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

Special Identifier if needed (**)
Name
Address 1
Address 2
City State Zip

Подача заявления на участие в программе Paid Family and Medical Leave

Прежде чем начать

Подавая онлайн-заявление на получение пособия, вы можете выбрать, каким образом отправлять еженедельные заявки на пособия (на сайте или по телефону) и как получать свои выплаты (прямым переводом на ваш банковский счет или на предоплаченную дебетовую карту). При подаче заявления на получение пособия в бумажной форме ваши возможности ограничены:

1. Вы можете отправлять еженедельные заявки на пособия только по телефону 833-717-2273.
2. Вы можете получать выплаты только на предоплаченную дебетовую карту.

Если вы хотите отправлять еженедельные заявки через сайт или получать выплаты в виде прямого перевода, необходимо подать онлайн-заявление. Чтобы узнать больше, посетите сайт www.paidleave.wa.gov.

Вы узнаете, как подать заявление на получение пособия и отправлять еженедельные заявки, в Руководстве по участию в Программе оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (Paid Family and Medical Leave). Кроме того, в нем рассказывается о ваших законных правах и обязанностях. Вы можете скачать руководство на странице paidleave.wa.gov/benefit-guide или запросить его копию по телефону 833-717-2273.

Инструкции по подаче заявления на получение выплат

Раздел персональных и контактных данных

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.

Раздел информации о трудоустройстве

Предоставленная вами информация будет использована нами, 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). Чтобы узнать идентификатор UBI, обратитесь к своему работодателю. 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, оставьте дату окончания пустой и отметьте поле для обозначения текущего работодателя.

Раздел информации об отпуске

Мы попросим вас указать информацию о своем запросе на предоставление отпуска, включая желаемый тип отпуска (по медицинским 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 от вашего имени выполнять действия, связанные с получением пособия в рамках Программы оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Для этого нужно заполнить форму назначения доверенного лица. Чтобы получить копию этой формы, позвоните нам по телефону 833-717-2273.

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 на оказание обоснованно необходимых особых услуг обрабатываются Управлением омбудсменов Программы оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (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 (служба коммутируемых сообщений штата Washington: 711).

Отправка заявления

Заполненное заявление, копии идентифицирующих вас документов и всю сопроводительную документацию (например, сертификаты, подтверждающие серьезные проблемы со здоровьем, или форму назначения доверенного лица) следует отправлять по адресу:

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

Остались 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 a. m. до 4:30 p. m.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Заявка на получение пособия

Личная информация

Все разделы являются обязательными для заполнения, если не указано иное.

Имя (имя, инициал второго имени, фамилия):

Номер социального страхования (Social Security number, SSN):

Дата рождения:

Телефон:

Адрес электронной почты *(необязательно)***:**

Предпочтительный способ связи:
- o Телефон
- o Электронная почта
- o Почта

Можем ли мы отправить голосовое сообщение с подробной информацией на указанный номер телефона?
- o Да
- o Нет

Когда это возможно, предпочитаете ли вы общаться на другом языке вместо английского?
- o Да
- o Нет

На каком языке вы предпочитаете общаться?
- o Амхарский
- o Арабский
- o Камбоджийский (кхмерский)
- o Китайский
- o Английский
- o Фарси
- o Японский
- o Корейский
- o Лаосский
- o Маршалльский
- o Оромо
- o Панджаби
- o Русский
- o Сомалийский
- o Испанский
- o Тагальский
- o Украинский
- o Вьетнамский
- o Другой. Если вы предпочитаете другой язык, укажите, какой именно. _____

Почтовый адрес:

Город: **Штат:** **Почтовый индекс:**

Гендер:
- o Женский
- o Мужской
- o Небинарный
- o Предпочитаю не указывать

Какие категории из перечисленных лучше всего описывают ваше этническое происхождение? Отметьте все подходящие варианты.
- o Белые
- o Темнокожие или афроамериканцы
- o Американские индейцы или коренное население Аляски
- o Уроженцы Южной Азии или американцы южноазиатского происхождения
- o Уроженцы Восточной Азии или американцы восточноазиатского происхождения
- o Уроженцы Юго-Восточной Азии или американцы юго-восточноазиатского происхождения
- o Коренные гавайцы или жители других тихоокеанских островов
- o Латиноамериканцы
- o Уроженцы Ближнего Востока или американцы арабского происхождения
- o Предпочитаю не указывать
- o Другое. Если вы выбрали «Другое», уточните: _____

- ☐ Белые
- ☐ Темнокожие или афроамериканцы
- ☐ Американские индейцы или коренное население Аляски
- ☐ Уроженцы Южной Азии или американцы южноазиатского происхождения
- ☐ Уроженцы Восточной Азии или американцы восточноазиатского происхождения
- ☐ Уроженцы Юго-Восточной Азии или американцы, являющиеся их потомками
- ☐ Коренные гавайцы или жители других островов Тихого океана
- ☐ Испаноязычные или латиноамериканцы
- ☐ Уроженцы Ближнего Востока или американцы арабского происхождения
- ☐ Предпочитаю не указывать
- ☐ Другое. Если вы выбрали «Другое», уточните: _____

Информация об отпуске

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

РАЗДЕЛ 1.

Если у вас родился ребенок или вы готовитесь к родам:

Вы берете отпуск по медицинским показаниям во время беременности?

- ☐ Да. Если да, укажите дату рождения ребенка (предполагаемую или фактическую): _____
- ☐ Нет

Вы берете отпуск для восстановления после родов?

- ☐ Да. Если да, укажите дату рождения ребенка (предполагаемую или фактическую): _____
- ☐ Нет

Испытываете ли вы осложнения, связанные с беременностью или родами?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Берете ли вы отпуск, чтобы побыть со своим новорожденным ребенком (обычно после отпуска по медицинским показаниям)?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

РАЗДЕЛ 2.

Для всех остальных ситуаций:

По какой причине вам нужен отпуск? (Выберите один вариант.)

- ☐ Отпуск, связанный с состоянием собственного здоровья
- ☐ Отпуск для ухода за членом семьи

  В случае утвердительного ответа укажите, для ухода за кем из членов семьи вы берете отпуск?

  - ☐ Собственный родитель (либо родитель супруга/супруги)
  - ☐ Супруг/супруга
  - ☐ Ребенок (либо зять или невестка)
  - ☐ Брат или сестра
  - ☐ Внук или внучка
  - ☐ Дедушка или бабушка (свои или супруга/супруги)
  - ☐ Другое: _____
- ☐ Уход за новорожденным или размещение ребенка в семью

  В случае утвердительного ответа укажите дату рождения или размещения в семью: _____
- ☐ Военная необходимость

РАЗДЕЛ 3.

Как долго вы хотели бы находиться в отпуске?

Дата начала: _____ Дата окончания:_____

Было ли вам известно о необходимости взять отпуск до его начала??

- ☐ Да
- ☐ Нет

Связана ли необходимость отпуска с COVID-19?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Информация о занятости

Чтобы определить, имеете ли вы право на получение отпуска, нам необходима история вашей занятости. Перечислите всех своих работодателей, начиная с 1 января 2019 г. Если необходимо, прикрепите дополнительные листы.

Каков ваш текущий статус занятости?

- ☐ Штатный сотрудник, полная занятость
- ☐ Частичная занятость или оплата по часам
- ☐ Безработный

Работодатель:

Единый идентификатор компании (Unified Business Identifier, UBI) или Федеральный идентификационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN):	**Телефон работодателя:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Это ваш текущий работодатель? ☐ Да ☐ Нет	**Планируете ли вы взять отпуск у этого работодателя?** ☐ Да ☐ Нет
Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск? ☐ Да ☐ Нет ☐ Отказ от требования **Если да, укажите дату, когда вы его уведомили.** _____	
Дата начала трудоустройства:	**Дата окончания трудоустройства** *(необязательно)*:
Адрес работодателя: **Город:** **Штат:** **Почтовый индекс:**	
Работодатель:	
Единый идентификатор компании (Unified Business Identifier, UBI) или Федеральный идентификационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN):	**Телефон работодателя:**
Это ваш текущий работодатель? ☐ Да ☐ Нет	**Планируете ли вы взять отпуск у этого работодателя?** ☐ Да ☐ Нет
Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск? ☐ Да ☐ Нет ☐ Отказ от требования **Если да, укажите дату, когда вы его уведомили.** _____	
Дата начала трудоустройства:	**Дата окончания трудоустройства** *(необязательно)*:
Адрес работодателя: **Город:** **Штат:** **Почтовый индекс:**	
Работодатель:	
Единый идентификатор компании (Unified Business Identifier, UBI) или Федеральный идентификационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN):	**Телефон работодателя:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Имя работодателя:	
Единый идентификатор компании (Unified Business Identifier, UBI) или Федеральный идентификационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN):	**Телефон работодателя:**
Это ваш текущий работодатель? □ Да □ Нет	**Планируете ли вы взять отпуск, работая на этого работодателя?** □ Да □ Нет
Сообщили ли вы работодателю о своем намерении взять отпуск? □ Да □ Нет □ Требование не действует **Если да, укажите дату, когда вы его уведомили.** _____	
Дата начала трудоустройства:	**Дата окончания трудоустройства:**
Адрес работодателя: **Город:** **Штат:** **Почтовый индекс:**	

Согласие и подпись

Программа оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья может передавать и получать информацию о вас (и вашем запросе), обмениваясь ей с другими учреждениями и департаментами, а также с вашими работодателями. Возможно, нам потребуется подтвердить предоставленную вами информацию, и мы можем при необходимости запрашивать дополнительные сведения.

При подаче вами заведомо недостоверной информации о себе, а также при умышленном утаивании информации мы будем рассматривать подобные действия как мошенничество. При подаче неточной информации мы можем отклонить вашу заявку на получение выплат или потребовать вернуть полученные от нас средства. В отношении вас могут быть применены штрафные санкции или уголовное преследование. Подписывая этот документ, *я соглашаюсь раскрыть информацию о себе и подтверждаю, что все ответы в данной заявке являются достоверными.*

Подпись:	**Дата:**
Имя (печатными буквами):	
Если лицо, подающее заявку 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.	
Имя уполномоченного представителя *(необязательно)***:**	
Подпись уполномоченного представителя *(необязательно)***:**	**Дата** *(необязательно)***:**
Номер телефона *(необязательно)***:**	
Электронная почта *(необязательно)***:**	

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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 B1/B2 и т. д.)
- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное Службой гражданства и иммиграции США. Принимаются:
  - Допуск на повторный въезд в США (I-327)
  - Постоянный вид на жительство (I-551)
  - Выездное удостоверение беженца, выпущенное властями США (I-571)
  - 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 B1/B2 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)
  - Постоянный вид на жительство (I-551)
  - Выездное удостоверение беженца, выпущенное властями США (I-571)
  - 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.)

Подтверждение беременности и рождения

Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам и медицинским показаниям

ШАГ 1.

Выберите правильную форму.

В этом пакете собраны формы для всех этапов беременности и родов. Выберите подходящую. Нужно отправлять заявление и документы для каждого типа отпуска, который вам потребуется.

Беременность

- Заполните форму **подтверждения медицинского ухода за беременной**, чтобы подать заявление на отпуск по медицинским показаниям для медицинского ухода во время беременности.

Восстановление после родов

- Заполните форму **подтверждения рождения**, чтобы подать заявление на отпуск по медицинским показаниям на первые шесть недель восстановления после родов. Эту форму можно использовать как для отпуска по медицинским показаниям для восстановления после родов, так и по семейным обстоятельствам, чтобы провести время с ребенком.
- Заполните форму **подтверждения осложнений при родах**, если вам требуется отпуск по медицинским показаниям на более чем шесть недель для восстановления после родов.

Время с новорожденным

- Оба родителя могут заполнить форму **подтверждения рождения**, чтобы подать заявление на отпуск по семейным обстоятельствам, чтобы провести время с новорожденным. Примечание. Для такого отпуска нужно отдельное заявление.

ШАГ 2.

Заполните форму.

Ваш поставщик медицинских услуг должен заполнить и подписать форму медицинского подтверждения. Не принимаются формы, подписанные поставщиком медицинских услуг более 90 дней до даты подачи заявления. Инструкции для поставщика медицинских услуг включены в этот пакет.

Ваш поставщик медицинских услуг, акушер или представитель медицинского учреждения должен заполнить и подписать форму подтверждения рождения.

Может ли иное лицо заполнить эту форму за меня?

- Вы можете предоставить другому лицу право от вашего имени выполнять действия, связанные с получением пособия в рамках Программы оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Для этого данному лицу необходимо заполнить форму назначения уполномоченного представителя.
- Чтобы запросить экземпляр формы для назначенного уполномоченного представителя, позвоните по телефону 833-717-2273.

ШАГ 3.

Отправьте заполненную форму.

Отправьте форму рез учетную запись в системе Paid Leave или вместе с бумажным заявлением

У вас есть вопросы?

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с нами по телефону 833-717-2273 или по электронной почте paidleave@esd.wa.gov..

Washington Paid Family & Medical Leave

Instructions for **Healthcare Providers**

Paid Leave medical certification forms are used to certify a serious health condition to qualify for Paid Family and Medical Leave. Your patient may be applying due to their own serious health condition, their pregnancy, or to care for a family member with a serious health condition. Our Certification of Birth form can be used for the first six weeks of medical leave to recover from giving birth and for family leave to bond with a new baby.

"Healthcare Provider" is defined by law in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090.

SERIOUS HEALTH CONDITION

A serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Generally, a serious health condition could include an illness, injury, impairment, or physical or mental condition that involves:

- **Inpatient care in a hospital, hospice, or residential medical care facility, including any period of incapacity; or**
- **Continuing treatment by a healthcare provider including any of the following:**
  - **Incapacity:** A period of incapacity of more than three consecutive days and subsequent treatment or period of incapacity relating to the same condition. Incapacity means an inability to work, attend school, or perform other regular daily activities because of a serious health condition, treatment of that condition or recovery from it, or subsequent treatment.
  - **Pregnancy**: Any period of incapacity due to pregnancy, or for prenatal care.
  - **Chronic conditions:** Any period of incapacity or treatment for such incapacity due to a chronic serious health condition. A chronic serious health condition is one which:
    - » Requires periodic visits to a health care provider;
    - » Continues over an extended period of time, including recurring episodes of a single underlying condition; and
    - » May cause episodic rather than a continuing period of incapacity, including asthma, diabetes, and epilepsy.
  - **Permanent/Long-term**: A period of incapacity which is permanent or long-term due to a condition for which treatment may not be effective. The employee or family member must be under the continuing supervision of, but need not be receiving active treatment by, a health care provider, including:
    - » Alzheimer's, a severe stroke, or the terminal stages of a disease; or
    - » Multiple treatments: Any period of absence to receive multiple treatments, including any period of recovery from the treatments.
    - » Substance abuse may be a serious health condition if the treatment meets other requirements in this definition.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Visit paidleave.wa.gov/help-center and click on Healthcare Providers.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 833-717-2273 or paidleave@esd.wa.gov.

Washington
Paid Family & Medical Leave

Prenatal Care
Medical Certification

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Use this form for:

- **Medical leave for prenatal care**
- **Medical leave related to a prenatal complication**

Patient information

Complete the patient information section, then have your healthcare provider complete and sign the certification.

Patient's name:	
Patient's date of birth: ____ / ____ / ____	**Paid Leave Customer ID number** *(if known)*:

Healthcare provider certification

To be completed and signed by a healthcare provider for leave related to prenatal care.

- Indicate on this form if your patient is experiencing incapacity related to pregnancy. This allows us to approve the full amount of leave they are entitled to.
- Give specific dates. Terms such as "unknown" or "indeterminate" won't be sufficient to determine Paid Leave eligibility.
- All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

The patient is *(check all that apply)*:

☐ **Pregnant and seeking leave for prenatal care.**

☐ **Experiencing incapacity due to a prenatal health condition**. *Can include but is not limited to severe morning sickness, preeclampsia, infections, or other prenatal complications.*

Start date: *(Day the patient's leave begins)*
____ / ____ / ____

End date: *(If leave is needed for the duration of the pregnancy, provide estimated due date. Otherwise, the estimated date incapacity will no longer exist.)*
____ / ____ / ____

Healthcare provider's information and signature

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, that the patient's condition meets the definition of "serious health condition," and that I am a healthcare provider authorized to certify their condition (RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090).

Signature:	**Date:** ____ / ____ / ____
Name and title:	
Certificate license number and state *(optional)*:	**Type of practice/Specialty:**
Phone:	**Email address:**
Business name and address:	

Upload completed form to your Paid Leave account.

If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

Certification of Birth

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Use this form for:

- **Family leave to bond with a child born into your family**
- **The first six weeks of medical leave to recover from giving birth**

If more than six weeks of recovery from birth is medically necessary, use the Medical Certification for Birth Complications.

Do not use this form for family leave for adoption, foster care, or other approved placement types. Visit paidleave.wa.gov for information about required documentation for family leave for placement.

Parents' information

Complete the parent information section, then have your healthcare provider, midwife, or a representative of your healthcare facility complete and sign the certification.

Information about parent that gave birth:

Name: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____ **Paid Leave Customer ID number** *(if known)*: _____

Information about second parent *(if taking leave)*:

Name: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____ **Paid Leave Customer ID number** *(if known)*: _____

Certification of birth

To be completed and signed by a healthcare provider, midwife, or a representative of a healthcare facility.
All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

Child's date of birth: ____ / ____ / ____ **Place of birth** *(city, state)*: _____

Provider's information and signature

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, and that I am a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010, a midwife, or a representative of a healthcare facility.

Signature:	**Date:** ____ / ____ / ____
Name and title:	
Type of practice/Specialty:	
Phone:	**Email address:**
Business name and address:	

Upload completed form to your Paid Leave account.
If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

Medical Certification for Birth Complications

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Use this form:

- **If more than six weeks of recovery from birth is medically necessary.**

When six weeks or less is needed to recover from giving birth, use the Certification of Birth form.

Patient information

Complete the patient information section, then have your healthcare provider complete and sign the certification.

Patient's name:	
Patient's date of birth: ____ / ____ / ____	**Paid Leave Customer ID number** *(if known)***:**

Healthcare provider's certification

To be completed and signed by a healthcare provider <u>if more than six weeks</u> of recovery from birth is medically necessary.

- Give specific dates. Terms such as "unknown" or "indeterminate" won't be sufficient to determine Paid Leave eligibility.
- Answers should be your best estimate based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.
- All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

Briefly describe the incapacity due to postnatal serious health condition. *Can include but is not limited to recovery after a cesarean delivery, infections, or other postnatal complications.*

Provide the start and end dates for the leave needed for the serious health condition described above. *Do not include bonding leave, which may be applied for separately.*

Start date: *(Child's date of birth)* ____ / ____ / ____ **End date:** ____ / ____ / ____

Healthcare provider's information and signature

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, that the patient's condition meets the definition of "serious health condition," and that I am a healthcare provider authorized to certify their condition (RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090).

Signature:	**Date:** ____ / ____ / ____
Name and title:	
Certificate license number and state *(optional)***:**	**Type of practice/Specialty:**
Phone:	**Email address:**
Business name and address:	

Upload completed form to your Paid Leave account.

If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Instructions for designating an authorized representative

Can I help someone apply for benefits?

You may be authorized by another individual to act on their behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits. Requests to designate an authorized representative can only be granted if we receive one of the following:

- A completed Paid Family and Medical Leave designated authorized representative form;
- Documentation of a court-appointed legal guardian with authority to make decisions on a person's behalf;
- Documentation of an individual designated as a power of attorney to act on a person's behalf; or
- Other written documentation designating an authorized representative.

Instructions

Complete sections 1-3. The person applying for benefits and their designated authorized representative must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

What if they cannot sign this form?

If a patient is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that the patient is:

- incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits, and
- unable to designate an authorized representative to act on their behalf.

The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Healthcare providers who are authorized to sign this form are defined in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090. Generally, "healthcare provider" means:

- A physician or an osteopathic physician who is licensed to practice medicine or surgery, as appropriate, by the state in which the physician practices;
- Nurse practitioners, nurse-midwives, midwives, clinical social workers, physician assistants, podiatrists, dentists, clinical psychologists, optometrists, and physical therapists licensed to practice under state law and who are performing within the scope of their practice as defined under state law by the state in which they practice.

Instructions

Complete sections 1-4. The designated authorized representative and healthcare provider must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 833-717-2273 or paidleave@esd.wa.gov.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Designated authorized representative

A designated representative is someone whom you appoint and authorize to act on your behalf and represent you to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits. A designated representative is allowed to provide and obtain personal information regarding your application for Paid Family and Medical Leave and any benefits you may receive. By designating a representative, you are authorizing us to disclose your information to the individual named in section two of this form.

Section one: Employee information *Information about the employee taking leave*	
Customer ID number *(if known)***:**	
Name:	
Date of birth:	
Address:	
Phone number:	
Email address:	
Section two: Authorized representative information *Information about the authorized representative*	
Name:	
Relationship to employee:	
Address:	
Phone number:	
Email address:	
Section three: Authorization and signatures	
Employee's authorization: *I designate and authorize the person listed in section two of this form to act on my behalf to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits.* *Note: Use section four if the employee is unable to sign this form*	
Signature:	**Date:**
Authorized representative's attestation: *I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct and that I am acting in the best interests of the patient by completing this form.*	
Authorized representative name:	
Authorized representative signature:	**Date:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

If an employee applying for leave is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that their patient is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on the patient's behalf. The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Section four: Provider's information and certification

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010. Serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Answer all questions fully and completely. Please be sure to sign the form.

Patient's name:	**Date of birth:_____/_____/ _____**
Does the patient have a serious health condition and are they incapable of designating an authorized representative? ☐ Yes ☐ No	
I declare under penalty of perjury that: • *The patient listed on this form is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on their behalf;* • *I am acting in the patient's best interests by completing this form; and* • *The information provided in this form is true and correct and I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].*	
Signature:	**Date:**
Name and title:	
Certificate license and state:	
License area/area of practice:	
Business name:	
Address:	
Phone number:	
Email address:	

Информация, предоставляемая перед приобретением карты U.S. Bank ReliaCard®
Название программы: Washington Paid Family & Medical Leave

Услуги могут предоставляться только на английском языке.

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.

Ежемесячная комиссия	За каждую покупку	Снятие наличных в банкомате	Пополнение наличными
0 долл. США	**0 долл. США**	**0 долл. США** внутри сети **2,50 долл. США** вне сети	**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

См. приложенные тарифы за обслуживание, чтобы узнать о том, как бесплатно получать доступ к своим средствам и информацию о балансе.

Овердрафт и кредит недоступны.
На ваши средства распространяется страхование FDIC.

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).

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**, пишите 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

Карта ReliaCard выпущена компанией U.S. Bank National Association по лицензии Visa U.S.A. Inc. © U.S. Bank, 2022. Member FDIC.