

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 የአረፍት ፈቃድ ማመልከቻ

ከመጀመርዎ በፊት

በመስመር ላይ ለጥቅማጥቅሞች ሲያመለክቱ ሳምንታዊ የጥቅማጥቅሞች የይገባኛል ጥያቄዎችን (በመስመር ላይ ወይም በስልክ) እና የጥቅማጥቅሞችን ክፍያ እንዴት እንደሚቀበሉ (ቀጥታ ወደ ባንክ ሂሳብዎ ወይም በቅድሚያ የተከፈለ ዴቢት ካርድ ማስገባት) መምረጥ 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 በማስገባት 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፣ እባክዎ 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 የእውቂያ መረጃ ክፍል

የእርስዎን ስም፣ የማህበራዊ ዋስትና (SSN)፣ የልደት ቀን እና የእውቂያ መረጃ ያቅርቡ። ያቀረቡት አድራሻ የቅድመ ክፍያ ዴቢት ካርድዎን እና ሌሎች ደብዳቤዎችን የምናልከበት ነው።

የሥራ ቅጥር መረጃ ክፍል

ለእረፍት 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 መምሪያ ድረ-ገጽ (www.DOR.wa.gov) ላይ ያለውን የUBI መፈለጊያ መሳሪያ በመጠቀም ያግኙ።
- የቅጥር የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ቀናት። የአሁኑ ቀጣሪዎ ከሆኑ የመጨረሻውን ቀን ባዶ ይተውት እና የአሁኑ ቀጣሪዎ መሆናቸውን ለማመልከት ሳጥኑ ላይ ምልክት ያድርጉ።

የእረፍት ፈቃድ መረጃ ክፍል

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

ይህን ቅጽ ሌላ ሰው ሊሞላልኝ ይችላል?

ለሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና ፈቃድ ጥቅማ ጥቅሞች ሌላ ግለሰብ እርስዎን ወክሎ እንዲሰራ መፍቀድ ይችላሉ። ይህንን ለማድረግ፣ የተሰየመውን የተፈቀደ የውክልና ቅጽ ይሙሉ። የቅጹን ቅጂ ለማግኘት 833-717-2273 ላይ ያግኙ።

ምክንያታዊ መጠለያ ወይም እርዳታ

ከፕሮግራሙ ጋር ለመግባባት እንዲረዳዎት ምክንያታዊ መጠለያ ወይም ሌላ እርዳታ ከፈለጉ እባክዎ ያሳውቁን። ጥያቄዎች የሚስተናገዱት በሚከፈልበት የቤተሰብ እና የህክምና የእረፍት 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 የመገናኛ 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			
What is your preferred language?* ተመራጭ ቋንቋዎ ምንድነው?			
<input type="checkbox"/> Amharic አማርኛ <input type="checkbox"/> English እንግሊዝኛ <input type="checkbox"/> Other. If other, what is your preferred language and dialect? ሌላ። ሌላ ካሉ የሚመርጡት ቋንቋዎ እና ዘዬ ምንድነው? <hr/>			
Mailing address* የመላኪያ አድራሻ* :-			
City* ከተማ* :-			
State* ግዛት* :-		Zip Code* ዚፕ ኮድ* :-	
Gender* ፆታ* :-			
<input type="checkbox"/> Female ሴት <input type="checkbox"/> Male ወንድ <input type="checkbox"/> Non-binary ከሁለቱም-ያልሆነ <input type="checkbox"/> 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 የማ-በቂያ ቀን ወይም የትውልድ ቀን:-
(MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____
- ☐ No | አይ

Are you taking leave to recover from giving birth? | ከወለድ ለማግኘት ነው ፈቃድ የሚወስዱት?

- ☐ Yes | አዎ
If yes, baby's due date or date of birth | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የማ-በቂያ ቀን ወይም የትውልድ ቀን:-
(MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____
- ☐ No | አይ

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | ከእርግዝናዎ ወይም ከወለድዎ 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 አስፈለገዎት? (አንዱን ይምረጡ)

- ☐ Medical leave for yourself | የሕክምና የእረፍት ፈቃድ ለራስህ
- ☐ 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 የባል/ሚስት ወላጅ)
 - ☐ Sibling | እህት/ወንድም
 - ☐ Spouse | የትዳር አጋር
 - ☐ Other | ሌላ:- _____
- ☐ 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 | የማደጎ 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 ጉዲፈቻ በኋላ ትስስር መፍጠር
 If yes, child's date of adoption | አዎ ካሉ፣ የሕፃኑ የጉዲፈቻ ቀን:-
 (MM/DD/YYYY) | (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) _____
- ☐ Military exigency | የወትድርና 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 የሰራ 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
- ☐ Full-time hourly employee | የሙሉ ጊዜ በሰአት የሚከፈለው ሠራተኛ
- ☐ Part-time salaried employee | የትርፍ ጊዜ ደመወዝተኛ ሠራተኛ
- ☐ Part-time hourly employee | የትርፍ ጊዜ በሰአት የሚከፈለው ሠራተኛ
- ☐ Unemployed | ሥራ ፈላጊ

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?* የአረፍት ፈቃድ ለመውሰድ እቅድ እንዳልዎት 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?* የአረፍት ፈቃድ ለመውሰድ እቅድ እንዳልዎት 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 ፊርማ
<p>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.</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.</p>	<p>ስለእርስዎ ወይም ስለይገባኛል ጥያቄዎ መረጃዎችን ከአሰሪዎችዎ እና እንደ የህጻናት ድጋፍ ክፍል፣ የሰራተኞች ካሳ ወይም የስራ አጥነት ኢንሹራንስ ካሉ ሌሎች ፕሮግራሞች ጋር እናጋራለን እንዲሁም እንቀበላለን። ያቀረቡትን መረጃ ማረጋገጥ ሊኖርብን እና እንደ አስፈላጊነቱ ተጨማሪ መረጃ ልንጠይቅ እንችላለን።</p> <p>ራስዎን በተሳሳተ መንገድ ካቀረቡ ወይም ሆን 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።</p>
Signature* ፊርማ* :-	Date* ቀን* :-
Printed name* የህትመት ስም* :-	

Authorized Representative	ፈቃድ ያለው ተወካይ
<p>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.</p>	<p>ለጥቅማጥቅሞች የሚያመለክት ሰው በከባድ የጤና ሁኔታ ወይም ጉዳት ምክንያት ይህንን ቅጽ መፈረም ካልቻለ፣ ፈቃድ ያለው ተወካይ የተፈቀደለት የውክልና ቅጽ እስካቀረቡ ድረስ በስማችው መፈረም ይችላል።</p>
Authorized representative name ፈቃድ ያለው ተወካይ ስም :-	
Authorized representative signature ፈቃድ ያለው ተወካይ ሰው ፊርማ :-	
Date ቀን:-	
Phone number ስልክ ቁጥር:-	
Email ኢሜይል :-	