

Special Identifier (if needed) (Click or tap here to enter text.)

Employee First and Last Name (Click or tap here to enter text.)

ADDRESS (Click or tap here to enter text.)

ADDRESS (Click or tap here to enter text.)

« CITY STATE ZIP (Click or tap here to enter text.) CITY STATE ZIP »

Application for Paid Family and Medical Leave

Before you begin

When you apply for benefits online, you can choose how to submit your weekly benefit claims (online or over the phone) and how to receive your benefit payments (direct deposit to your bank account or on a prepaid debit card). When you apply for benefits with a paper application, you are limited to:

1. Submitting weekly benefit claims over the phone by calling 833-717-2273.
2. Receiving your benefit payments on a prepaid debit card.

If you would like to file your weekly claims online or receive your benefit payments through direct deposit, you must submit your application online. Go to www.paidleave.wa.gov for more information.

The Paid Family and Medical Leave Benefit Guide provides information on how to apply for benefits and submit weekly claims. It also explains your rights and responsibilities under the law. Download the guide at www.paidleave.wa.gov/benefit-guide or request a copy by calling 833-717-2273.

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.

የሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና የእረፍት ፈቃድ ማመልከቻ

ከመጀመሪያ በፊት

በመስመር ላይ ለጥቅማጥቅሞች ሲያመለክቱ ሳምንታዊ የጥቅማጥቅሞች የይገባኛል ጥያቄዎችን (በመስመር ላይ ወይም በስልክ) እና የጥቅማጥቅሞችን ክፍያ እንዴት እንደሚቀበሉ (ቀጥታ ወደ ባንክ ሂሳብ ወይም በቅድሚያ የተከፈለ ዴቢት ካርድ ማስገባት) መመሪያ ይችላሉ። በወረቀት ማመልከቻ ለጥቅማጥቅሞች ሲያመለክቱ በሚከተሉት የተገደቡ ነዎት፡-

1. ሳምንታዊ የጥቅማጥቅሞች የይገባኛል ጥያቄዎችን በስልክ ቁጥር 833-717-2273 በመደወል ማቅረብ።
2. በቅድመ ክፍያ ዴቢት ካርድ ላይ የጥቅማጥቅም ክፍያዎችን መቀበል።

ሳምንታዊ የይገባኛል ጥያቄዎን በመስመር ላይ ማስገባት ወይም የጥቅማጥቅም ክፍያዎችን በቀጥታ ማስገባት መቀበል ከፈለጉ፣ ማመልከቻዎን በመስመር ላይ ማስገባት አለብዎት። ለበለጠ መረጃ www.paidleave.wa.gov ይጎብኙ።

የሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና ፈቃድ ጥቅማጥቅም መመሪያ ለጥቅማጥቅሞች እንዴት ማመልከት እና ሳምንታዊ የይገባኛል ጥያቄዎችን ማቅረብ እንደሚቻል መረጃ ይሰጣል። እንዲሁም በህግ ስር ያለዎትን መብቶች እና ግዴታዎች ያብራራል። መመሪያውን www.paidleave.wa.gov/benefit-guide ላይ ያውርዱ ወይም ቅጂን በ833-717-2273 በመደወል ይጠይቁ።

ማመልከቻዎን ማስገባት

የተሞላ ማመልከቻዎን፣ የመለያ ሰነዶችዎን ቅጂዎች እና ሌሎች ደጋፊ ሰነዶችን (የከባድ የጤና ሁኔታ ማረጋገጫ፣ የተፈቀደለት የውክልና ቅጽ፣ ወዘተ.) ወደሚከተለው በፖስታ ይላኩ፡-

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

ጥያቄዎች?

ጥያቄዎች ካሉዎት፣ እስከ 833-717-2273 ላይ ያግኙን ወይም ወደ paidleave@esd.wa.gov ኢሜይል ይላኩ። ከሰኞ እስከ አርብ ከጠዋቱ 8:30 እስከ ከሰዓት 4:30 ድረስ እንገኛለን።

Benefit application instructions

Personal and contact information section

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

Employment information section

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

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

Leave information section

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

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.

የጥቅማጥቅም ማመልከቻ መመሪያዎች

የግል እና የእውቅና መረጃ ክፍል

የእርስዎን ስም፣ የማህበራዊ ዋስትና (SSN)፣ የልደት ቀን እና የእውቅና መረጃ ያቅርቡ። ያቀረቡት አድራሻ የቅድመ ክፍያ ዴቪት ካርድዎን እና ሌሎች ደብዳቤዎችን የምንልክበት ነው።

የሥራ ቅጥር መረጃ ክፍል

ለእርፍት ፈቃድ ብቁ ለመሆን በቂ ሰአታት እንደሰሩ ለማረጋገጥ ያቀረቡትን መረጃ እንጠቀማለን።

- የአሰሪ ስም። የሰሩበት የንግድ ወይም ድርጅት ስም።
- የተዋሃደ የንግድ መለያ (UBI) ወይም የፌዴራል አሰሪ መለያ ቁጥር (FEIN)። የአሰሪዎን UBI እነርሱን በመጠየቅ ወይም በገቢዎች መመሪያ ድረ-ገጽ (www.DOR.wa.gov) ላይ ያለውን የUBI መፈለጊያ መሳሪያ በመጠቀም ያግኙ።
- የቅጥር የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ቀናት። የአሁኑ ቀጣሪዎ ከሆኑ የመጨረሻውን ቀን ባይይዙም እና የአሁኑ ቀጣሪዎ መሆናቸውን ለማመልከት ሳጥኑ ላይ ምልክት ያድርጉ።

የእርፍት ፈቃድ መረጃ ክፍል

የሚጠይቁትን የእርፍት ፈቃድ አይነት (የህክምና፣ ቤተሰብ፣ ልጅ ከወለዱ በኋላ ያለው ጥምረት ወይም የልጅ ቦታ ምደባ፣ ወይም ወታደራዊ ግዳጅ) እና የሚጠበቀው የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ቀናትን ጨምሮ ስለ የእርፍት ፈቃድ ጥያቄዎ መረጃን እንጠይቃለን።

ይህን ቅጽ ሌላ ሰው ሊሞላልኝ ይችላል?

ለሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና ፈቃድ ጥቅም ጥቅሞች ሌላ ግለሰብ እርስዎን ወክሎ እንዲሰራ መቀመድ ይችላሉ። ይህንን ለማድረግ፣ የተሰየሙትን የተፈቀደ የውክልና ቅጽ ይሙሉ። የቅጹን ቅጂ ለማግኘት 833-717-2273 ላይ ያግኙን።

ምክንያታዊ መጠለያ ወይም እርዳታ

ከፕሮግራሙ ጋር ለመግባባት እንዲረዳዎት ምክንያታዊ መጠለያ ወይም ሌላ እርዳታ ከፈለጉ እባክዎ ያሳውቁን። ጥያቄዎች የሚስተናገዱት በሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና የእርፍት ፈቃድ እንባ ጠባቂ ቢሮ በኩል ነው። መጠለያ ለመጠየቅ፣ ወደ PFMLaccess@esd.wa.gov ኢሜይል ይላኩ ወይም 833-494-2273 ይደውሉ።

Benefit application

የጥቅማጥቅም ማመልከቻ

To apply, provide the required information (*) requested below.		ለማመልከት ከዚህ በታች የተጠየቀውን አስፈላጊውን መረጃ (*) ያቅርቡ።	
Personal information የጤና መረጃ			
First name* የመጀመሪያ ስም* :-		Middle initial የመሃል ስም መነሻ ፊደል :-	
Last name* የአባት ስም* :-			
SSN or ITIN* SSN ወይም ITIN* :-		Date of birth* የልደት ቀን* :-	
Phone number* ስልክ ቁጥር* :-			
Email address የኢሜይል አድራሻ :-			
Preferred contact method* ተመራጭ የመገኛ ዘዴ* :-			
<input type="checkbox"/> Phone ስልክ <input type="checkbox"/> Email ኢሜይል <input type="checkbox"/> Mail ፖስታ			
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* በሰጡት የስልክ ቁጥር ዝርዝር የድምፅ መልእክት መተው እንችላለን?*			
<input type="checkbox"/> Yes አዎ <input type="checkbox"/> No አይ			
When possible, do you prefer to communicate in a language other than English?* ሲቻል ከእንግሊዝኛ ሌላ ቋንቋ መግባባትን ይመርጣሉ?*			
<input type="checkbox"/> Yes አዎ <input type="checkbox"/> No አይ			
What is your preferred language?* ተመራጭ ቋንቋዎ ምንድነው?*			
<input type="checkbox"/> Amharic አማርኛ <input type="checkbox"/> Arabic አረብኛ <input type="checkbox"/> Cambodian (Khmer) ካምቦዲያን <input type="checkbox"/> Chinese ቻይንኛ <input type="checkbox"/> English እንግሊዝኛ <input type="checkbox"/> Farsi ፋርሲ <input type="checkbox"/> Japanese ጃፓንኛ <input type="checkbox"/> Korean ኮሪያኛ <input type="checkbox"/> Laotian ላኦቲያን <input type="checkbox"/> Other. If other, what is your preferred language? ሌላ። ሌላ ካሉ ተመራጭ ቋንቋዎ ምንድነው?		<input type="checkbox"/> Marshallese ማርሻልስ <input type="checkbox"/> Oromo ኦሮሞኛ <input type="checkbox"/> Punjabi ፑንጃቢ <input type="checkbox"/> Russian ራሻኛ <input type="checkbox"/> Somali ሶማልኛ <input type="checkbox"/> Spanish ስፓኒሽ <input type="checkbox"/> Tagalog ታጋሎግ <input type="checkbox"/> Ukrainian ዩክራይንኛ <input type="checkbox"/> Vietnamese ቪየትናሚስ	
Mailing address* የመላኪያ አድራሻ* :-			
City* ከተማ* :-			
State* ግዛት* :-		Zip Code* ዚፕ ኮድ* :-	

Gender* | ፆታ* :-

Female | ሴት Non-binary | ከሁለቱም-ያልሆነ

Male | ወንድ Prefer not to say | አለመናገር እመርጣለሁ

Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* | ከሚከተሉት ውስጥ የእርስዎን ዘር እና/ወይም ጎሳ በተሻለ ሁኔታ የሚገልጸው የትኛው ነው? የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ።*

American Indian or Alaskan Native | አሜሪካ ኢንዲያን ወይም የአላስካ ተወላጅ

Black or African American | ጥቁር ወይም አፍሪካ አሜሪካዊ

Hispanic or Latino/Latina | ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ/ላቲና

Middle Eastern or Arab American | መካከለኛው ምስራቅ ወይም አረብ አሜሪካዊ

Native Hawaiian or Other Pacific Islander | የሃዋይ ተወላጅ ወይም ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ

East Asian | ምስራቅ እስያ

South Asian | ደቡብ እስያ

Southeast Asian | ደቡብ ምስራቅ እስያ

White | ነጭ

Prefer not to say | አለመናገር እመርጣለሁ

Ethnicity and/or race not listed | ዘር እና/ወይም ጎሳ አልተዘረዘረም

Leave information | የእረፍት ፈቃድ መረጃ

Complete sections one OR two. All other sections are required. | አንድ ወይም ሁለት ክፍሎችን ያጠናቅቁ። ሁሉም ሌሎች ክፍሎች ያስፈልጋሉ።

SECTION 1 | ክፍል 1 :-

If you are a parent that is going to or gave birth | ሊወልዱ ያሉ ወይም የወለዱ ወላጅ ከሆኑ:-

Are you taking leave for medical care during pregnancy? | ለእርግዝና ወቅት የህክምና እንክብካቤ ለማግኘት የእረፍት ፈቃድ እየወሰዱ ነው?

Yes | አዎ
 If yes, baby's due date or date of birth | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የማብቂያ ቀን ወይም የትውልድ ቀን:-
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____

No | አይ

Are you taking leave to recover from giving birth? | ከወሊድ ለማገገም ነው ፈቃድ የሚወስዱት?

Yes | አዎ
 If yes, baby's due date or date of birth | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የማብቂያ ቀን ወይም የትውልድ ቀን:-
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____

No | አይ

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | ከእርግዝናዎ ወይም ከወሊድዎ ጋር የተያያዙ ችግሮች እያጋጠሙዎት ነው?

Yes | አዎ

No | አይ

Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | ከአዲሱ ሕፃን ጋር ለመተሳሰር ፈቃድ (በተለምዶ ከህክምና የእረፍት ፈቃድ በኋላ የሚወሰዱ) እየወሰዱ ነው?

Yes | አዎ
 If yes, baby's date of birth | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የልደት ቀን:-
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____

No | አይ

SECTION 2 | ክፍል 2 :-

For all other situations | ለሁሉም ሌሎች ሁኔታዎች :-

Why do you need to take leave? (Choose one) | ለምን የእረፍት ፈቃድ መውሰድ አስፈላጊዎት? (አንዱን ይምረጡ)

- Medical leave for yourself | የሕክምና የእረፍት ፈቃድ ለራስዎ
- Leave to care for a family member | የቤተሰብ አባልን ለመንከባከብ የሚወሰድ የእረፍት ፈቃድ
 If yes, which family member are you taking leave for? | አዎ ካሉ፣ ለየትኛው የቤተሰብ አባል የእረፍት ፈቃድ እየወሰዱ ነው?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ልጅ (የልጅ ባል፣ የልጅ ሚስት)
 - Grandchild | የልጅ ልጅ
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | አያት (ወይም የባል/ሚስት አያት)
 - Parent (or parent of spouse) | ወላጅ (ወይም የትዳር አጋር ወላጅ)
 - Sibling | እህት/ወንድም
 - Spouse | የትዳር አጋር
 - Other | የትዳር አጋር:- _____
- Bonding after the birth of your child | ከልጅዎ መወለድ በኋላ ትስስር መፍጠር
 If yes, child's date of birth | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የልደት ቀን:-
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____
- Bonding after the placement of your foster child | የማደግ ልጅዎ ቦታ ከተመደበለት በኋላ ትስስር ለመፍጠር
 If yes, child's date of placement | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የቦታ ምደባ ቀን:-
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____
- Bonding after the adoption of your child | ከልጅዎ ጉዳፈቻ በኋላ ትስስር መፍጠር
 If yes, child's date of adoption | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የጉዳፈቻ ቀን:-
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____
- Military exigency | የውትድርና ጥሪ
 If yes, which family member are you taking leave for? | አዎ ካሉ፣ ለየትኛው የቤተሰብ አባል ነው የእረፍት ፈቃድ የሚጠይቁት?
 - Child (or son-in-law, daughter-in-law) | ልጅ (የልጅ ባል፣ የልጅ ሚስት)
 - Grandchild | የልጅ ልጅ
 - Grandparent (or grandparent of spouse) | አያት (ወይም የባል/ሚስት አያት)
 - Parent (or parent of spouse) | ወላጅ (ወይም የባል/ሚስት ወላጅ)
 - Sibling | እህት/ወንድም
 - Spouse | የትዳር አጋር
 - Other | ሌላ:- _____

SECTION 3 | ክፍል 3 :-

How long do you expect to be on leave? * | ለምን ያህል ጊዜ በእረፍት ላይ ለመቆየት ያስባሉ? *

Start date (MM/DD/YYYY) | የመጀመሪያ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ):- _____

End date (MM/DD/YYYY) | የመጨረሻ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ):- _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | የእረፍት ፈቃድዎ ከመጀመሩ በፊት የእረፍት ፈቃድ መውሰድ እንዳለብዎት ያውቃሉ?

- Yes | አዎ
- No | አይ

Employment information | የሥራ ቅጥር መረጃ

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.

ለዕረፍት ፈቃድ ብቁ ለመሆን በቂ ሰዓት እንደሰሩ ለማወቅ የእርስዎን የሥራ ቅጥር ታሪክ እንፈልጋለን። እባክዎ ባለፉት 18 ወራት ውስጥ የሰሩበትን እያንዳንዱን ቀጣሪ ይዘርዝሩ። አስፈላጊ ከሆነ ተጨማሪ ገጾችን ያያይዙ።

What is your current employment status?* | ወቅታዊ የሥራ ቅጥር ሁኔታዎ ምንድነው?*

- Full-time salaried employee | የሙሉ ጊዜ ደመወዝተኛ ሠራተኛ
- Hourly or Part-time salaried employee | የሰዓት ወይም የትርፍ ሰዓት ደመወዝተኛ ሰራተኛ
- Unemployed | ሥራ ፈለገ

Employer name* | የቀጣሪ ስም* :-

UBI or FEIN* | UBI ወይም FEIN* :-

Employer phone number* | የአሰሪ ስልክ ቁጥር* :-

Is this your current employer?* | ይህ የአሁኑ ቀጣሪዎ ነው?*

- Yes | አዎ
- No | አይ

Did you notify this employer that you plan to take leave?* | የእረፍት ፈቃድ ለመውሰድ እቅድ እንዳልዎት ለዚህ ቀጣሪ አሳውቀዋል?*

- Yes | አዎ
 If yes, on what date did you notify them? | አዎ ካሉ፣ በየትኛው ቀን አሳውቋቸው?
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____
- No | አይ
- Requirement waived | መስፈርት ተሰርዟል

Employment start date (MM/DD/YYYY)* | የቅጥር የመጀመሪያ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)* :- _____

Employment end date (MM/DD/YYYY) | የቅጥር የመጨረሻ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ):- _____

Employer address* | የአሰሪ አድራሻ* :-

City* | ከተማ* :-

State* | ግዛት* :-

Zip Code* | ዚፕ ኮድ* :-

Employer name* የቀጣሪ ስም* :-	
UBI or FEIN* UBI ወይም FEIN* :-	
Employer phone number* የአሰሪ ስልክ ቁጥር* :-	
Is this your current employer?* ይህ የአሁኑ ቀጣሪዎ ነው?* <input type="checkbox"/> Yes አዎ <input type="checkbox"/> No አይ	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* የእረፍት ፈቃድ ለመውሰድ እቅድ እንዳለዎት ለዚህ ቀጣሪ አሳውቀዋል?*	
<input type="checkbox"/> Yes አዎ If yes, on what date did you notify them? አዎ ካሉ፣ በየትኛው ቀን አሳውቋቸው? (MM/DD/YYYY) (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____ <input type="checkbox"/> No አይ <input type="checkbox"/> Requirement waived መስፈርት ተሰርዟል	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* የቅጥር የመጀመሪያ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)* :- _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) የቅጥር የመጨረሻ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ):- _____	
Employer address* የአሰሪ አድራሻ* :-	
City* ከተማ* :-	
State* ግዛት* :-	Zip Code* ዚፕ ኮድ* :-
Employer name* የቀጣሪ ስም* :-	
UBI or FEIN* UBI ወይም FEIN* :-	
Employer phone number* የአሰሪ ስልክ ቁጥር* :-	
Is this your current employer?* ይህ የአሁኑ ቀጣሪዎ ነው?* <input type="checkbox"/> Yes አዎ <input type="checkbox"/> No አይ	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* የእረፍት ፈቃድ ለመውሰድ እቅድ እንዳለዎት ለዚህ ቀጣሪ አሳውቀዋል?*	
<input type="checkbox"/> Yes አዎ If yes, on what date did you notify them? አዎ ካሉ፣ በየትኛው ቀን አሳውቋቸው? (MM/DD/YYYY) (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____ <input type="checkbox"/> No አይ <input type="checkbox"/> Requirement waived መስፈርት ተሰርዟል	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* የቅጥር የመጀመሪያ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)* :- _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) የቅጥር የመጨረሻ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ):- _____	
Employer address* የአሰሪ አድራሻ* :-	
City* ከተማ* :-	
State* ግዛት* :-	Zip Code* ዚፕ ኮድ* :-

Consent and signature	ፈቃድ እና ፈርማ
<p>Paid Family and Medical Leave may share and receive information about you (or your claim) with other agencies, departments, or your employers. We may need to verify information you provide and may request additional information as needed.</p> <p>If you misrepresent yourself, or knowingly withhold information from us, it will be considered fraud. If you provide inaccurate information, we may deny your benefit application or require that you pay back benefits you were given. You could face fines or criminal prosecution. By signing this document, <i>I consent to the disclosure of my information and have answered the application questions truthfully.</i></p>	<p>የሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና ፈቃድ ስለእርስዎ (ወይም ስለ የይገባኛል ጥያቄዎ) መረጃን ለሌሎች ኤጀንሲዎች፣ ክፍሎች፣ ወይም ለአሰሪዎችዎ ሊያጋራ እና ከእነርሱም ሊቀበል ይችላል። ያቀረቡትን መረጃ ማረጋገጥ ሊኖርብን እና እንደ አስፈላጊነቱ ተጨማሪ መረጃ ልንጠይቅ እንችላለን።</p> <p>ራስዎን በተሳሳተ መንገድ ካቀረቡ ወይም ሆነ ብለው ከእኛ መረጃ ከከለከሉ፣ እንደ ማጭበርበር ይቆጠራል። ትክክለኛ ያልሆነ መረጃ ካቀረቡ፣ የጥቅማጥቅም ማመልከቻዎን ውድቅ ልናደርግ ወይም የተሰጠዎትን ጥቅማጥቅሞች እንዲመልሱ ልንጠይቅ እንችላለን። የገንዘብ ቅጣት ወይም የወንጀል ክስ ሊያጋጥምዎት ይችላል። ይህን ሰነድ በመፈረም፣ መረጃዬን ይፋ ለማድረግ ተስማምቻለሁ እና የማመልከቻውን ጥያቄዎች በእውነት መልስ ሰጥቻለሁ።</p>
<p>Signature* ፈርማ* :-</p>	<p>Date* ቀን* :-</p>
<p>Printed name* የህትመት ስም* :-</p>	

Authorized Representative	ፈቃድ ያለው ተወካይ
<p><i>If the person applying for benefits is unable to sign this form because of a serious health condition or injury, an authorized representative may sign on their behalf, provided they also submit a Designated Authorized Representative form.</i></p>	<p>ለጥቅማጥቅሞች የሚያመለክት ሰው በከባድ የጤና ሁኔታ ወይም ጉዳት ምክንያት ይህንን ቅጽ መፈረም ካልቻለ፣ ፈቃድ ያለው ተወካይ የተፈቀደለት የውክልና ቅጽ እስከቀረቡ ድረስ በስማቸው መፈረም ይችላል።</p>
<p>Authorized representative name ፈቃድ ያለው ተወካይ ስም :-</p>	
<p>Authorized representative signature ፈቃድ ያለው ተወካይ ሰው ፈርማ :-</p>	
<p>Date ቀን:-</p>	
<p>Phone number ስልክ ቁጥር:-</p>	
<p>Email ኢሜይል :-</p>	

የማንነት ማረጋገጫ ሰነዶች

ለሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና እረፍት ተቀባይነት ያላቸው የማንነት ማረጋገጫ ሰነዶች

ከሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና እረፍት ማመልከቻ ጋር የማንነት ማረጋገጫ ሰነዶችን አብረው ማቅረብ ይኖርብዎታል። በተጨማሪም ለየትኛውም የተመደበ ተወካይ ማንነት ማረጋገጫ ሰነዶች መቅረብ አለባቸው። **እባክዎ ከዚህ በታች ከቀረበው ዝርዝር ውስጥ አንድ ለብቻው የተዘጋጀ ሰነድ ወይም ሁለት አማራጭ ሰነዶችን ያቅርቡ።** አረጅናሎችን አይላኩ።

ለብቻቸው የተዘጋጁ ሰነዶች (ከሚከተሉት መካከል አንዱን)

- **ህጋዊ** በዩናይትድ ስቴትስ መንግስት (የፌዴራል ወይም የግዛት) የተሰጠ የማንነት መለያ/መታወቂያ (ማለትም፡ ፓስፖርት፣ የፓስፖርት ካርድ፣ መታወቂያ ካርድ፣ የተሻሻለ ወይም መደበኛ የመንጃ ፍቃድ፣ B1/B2 ቪዛ የድንበር ማቋረጫ ካርድ፣ ወዘተ።)
- **ህጋዊ** የዩናይትድ ስቴትስ የዜግነት እና ኢሚግሬሽን አገልግሎት መታወቂያ፡ ተቀባይነት ያላቸው ቅጾች የሚከተሉት ናቸው፡
 - 1-327 የዩ.ኤስ. መልሶ መግቢያ ፍቃድ የጉዞ ሰነድ
 - 1-571 የዩ.ኤስ የስደተኛ የጉዞ ሰነድ
 - 1-551 የቋሚ ነዋሪነት ካርድ
 - 1-766 የስራ ቅጥር ፍቃድ
- **ህጋዊ** በውጭ አገር መንግስት የተሰጠ የማንነት መለያ/መታወቂያ (ማለትም፡ ፓስፖርት፣ የቆንሰላ መታወቂያ ካርድ፣ ብሄራዊ የመታወቂያ ካርድ ወይም ፊርማ እና ፎቶ የያዘ "cedula"፣ ወዘተ።)
- **ህጋዊ** በፌዴራል እውቅና በተሰጠው የህንድ ጎሳ የተሰጠ የምዝገባ መታወቂያ ካርድ (ፊርማዎን እና ፎቶዎን መያዝ አለበት)
- **ህጋዊ** በዩ.ኤስ. የህንጻውያን ጉዳዮች ቢሮ የተሰጠ መታወቂያ ካርድ (ፊርማዎን እና ፎቶዎን መያዝ አለበት)

አማራጭ/ተለዋጭ ሰነዶች (ከሚከተሉት መካከል ሁለቱ)

- **የአገልግሎት ጊዜው ያበቃ** በዩናይትድ ስቴትስ መንግስት (የፌዴራል ወይም ግዛት) የተሰጠ የማንነት መለያ/መታወቂያ (ማለትም፡ ፓስፖርት፣ የፓስፖርት ካርድ፣ መታወቂያ ካርድ፣ የተሻሻለ ወይም መደበኛ የመንጃ ፍቃድ፣ B1/B2 ቪዛ የድንበር ማቋረጫ ካርድ፣ ወዘተ።)
- **የአገልግሎት ጊዜው ያበቃ** በዩናይትድ ስቴትስ የዜግነት እና ኢሚግሬሽን አገልግሎት የተሰጠ መታወቂያ፡ ተቀባይነት ያላቸው ቅጾች የሚከተሉት ናቸው፡
 - 1-327 የዩ.ኤስ. የመልሶ መግቢያ ፍቃድ የጉዞ ሰነድ
 - 1-571 የዩ.ኤስ የስደተኛ የጉዞ ሰነድ
 - 1-551 የቋሚ ነዋሪነት ካርድ
 - 1-766 የስራ ቅጥር ፍቃድ
- **የአገልግሎት ጊዜው ያበቃ** በውጭ አገር መንግስት የተሰጠ የማንነት መለያ/መታወቂያ (ማለትም፡ ፓስፖርት፣ የቆንሰላ መታወቂያ ካርድ፣ ብሄራዊ የመታወቂያ ካርድ ወይም ፊርማ እና ፎቶዎን የያዘ "cedula"፣ ወዘተ።)
- የጉዳይ ልቻ ወረቀቶች
- የተረጋገጠ የዩ.ኤስ. ወይም የውጭ አገር የልደት ማስረጃ
- የተረጋገጠ የልደት ምዝገባ ካርድ (ስምዎን፣ የትውልድ ቀንዎን፣ የትውልድ ቦታዎን፣ መዝገብዎን፣ ቀን፣ እና የተሰጠበት ቀንን መያዝ አለበት።)
- ህጋዊ ግዛት ወይም አገራዊ ድርጅት የተሰጠ የድብቅ የጦር መሳሪያዎች ፍቃድ
- የቆንሰላ የውጭ አገር ውልደት ሪፖርት
- የፍርድ ቤት ዋርድ የጥገኝነት መግለጫ/ ትዕዛዝ
- በ ግዛት DMV የተሰጠ የክሊራንስ ደብዳቤ ወይም የአሸርካሪነት መዝገብ።
- የተረጋገጠ የፍቺ ድንጋጌ
- የተረጋገጠ የጋብቻ ፍቃድ/ማስረጃ
- የመያ ፍቃድ (የክርስትና፣ ህኪምነት፣ መሀንዲስት፣ ወዘተ።)
- የትምህርት ቤት የትምህርት ማስረጃ ወይም መዝገብ
- ህጋዊ በ ሀገር አቀፍ ደረጃ እውቅና ባለው ኮሌጅ ወይም ዩኒቨርሲቲ የተሰጠ የተማሪ የመታወቂያ ካርድ።
- የጥራት ማረጋገጫ ሰነድ የመታወቂያ ማስረጃ (Transportation Worker Identification Credential, TWIC)
- የተሸርካሪ ምዝገባ ወይም የባለቤትነት ማስረጃ (ፈጣን የባለቤትነት ማስረጃ ተቀባይነት የለውም)
- የመኖሪያ ቤት አገልግሎት ክፍያ (ጋዝ፣ ኤሌክትሪክ፣ ውሀ፣ ቆሻሻ ማንሻሻ የፍላጎት ማስረጃ፣ የመስጫ ሰልክ፣ ቲቪ፣ ኢንተርኔት፣ ISTA)
- የDSHS ጥቅማ ጥቅሞች ደብዳቤ (የህክምና፣ የምግብ፣ ወዘተ።)
- የመኖሪያ ቤት ባለቤትነት ማስረጃ (የቤት ብድር ሰነዶች፣ የንብረት ግብር ሰነዶች፣ የይዞታ ባለቤትነት ማስረጃ፣ ወዘተ።)
- ከ a ግዛት፣ ፌዴራል፣ ጎደል፣ ካውንቲ፣ ወይም የከተማ አስተዳደር ተቋም የተሰጠ የንግድ ስራ መልዕክት።
- ከ ሀገር ውስጥ ገቢዎች አገልግሎት (Internal Revenue Service, IRS) የተሰጠ የግል ግብር መታወቂያ ቁጥር (Individual Tax Identification Number, ITIN) ደብዳቤ
- የመኖሪያ ቤት ባለቤቶች ወይም አክራዮች የመድን ዋስትና ፖሊሲ
- የመኪና መድን ዋስትና ፖሊሲ ወይም ቢል
- የ አሰሪውን ስም እና ስልክ ቁጥር ወይም አድራሻ የያዘ የክፍያ ችክ ወይም የክፍያ ጉዳጅ
- በአሰሪ፣ ወይም በ 1099 የተሰጠ የW-2 ቅጽ
- የቤት ብድር ሰነድ (የክፍያ ውል፣ ወዘተ)

U.S. Bank ReliaCard® Pre-Acquisition Disclosure
 Program Name: Washington Paid Family & Medical Leave

Monthly fee	Per purchase	ATM withdrawal	Cash reload
\$0	\$0	\$0 in-network \$2.50 out-of-network	N/A
ATM Balance Inquiry (in-network or out-of-network)			\$0
Customer Service (automated or live agent)			\$0 per call
Inactivity			\$0
We charge 3 other types of fees. Here are some of them:			
International ATM Withdrawal			\$3.00
International Transaction			3%
No overdraft/credit feature. Your funds are eligible for FDIC insurance.			
For general information about prepaid accounts, visit cfpb.gov/prepaid . Find details and conditions for all fees and services inside the card package or call 1-888-964-0359 or visit usbankreliacard.com .			

U.S. Bank ReliaCard® Fee Schedule

Program Name: Washington Paid Family & Medical Leave

Effective Date: August 2019

All fees	Amount	Details
Get cash		
ATM Withdrawal (in-network)	\$0	This is our fee per withdrawal. "In-network" refers to the U.S. Bank or MoneyPass® ATM networks. Locations can be found at usbank.com/locations or moneypass.com/atm-locator .
ATM Withdrawal (out-of-network)	\$2.50	This is our fee per withdrawal. "Out-of-network" refers to all the ATMs outside of the U.S. Bank or MoneyPass ATM networks. You may also be charged a fee by the ATM operator even if you do not complete a transaction.
Teller Cash Withdrawal	\$0	This is our fee for when you withdraw cash off your card from a teller at a bank or credit union that accepts Visa®.
Information		
ATM Balance Inquiry (in-network)	\$0	This is our fee per inquiry. "In-network" refers to the U.S. Bank or MoneyPass ATM networks. Locations can be found at usbank.com/locations or moneypass.com/atm-locator .
ATM Balance Inquiry (out-of-network)	\$0	This is our fee per inquiry. "Out-of-network" refers to all the ATMs outside of the U.S. Bank or MoneyPass ATM networks. You may also be charged a fee by the ATM operator.
Using your card outside the U.S.		
International Transaction	3%	This is our fee which applies when you use your card for purchases at foreign merchants and for cash withdrawals from foreign ATMs and is a percentage of the transaction dollar amount, after any currency conversion. Some merchant and ATM transactions, even if you and/or the merchant or ATM are located in the United States, are considered foreign transactions under the applicable network rules, and we do not control how these merchants, ATMs and transactions are classified for this purpose.
International ATM Withdrawal	\$3.00	This is our fee per withdrawal. You may also be charged a fee by the ATM operator even if you do not complete a transaction.
Other		
Card Replacement	\$0	This is our fee per replacement of a lost card mailed to you with standard delivery (up to 10 business days).
Card Replacement Expedited Delivery	\$15.00	This is our fee for expedited delivery (up to 3 business days) charged in addition to any Card Replacement fee.

Your funds are eligible for FDIC insurance. Your funds will be held at U.S. Bank National Association, an FDIC-insured institution, and are insured up to \$250,000 by the FDIC in the event U.S. Bank fails. See fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html for details.

No overdraft/credit feature.

Contact Cardholder Services by calling **1-888-964-0359**, by mail at P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 or visit usbankreliacard.com.

For general information about prepaid accounts, visit cfpb.gov/prepaid. If you have a complaint about a prepaid account, call the Consumer Financial Protection Bureau at 1-855-411-2372 or visit cfpb.gov/complaint.