

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.

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.

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 a.m. до 4:30 p.m.

Инструкции по подаче заявления на получение 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.

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.

Leave information section

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

Can someone else complete this form for me?

You can authorize another individual to act on your behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits. To do this, complete the Designated Authorized Representative form. Contact us at 833-717-2273 to get a copy of the form.

Reasonable accommodation or assistance

If you need a reasonable accommodation or other assistance to help you interact with our program, please let us know. Requests are handled through the Office of the Paid Family and Medical Leave Ombuds. To request an accommodation, email PFMLaccess@esd.wa.gov or call 833-494-2273, Washington Relay Service 711.

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.

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 | SSN 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

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

- ☐ English | Английский | ☐ Russian | Русский
☐ Other. If other, what is your preferred language and dialect? | Другой. Если вы предпочитаете другой язык, укажите, какой именно язык и диалект. _____

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/DD/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/DD/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/DD/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/DD/ГГГГ): _____

End date (MM/DD/YYYY) | Дата окончания (MM/DD/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 Сотрудник, получающий фиксированный оклад, полная занятость ☐ Full-time hourly employee Сотрудник с почасовой оплатой, полная занятость ☐ Part-time salaried employee Сотрудник, получающий фиксированный оклад, частичная занятость ☐ Part-time hourly employee Сотрудник с почасовой оплатой, частичная 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?* ☐ 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?* ☐ 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*:

Consent and signature	Согласие и подпись
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.	Мы передаем и получаем информацию о Вас (и Вашей заявке), обмениваясь ею с Вашими работодателями и другими учреждениями и программами, такими как отдел поддержки детей (Division of Child Support), программа выплаты компенсаций работникам, пострадавшим на рабочем месте (Workers' Compensation), и программа страхования по безработице (Unemployment Insurance). 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 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.
Signature* Подпись*:	Date* Дата*:
Printed name* Имя (печатными буквами)*:	

Authorized Representative	Уполномоченный представитель
<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>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>
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 своему заявлению на оплачиваемый отпуск необходимо приложить документы, удостоверяющие вашу личность. **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, выданное федеральным правительством США или правительством штата (например, загранпаспорт, паспортная карта, идентификационная карта, стандартные или расширенные водительские права, визовая карта категории B1/B2 и т. д.)
- **Действительное** удостоверение личности, выданное Службой гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Service). Принимаются следующие документы:
 - Проездной документ, разрешающий повторный въезд в США (I-327)
 - Проездной документ беженца, выданный США (I-571)
 - Постоянный вид на жительство (I-551)
 - Разрешение на работу (I-766)
- **Действительное** удостоверение личности, выпущенное властями другой страны (например, загранпаспорт, консульская идентификационная карта, национальное удостоверение личности с фотографией и подписью и т. д.)
- **Действительная** идентификационная карта, выданная признанным на федеральном уровне племенем американских индейцев и подтверждающая членство в нем (с фотографией и подписью)
- **Действительная** идентификационная карта, выданная Управлением по делам индейцев США (U.S. Bureau of Indian Affairs), с подписью и фотографией

Альтернативные документы (необходимо два документа из списка)

- Удостоверение личности, выданное федеральным правительством США или правительством штата (например, загранпаспорт, паспортная карта, идентификационная карта, стандартные или расширенные водительские права, визовая карта категории B1/B2 и т. д.), **с истекшим сроком действия**
- Удостоверение личности, выданное Службой гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Service), **с истекшим сроком действия**
 - Проездной документ, разрешающий повторный въезд в США (I-327)
 - Проездной документ беженца, выданный США (I-571)
 - Постоянный вид на жительство (I-551)
 - Разрешение на работу (I-766)
- Удостоверение личности, выпущенное властями другой страны (например, загранпаспорт, консульская идентификационная карта, национальное удостоверение личности с фотографией и подписью 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
- Постановление суда или приказ об опекунстве
- Разрешительное письмо или личное дело водителя из Департамента автомобильного транспорта (Department of Motor Vehicles) штата
- Заверенное решение о расторжении брака
- Заверенное разрешение на вступление в брак или свидетельство о регистрации брака
- Лицензия на профессиональную деятельность (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 (Transportation Worker Identification Credential, 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 Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, 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 (Individual Tax Identification Number, ITIN) от Налоговой службы (Internal Revenue Service, 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

Некоторые материалы и услуги могут быть доступны только на английском языке. Ссылки, содержащиеся в данном сообщении, могут направлять вас на англоязычные веб-сайты.

У вас несколько вариантов получения 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	\$0	\$0 внутри сети \$2,50 вне сети	Нет

Запрос баланса в банкомате (внутри или вне сети)	\$0
--	-----

Служба поддержки клиентов (автоматизированная или с оператором)	\$0 за звонок
---	---------------

Неактивность	\$0
--------------	-----

Также взимается комиссия за три других услуги. Вот некоторые из них:

Международная операция	3%
------------------------	----

Замена карты (обычная или ускоренная доставка)	\$0 или \$15,00
--	-----------------

Ознакомьтесь с приложенным перечнем тарифов, чтобы узнать о том, как бесплатно получать доступ к своим средствам и информацию о балансе.

Овердрафт и кредит недоступны.

На ваши средства может распространяться страхование FDIC.

Общие сведения о предоплаченных счетах приведены на странице cfpb.gov/prepaid.

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**.

Перечень тарифов 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	Это комиссия за одну операцию снятия наличных. К банкоматам внутри сети относятся банкоматы U.S. Bank и MoneyPass®. Адреса банкоматов можно найти на странице usbank.com/locations или moneypass.com/atm-locator.html .
Снятие наличных в банкомате (вне сети)	\$2,50	Это комиссия за одну операцию снятия наличных. К банкоматам вне сети относятся любые банкоматы, кроме банкоматов U.S. Bank и MoneyPass. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже если вы не завершили операцию).
Снятие наличных через кассира в отделении банка	\$0	Это комиссия за снятие наличных с карты через кассира в отделении банка или в кредитном кооперативе, принимающем карты Visa®.
Пользование картой за пределами США		
Международная операция	3%	Это комиссия за пользование картой для оплаты покупок в зарубежных магазинах и за снятие наличных в иностранных банкоматах; она рассчитывается как процент от суммы операции в долларах после обмена валюты. В соответствии с действующими правилами сети некоторые операции считаются международными, даже если вы и/или банкомат или продавец находитесь в США. Банк не осуществляет контроля за тем, к какой категории относятся тот или иной магазин, банкомат или операция.
Международная операция снятия наличных в банкомате	\$3,00	Это комиссия за одну операцию снятия наличных. Оператор банкомата также может взимать комиссию (даже если вы не завершили операцию).
Прочее		
Замена карты	\$0	Это комиссия за доставку новой карты на замену обычным почтовым отправлением (срок — до 10 рабочих дней).
Ускоренная доставка карты на замену	\$15,00	Это комиссия за ускоренную доставку (срок — до 3 рабочих дней), взимаемая в дополнение к комиссии за замену карты.

Хотя данное сообщение предлагается на русском языке, последующие сообщения U.S. Bank и документы, связанные с вашими договорными соглашениями, раскрытием информации, уведомлениями и заявлениями, услугами интернет- и мобильного банкинга, могут быть доступны только на английском языке. Ссылки, содержащиеся в данном сообщении, могут направлять вас на англоязычные веб-сайты. Вам необходимо прочитать и понять такие документы или воспользоваться помощью по их переводу, чтобы понимать и использовать данный продукт или услугу. Документы на английском языке предоставляются по запросу.

На ваши средства может распространяться страхование FDIC. Ваши средства будут

храниться в U.S. Bank National Association — учреждении, застрахованном в FDIC. FDIC страхует ваши средства на сумму до 250 000 долларов США на случай банкротства банка U.S. Bank. Подробности можно найти на странице fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html.

Овердрафт и кредит недоступны.

Для обращения в Cardholder Services (Службу поддержки владельцев карт) звоните по телефону **1-888-964-0359**, пишите по адресу P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 или посетите веб-сайт usbankreliacard.com.

Общие сведения о предоплаченных счетах доступны на странице cfpb.gov/prepaid. Жалобы, связанные с предоплаченными счетами, вы можете оставить в Consumer Financial Protection Bureau (Бюро финансовой защиты потребителей) по телефону 1-855-411-2372 или адресу cfpb.gov/complaint.

CR-66136449– Russian