ਦੇ ਅਸਫਲ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ FDIC ਦੁਆਰਾ $250,000 ਤੱਕ ਦੇ ਬੀਮੇ ਤਹਿਤ ਹੋਣਗੇ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ *fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html* ਵੇਖੋ।

ਕੋਈ ਓਵਰਡਰਾਫਟ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਨਹੀਂ।
Cardholder Services (ਕਾਰਡਧਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ) ਨਾਲ **1-888-964-0359** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ, P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ***usbankreliacard.com*** 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਖਾਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, *cfpb.gov/prepaid* 'ਤੇ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਖਾਤੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਹੈ, ਤਾਂ Consumer Financial Protection Bureau (ਖਪਤਕਾਰ ਵਿੱਤੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਬਿਊਰੋ) ਨੂੰ 1-855-411-2372 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ *cfpb.gov/complaint* 'ਤੇ ਜਾਓ।

CR-66136449 - Punjabi

ReliaCard ਨੂੰ U.S. Bank National Association ਦੁਆਰਾ Visa U.S.A. Inc. © 2025 U.S. Bank ਦੇ ਲਾਇਸੰਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। Member FDIC.