

申請假期項目清單

您的帶薪家事和醫療假期項目清單

當您有迫切需要的時候，可以申請帶薪的家事或醫療假。使用此清單幫助您蒐集需要的資訊，並完成申請帶薪假的步驟。

帶薪家事和醫療假期福利指南

帶薪家事和醫療假期福利指南提供申請相關福利和請領每週補助的資訊。也能解釋您的法定權利和義務。申請者有義務知道本指南中的資訊。下載這份指南：paidleave.wa.gov/benefit-guide。

適用所有假期：

為您的雇主提供書面通知並保存一份副本。

- 如果您預先知道將會請假，您應該將書面通知在假期開始前至少三十天交給您的雇主。
- 如果您未預期到需要請帶薪假，盡可能在您知道必須請假時通知雇主。
- 通知可以藉由電子郵件、紙本信件、或文字訊息傳達。記得要保存一份通知副本。

蒐集以下資訊以利申請的進行：

- 社會安全號碼或個人稅務識別號碼。
- 身份驗證文件（見可接受的文件清單）
- 過去 12 個月中，所有曾經雇用您的雇主的清單。

其他請假文件：

您也會需要提出特定的文件，取決於您申請帶薪假的理由。

☐ 醫療假期：

- 如果您是要為自己申請假期，您需要：
 - 重大醫療狀況證明表，由您的健康照護人員提供，或
 - 家庭醫療假法案的相關文件或其他文件由您的健康照護人員提供，能夠證明您的重大健康狀況確實存在。

☐ 家庭假期：

- 如果您是為了自己的家人而申請假期，您需要：
 - 重大醫療狀況證明表，由您家人的健康照護人員提供，或
 - 家庭醫療假法案的相關文件或其他文件，由您家人的健康照護人員提供，能夠證明您家人的重大健康狀況確實存在。

- 如果我們對您的申請有疑慮，可能會要求提供證明家庭關係的文件。
- 如果您請假的目的是為了要生育、領養或接受寄養：
 - 您不需要提供文件證明生育、領養或接受寄養就能申請假期。我們可能會要求相關文件，如果我們對您的申請有疑慮。
- 如果您請假的目的是為了要陪伴因為軍事移防或其他事件的家庭成員，您需要：
 - 相關的職責命令或其他正式軍方文件。和
 - 您可能需要證明家庭關係的文件

身份證明文件

可接受的身份證明文件，用於申請帶薪的家庭和醫療假期

您必須在申請您的帶薪家事和醫療假期時提供身份證明文件。身份證明文件也可以由指定的權責機關提供。請提出一份獨立文件或兩份替代文件，文件必須屬於以下的清單。不要提供原始文件。

獨立文件（以下這些之一）

- **有效的**由美國政府（聯邦或州政府）核發的身份證件（例如護照、護照卡、身份證、增強型或標準駕駛執照，B1/B2 簽證入境卡等）
- **有效的**United States Citizenship and Immigration 身份證件。可接受的表格包括：
 - I-327 美國 旅遊重複入境的許可文件
 - I-571 美國 難民旅遊文件
 - I-551 永久居留卡
 - I-766 聘僱證明
- **有效的**由外國政府核發的身份證明表（例如護照、領事館身份證件或附有簽名和照片的「cedula」等）
- **有效的**註冊 ID 證明，來自被聯邦認可的印地安部落（必須包含您的簽名和照片）
- **有效的**美國 Bureau of Indian Affairs 核發的 ID 卡片（必須包含您的簽名和照片）

替代的文件（兩份，屬於以下這些之一）

- **過期的**由美國政府（聯邦或州政府）核發的身份證件（例如護照、護照卡、身份證、增強型或標準駕駛執照，B1/B2 簽證入境卡等）
- **過期的**United States Citizenship and Immigration 身份證件。可接受的表格包括：
 - I-327 美國 旅遊重複入境的許可文件
 - I-571 美國 難民旅遊文件
 - I-551 永久居留卡
 - I-766 聘僱證明
- **過期的**由外國政府核發的身份證明表（例如護照、領事館身份證件、國民身分證或附有簽名和照片的「cedula」等）
- 領養文件
- 經認證的美國或外國出生證明
- 經認證的出生登記卡（必須包括您的名字、出生的日期、出生的地點、建檔日期和核發日期）
- 有效的隱藏武器許可，由州或國家的主管機關核發
- 領事局的外國出生報告
- 法院的監護人判決／依親的命令
- 清關信件或駕駛紀錄，出自州政府的車輛管理局 (Department of Motor Vehicle, DMV)
- 經驗證的離婚判決
- 經驗證的結婚證書
- 專業證照（護理師、外科醫師、工程師等）
- 學校的成績單
- 有效的學生證明卡，由受國家認可的大學或學院所核發
- 運輸工作者身份證明 (Transportation Worker Identification Credential, TWIC)
- 車輛登記或頭銜（暫時的頭銜無法受理）
- 家庭公用事業帳單（瓦斯、電力、水、垃圾、下水道、市內電話、電視、網路、國際包裝安全運輸協會 (International Safe Transit Association, ISTA)）
- 社會及衛生服務部 (Department of Social and Health Services, DSHS) 補助信件（醫療、食物、等）
- 房產的持有證明（抵押文件、資產稅務文件、契約、頭銜等）
- 商務信件，由州、聯邦、部落、國家或市政府所核發
- 個人稅務識別號碼 (Individual Tax Identification Number, ITIN) 信件，來自內部收益部門 (Internal Revenue Service, IRS)
- 房產持有者或租用者的保險單
- 車輛保險單或帳單
- 支票或薪資單，附有雇主的姓名和電話號碼或地址
- W-2 表格，由雇主提供，或 1099 表格
- 停泊文件（帳單、契約、等）

您的帶薪家事和醫療假期項目清單

在您開始之前

如果您在線上申請補助，可以選擇要如何提出您的每週補助申請（線上或經由電話）以及要如何收受您的補助款（直接轉帳至您的銀行帳戶或經由預付的金融卡）。當您提出書面的補助申請，您會受以下限制：

1. 經由電話提出每週補助請領，撥打 833-717-2273。
2. 收受您的補助款項，經由預付金融卡。

如果您想要將您的每週請領檔案留存在線上，或藉由直接轉帳方式收受您的補助，您必須在線上提出您的申請。請上 www.paidleave.wa.gov 以獲得更多資訊。

帶薪家事和醫療假期福利指南提供申請相關福利和請領每週補助的資訊。也能解釋了您的法定權利和義務。在 paidleave.wa.gov/benefit-guide 下載指南或電洽 833-717-2273 索取紙本。

補助申請說明。

個人和聯絡資訊欄位

提供您的名字、社會安全號碼 (Social Security Number, SSN)，生日和聯絡資訊。我們會按照您提供的地址寄送您的預付金融卡和其他相關物品。

聘僱資訊欄位

我們會使用您提供的資訊以驗證您的工作時數符合要求，能夠申請假期。

- 雇主姓名。您所就職的企業或組織的名稱。

- 統一企業識別碼 (Unified Business Identifier, UBI) 或聯邦雇主識別號碼 (Federal Employer Identification Number, FEIN)。向您的您所就職的企業或組織的名稱。雇主詢問以得知他們的 UBI，或使用 UBI 查詢工具，可在 Department of Revenue 的網站 (www.DOR.wa.gov) 上找到。
- 聘僱開始及結束日期。如果他們是您現在的雇主，將結束日期留白並勾選他們是您現任雇主的格子。

假期資訊欄位

我們會要求關於您的假期申請的資訊，包括您申請的假期（醫療、家事、產後陪伴或領養孩童、或軍事緊急狀況）和您的預期開始和結束日期。

有其他人能夠幫我填寫這張表格嗎？

您可以授權另一位個人代表您申請帶薪家事和醫療假期補助。要這麼做，填寫指定的授權代表表格。致電 833-717-2273 聯絡我們以得到一份此表格。

提出您的申請

將您填寫完畢的申請表、您的身份證明文件和任何其他補充文件（證明有重大健康狀況的文件、指定經授權的代表人表格、等）寄送至：

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

有問題嗎？

如果您有任何問題，請電洽 833-717-2273 聯絡我們或經由 paidleave@esd.wa.gov。

補助申請

第一部份：個人資訊

姓名（名字、中間名、縮寫、姓氏）*：

SSN*：

出生日期*：

電話號碼*：

電子信箱：

偏好的聯絡方式*：

- ☐ 電話
- ☐ 電子郵件
- ☐ 信件

通訊地址*：

性別*：

- ☐ 女
- ☐ 男
- ☐ 非二元性別
- ☐ 不想提供

以下哪一項敘述相對正確地描述您的族裔？勾選所有正確欄位。

- ☐ 白人
- ☐ 黑人，或非裔美國人
- ☐ 美國印地安人或阿拉斯加原住民
- ☐ 南亞人或南亞裔美國人
- ☐ 東亞人或東亞裔美國人
- ☐ 東南亞人或東南亞裔美國人
- ☐ 夏威夷原住民或其他太平洋群島居民
- ☐ 西班牙裔或拉丁裔
- ☐ 中東人或阿拉伯裔美國人
- ☐ 不想提供
- ☐ 其他

* 為必須填寫欄位

第二部分：聘僱資訊

我們需要您的過往聘僱資訊，以決定您的工作時數是否符合請假條件。請列出您曾受雇的每一名雇主，自 **2019 年 1 月 1 日** 起算。

您現在的聘僱狀態為何？ *

- ☐ 全職支薪雇員
- ☐ 兼職或計時雇員
- ☐ 未受聘僱

雇主名稱 *：

UBI 或 FEIN：

這是您現在的雇主嗎？ *

- ☐ 是
- ☐ 否

您是否計畫要向此雇主請假？ *

- ☐ 是
- ☐ 否

您是否已通知此雇主您計畫要請假？ *

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 放棄要求

如果是，您在哪一天通知您的雇主？ * _____

聘僱開始日期 *：

聘僱結束日期：

雇主電話號碼 *：

雇主地址 *：

雇主名稱：

UBI 或 FEIN：

這是您現在的雇主嗎？

- ☐ 是
- ☐ 否

您是否計畫要向此雇主請假？

- ☐ 是
- ☐ 否

您是否已通知此雇主您計畫要請假？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 放棄要求

如果是，您在哪一天通知您的雇主？ _____

聘僱開始日期：

聘僱結束日期：

雇主電話號碼：

雇主地址：

雇主名稱：

UBI 或 FEIN：

這是您現在的雇主嗎？

- ☐ 是
☐ 否

您是否計畫要向此雇主請假？

- ☐ 是
☐ 否

您是否已通知此雇主您計畫要請假？

- ☐ 是
☐ 否
☐ 放棄要求

如果是，您在哪一天通知您的雇主？ _____

聘僱開始日期：

聘僱結束日期：

雇主電話號碼：

雇主地址：

* 為必須填寫欄位

第三部分：假期資訊

選擇您要求的假期類型*：

☐ 自身醫療假期

如果是，您是否因為與懷孕相關的重大健康狀況而無法工作？

☐ 是

☐ 否

☐ 由於家庭成員而請假

如果是，您是為了哪位家庭成員而需要請假？

☐ 雙親（或配偶的雙親）

☐ 配偶

☐ 子女、繼子、繼女

☐ 兄弟姊妹

☐ 孫子女

☐ 祖父母（或配偶的祖父母）

☐ 其他：_____

☐ 出生後的照護或領養一個孩子

如果是，出生或收養的日期：_____

☐ 軍事緊急狀況

您預期會離開多久時間？*

開始日期：_____ 結束日期：_____

您在要求請假的期間是否曾領取或將領取薪資補助或是失業補助金？*

☐ 是

☐ 否

您是否事前知道您會需要請假？*

☐ 是

☐ 否

* 為必須填寫欄位

第四部份：同意和簽名

帶薪家事和醫療假期專責單位可能會與其他部門或您的雇主分享或索取您（或您的申請案）的相關資訊。我們需要驗證您提供的資訊，並可能視情況要求額外資訊。

如果您提供錯誤的資訊、或是刻意向我們隱瞞資訊，將被視為詐騙行為。如果您提供不精確的資訊，我們可能會拒絕您的補助申請或要求您將已經領取的補助繳回。您可能遭受罰款或刑責。

☐ 我同意將我的資訊披露並已正確回答申請案的相關問題。 *

簽名 *：

日期 *：

印刷體姓名 *：

如果補助申請者由於重大健康狀況或傷病而無法簽署此表格，經授權的代表可以代表簽署，條件是要另外提供指定授權 代表人申請表。

經授權的代表人姓名：

經授權的代表人簽名：

日期：

電話號碼：

電子郵件：

* 為必須填寫欄位

Forms for Applying for Paid Family & Medical Leave

STEP 1:

Select the right form

Use the Certification of Serious Health Condition form to apply for:

- Medical leave due to your own serious health condition, including medical leave for complications during pregnancy or to recover from giving birth
- Family leave to take care of a family member with a serious health condition

Use the Certification of Birth form when applying for:

- Family leave to bond with a new child (birth, adoption or foster placement)

STEP 2:

Fill out the form

The person applying for leave completes section one, and their healthcare provider (or their family member's healthcare provider) completes section two. Healthcare provider instructions are included in this packet.

Can someone else complete this form for me?

- You may authorize another individual to act on your behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits by having them complete a Designated Authorized Representative form. Your authorized representative cannot substitute for a healthcare provider in completing section two.
- Contact us at 833- 717-2273 to request a copy of the Designated Authorized Representative form.

STEP 3:

Upload your completed form

Submit your form through your Paid Leave account or include it with your application. You do not need to set up your Paid Leave account before your healthcare provider completes this form.

Questions?

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

Washington
Paid Family & Medical Leave

Instructions for Healthcare Providers

The Certification of Serious Health Condition form is 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 or to care for a family member with a serious health condition.

Healthcare Providers 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:
 - » Continues over an extended period of time, including recurring episodes of a single underlying condition;
 - » Requires periodic visits to a health care provider; 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.

Questions?

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

Washington
Paid Family & Medical Leave

Certification of Serious Health Condition Form

Certification of Serious Health Condition

Instructions: Complete section one of this form, then have your or your family member's healthcare provider complete section two. Please include your name on each page. **Upload both pages to your Paid Leave account, include them with your application, or fax to 833-535-2273.**

Section one: Your information

To be completed by the person applying for leave before having the healthcare provider complete section two

Paid Leave Customer ID number (if known):

Name:

Date of birth: ____/____/____

REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE

☐ **For my own serious health condition**

Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient.

☐ **For medical reasons related to my own pregnancy**

Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient. If applying for family (bonding) leave following the birth of a child, you and your healthcare provider should also fill out the Certification of Birth form.

☐ **To care for a family member during their serious health condition**

The family member needing care is my:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law | <input type="checkbox"/> Sibling |
| <input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner | <input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent |
| <input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent | <input type="checkbox"/> Grandchild |

Instructions: Have your family member's healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing your family member as the patient.

AUTHORIZATION AND SIGNATURES

I authorize Paid Family and Medical Leave to use the information on this form to determine my eligibility for paid family or medical leave benefits and I attest that I am applying for Paid Leave due to my own serious health condition or to take care of a family member with a serious health condition.

Signature (required):

Date:

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.

Authorized representative name:

Signature:

Date:

Certification of Serious Health Condition Form

Name of person applying for leave: _____

Instructions: Answer all questions fully and completely. Limit your responses to the condition for which the person applying for Paid Leave is seeking leave. Please be sure to sign the form. **Return to patient or fax to 833-535-2273.**

Section two: Description of the serious health condition

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010

Patient's name: _____

Date of birth: ____/____/____

Does the patient have a serious health condition? (as defined in RCW 50A.05.010)

☐ No ☐ Yes. If yes, provide a brief description of the diagnosis: _____

Is the patient pregnant or recovering from giving birth?

☐ No ☐ Yes. Expected due date: ____/____/____ or Child's date of birth: ____/____/____

If yes, is the patient experiencing a pregnancy-related serious health condition?

This can include but is not limited to severe morning sickness, prenatal complications resulting in bedrest, preeclampsia, infections or recovery after a cesarean delivery or other postnatal complications.

☐ Yes ☐ No

What is the expected duration of the serious health condition?

Your answer should be your best estimate based upon your medical knowledge, experience and examination of the patient. Be as specific as you can; terms such as "unknown," or "indeterminate" may not be sufficient to determine Paid Leave eligibility.

Start date: ____/____/____

End date: ____/____/____ or ☐ **Condition is chronic or permanent**

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

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" [RCW 50A.05.010], and that I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].

Signature (required): _____ **Date (required):** ____/____/____

Name and title (required): _____

Certificate license number and state: (required): _____

License area/area of practice (required): _____

Business name (required): _____

Address: (required): _____

Phone number (required): _____

Email address: _____

Certification of Birth Form

Who should use this form?

Parents applying for bonding leave following the birth of a child. If you are applying for family leave to bond with your child, you must provide documentation showing your child's date of birth. Documentation can include any one of the following documents:

- A copy of your child's birth certificate,
- A copy of documentation from the hospital showing your child's date of birth, or
- This form completed and signed by a healthcare provider.

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.

Instructions: Provide the name and date of birth of the parent that gave birth; include their Paid Leave Customer ID number (if known). Provide the other parent's information if they are applying for leave. Have a healthcare provider complete and sign the certification of birth section. Documentation is required for each family leave application.

Parent's information

To be completed by the parent(s) applying for leave

Information about parent that gave birth (required):

Name: _____

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

Information about the other parent (optional):

Name: _____

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

Certification of birth

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010 to certify the date of birth in order for the applicant to qualify for family leave under Paid Family and Medical Leave. Please be sure to sign the form.

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

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

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.

Signature (required): _____ **Date (required):** ____ / ____ / ____

Name and title *(required)*: _____

Certificate license number and state: _____

License area/area of practice *(required)* _____

Business name *(required)*: _____

Address: _____

Phone number: _____

Email address: _____

Upload this form to your Paid Leave account, include it with your application, or fax it to 833-535-2273.

U.S. Bank ReliaCard® 領卡前披露事項
計劃名稱：Washington Paid Family & Medical Leave

服務可能僅以英文提供。

您可以選擇接收款項的方式， 包括直接存入您的銀行帳戶或此預付卡。 請洽詢您的機構，瞭解可用選項並選擇收款方式。			
月費 \$0	每次購物 \$0	ATM 提款 \$0 網內 \$2.50 網外	現金儲值 不適用
ATM 餘額查詢（網內或網外）			\$0
客戶服務（自動回覆或即時客服）			每通電話 \$0
閒置			\$0
我們還收取另外 3 種費用。其中一種為：			
卡片換發（標準或加急寄送）			\$0 或 \$15.00
請參閱隨附的費用明細表，瞭解免費取用資金和餘額資訊的方法。			
無透支／信貸功能。 您的資金符合 FDIC 保險資格。			
如需瞭解預付帳戶的一般資訊，請前往 cfpb.gov/prepaid （英文）。 如需瞭解所有費用和服務的詳細資訊與條件，請參閱卡片文件包內資訊，亦可致電 1-888-964-0359 ，或前往 usbankreliacard.com （英文）。			

U.S. Bank ReliaCard® 費用明細表

計劃名稱：Washington Paid Family & Medical Leave

所有費用	金額	詳細資訊
提領現金		
ATM 提款（網內）	\$0	每次提款的費用。「網內」意指 U.S. Bank 或 MoneyPass® ATM 網絡。服務據點請見 usbank.com/locations （英文）或 moneypass.com/atm-locator.html （英文）。
ATM 提款（網外）	\$2.50	每次提款的費用。「網外」意指 U.S. Bank 或 MoneyPass ATM 網絡外的所有 ATM。即便您並未完成交易，ATM 廠商仍可能向您收取費用。
臨櫃提領現金	\$0	您在接受 Visa® 之銀行或信用合作社的櫃檯，請櫃檯人員從您的卡片提領現金時，我們會收取的費用。
資訊		
ATM 餘額查詢（網內）	\$0	每次查詢的費用。「網內」意指 U.S. Bank 或 MoneyPass ATM 網絡。服務據點請見 usbank.com/locations （英文）或 moneypass.com/atm-locator.html （英文）。
ATM 餘額查詢（網外）	\$0	每次查詢的費用。「網外」意指 U.S. Bank 或 MoneyPass ATM 網絡外的所有 ATM。ATM 廠商可能也會向您收取費用。
在美國境外使用您的卡片。		
國際交易	3%	您在國外商家使用卡片購物，或從國外 ATM 提領現金時，我們會收取的費用，以匯率換算後的交易美元金額比例計算。即使您和／或商家或 ATM 位於美國，部分交易仍會根據適用網路規則，以境外交易處理；且我們不會因此目的而控管這些商家、ATM 及交易的分類方式。
國際 ATM 提款	\$3.00	每次提款的費用。即便您並未完成交易，ATM 廠商仍可能向您收取費用。
其他		
卡片換發	\$0	每次換卡的費用，卡片會以標準郵寄方式寄給您（最長 10 個營業日）。
換卡加急寄送	\$15.00	此為任何換卡費用之外另加收的加急寄送（最長 3 個營業日）費用。
閒置	\$0	如果您當月未使用卡片完成交易，我們就會收取此費用。

雖然此通訊內容係以繁體中文提供，爾後 U.S. Bank 的通訊，以及與您合約協議、揭露、通知及聲明、網際網路與行動銀行服務相關之文件可能僅提供英文版。您須能閱讀並瞭解這些文件，或者具備相關的翻譯輔助，以便瞭解及使用本產品或服務。英文文件可應要求提供。

您的資金符合 FDIC 保險資格。您的資金會由 U.S. Bank National Association（此機構由 FDIC 承保）持有，若 U.S. Bank 失去支付能力，FDIC 會承兌您的資金，最高為 \$250,000。詳細資訊請見 fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html（英文）。

無透支／信貸功能。

如需聯絡持卡人服務部，請致電 1-888-964-0359、寄信至 P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255，或前往 usbankreliacard.com（英文）。

如需瞭解預付帳戶的一般資訊，請前往 cfpb.gov/prepaid（英文）。如果您想就預付帳戶事宜提出投訴，請致電消費者金融保護局（Consumer Financial Protection Bureau），電話為：1-855-411-2372，或前往 cfpb.gov/complaint（英文）。

CR-19647221