فهرست بررسی درخواست مرخصی

فهرست بررسی مرخصی خانوادگی یا استعلاجی با حقوق

«مرخصی خانوادگی یا استعلاجی با حقوق» اینجاست تا وقتی بیشترین نیاز را به آن دارید به کمک شما بیاید. از این فهرست بررسی برای جمع‌آوری اطلاعات و دنبال کردن مراحل لازم برای درخواست مرخصی با حقوق استفاده کنید.

راهنمای استفاده از امتیاز مرخصی خانوادگی یا استعلاجی با حقوق
«راهنمای استفاده از امتیاز مرخصی خانوادگی یا استعلاجی با حقوق» اطلاعاتی درخصوص نحوه درخواست این امتیازها و ارسال مطالبات هفتگی دراختیار شما قرار می‌دهد. این راهنما همچنین توضیح می‌دهد چه حقوق و مسئولیت‌هایی تحت قانون دارید. دانستن اطلاعات ارائه‌شده در این راهنما مسئولیت متقاضیان به‌حساب می‌آید. این راهنما را در نشانی paidleave.wa.gov/benefit-guide دانلود کنید.

برای همه مرخصی‌ها:
اطلاعیه کتبی به کارفرمای خود بدهید و نسخه‌ای از آن را نزد خود نگه دارید.

- اگر پیشاپیش از نیاز خود به مرخصی اطلاع دارید، حداقل 30 روز قبل از تاریخ شروع مرخصی، اطلاعیه کتبی را به کارفرما بدهید.
- اگر به‌طور غیرمنتظره به مرخصی با حقوق نیاز پیدا کردید، به‌محض اطلاع از این نیاز به کارفرمای خود اطلاع بدهید.
- این اطلاعیه کتبی می‌تواند در قالب ایمیل، نامه یا پیام متنی باشد. حتماً نسخه‌ای از آن را ذخیره کنید.

هنگام درخواست دادن به این اطلاعات نیاز خواهید داشت:

- شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی شخص حقیقی مالیات‌دهنده.
- مدارک تأیید هویت (فهرست مدارک پذیرفته‌شده را ببینید)
- فهرست همه کارفرمایانی که در 12 ماه گذشته نزد آن‌ها کار کرده‌اید.

سایر مدارک لازم برای مرخصی:
هنگام ارائه درخواست خود، بسته به دلیل نیاز به مرخصی با حقوق، باید مدارک خاص دیگری نیز ارائه کنید:

- ☐ **مرخصی استعلاجی:**
  - **اگر از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنید، باید این مدارک را ارائه بدهید:**
    - فرم «گواهی وضعیت جدی سلامتی» که توسط ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی تکمیل شده باشد، یا
    - فرم‌های اداری «قانون مرخصی خانوادگی یا استعلاجی» یا فرم‌های دیگری از ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی که بتواند وجود وضعیت جدی سلامتی در شما را تأیید کند.
- ☐ **مرخصی خانوادگی:**
  - **اگر مرخصی شما به‌دلیل مشکل یکی از اعضای خانواده‌تان است، باید این مدارک را ارائه بدهید:**
    - فرم «گواهی وضعیت جدی سلامتی» که توسط ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی تکمیل شده باشد، یا
    - فرم‌های اداری «قانون مرخصی خانوادگی یا استعلاجی» یا فرم‌های دیگری از ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی که بتواند وجود وضعیت جدی سلامتی را تأیید کند.

- اگر سؤالی درباره درخواستتان داشته باشیم، ممکن است مدارکی از نسبت خانوادگی‌تان با آن فرد درخواست کنیم.

- **اگر مرخصی شما به‌دلیل به‌دنیا آمدن فرزند، فرزندخواندگی دائم یا فرزندخواندگی موقتی (foster parent) باشد:**
  - برای درخواست مرخصی با هدف گردهم آمدن خانواده و برقراری پیوند با عضو جدید، نیازی به ارائه مدرک برای اثبات تولد، فرزندخواندگی یا سرپرستی موقت ندارید. اگر سؤالی درباره درخواستتان داشته باشیم، ممکن است این مدارک را درخواست کنیم.

- **اگر به‌دلیل رویداد یا اعزام نظامی عضوی از خانواده نیاز به گرفتن مرخصی و سپری کردن اوقاتی نزد او داشته باشید، باید این مدارک را ارائه بدهید:**
  - مدارک حکم فعال (ابلاغ‌شده) یا دیگر مدارک رسمی نظامی، و
  - ممکن است به مدارک نسبت خانوادگی نیز نیاز داشته باشید

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

مدارک تأیید هویت

ارائه مدارک تأیید هویت همراه با درخواست «مرخصی خانوادگی و استعلاجی با حقوق» الزامی است. ارائه اسناد تأیید هویت برای نماینده مجاز تعیین‌شده نیز الزامی است. لطفاً یکی از مدارک مستقل (واحد) «یا» دو مدرک جایگزین دیگر از فهرست زیر را ارائه کنید. مدارک اصلی را ارسال نکنید.

مدارک مستقل (ارسال یکی از این مدارک کافی است)

- مدرک شناسایی معتبر صادرشده توسط دولت ایالات متحده (فدرال یا ایالتی)، یعنی گذرنامه، کارت گذرنامه، کارت شناسایی، گواهینامه رانندگی استاندارد یا پیشرفته، کارت روادید مرزی B1/B2، و غیره.
- کارت شناسایی معتبر خدمات شهروندی و مهاجرتی ایالات متحده. فرم‌های قابل‌قبول این موارد هستند:
  - مجوز سفر پناهنده ایالات متحده I-571
  - مجوز اشتغال I-766
  - مجوز ورود مجدد به ایالات متحده I-327
  - کارت اقامت دائم I-551
- مدرک شناسایی معتبر صادرشده ازسوی دولت خارجی (گذرنامه، کارت شناسایی کنسولی، کارت شناسایی ملی یا «cedula» دارای امضا و عکس و غیره.
- کارت معتبر عضویت در یکی از قبیله‌های سرخ‌پوستی به‌رسمیت‌شناخته‌شده در دولت فدرال (باید حاوی امضا و عکس شما باشد)
- کارت شناسایی معتبر صادرشده ازسوی اداره امور سرخ‌پوستان آمریکا (باید حاوی امضا و عکس شما باشد)

مدارک جایگزین (دو مدرک از این گروه باید ارائه شود)

- مدرک شناسایی منقضی‌شده که توسط دولت ایالات متحده (فدرال یا ایالتی) صادرشده است، یعنی گذرنامه، کارت گذرنامه، کارت شناسایی، گواهینامه رانندگی استاندارد یا پیشرفته، کارت روادید مرزی B1/B2، و غیره.
- کارت شناسایی منقضی‌شده خدمات شهروندی و مهاجرتی ایالات متحده. فرم‌های قابل‌قبول این موارد هستند:
  - مجوز سفر پناهنده ایالات متحده I-571
  - مجوز اشتغال I-766
  - مجوز ورود مجدد به ایالات متحده I-327
  - کارت اقامت دائم I-551
- مدرک شناسایی منقضی‌شده که توسط دولت خارجی صادر شده باشد (گذرنامه، کارت شناسایی کنسولی، کارت شناسایی ملی یا «cedula» دارای امضا و عکس و غیره).
- مدارک فرزندخواندگی
- گواهی معتبر تولد از ایالات متحده یا کشوری دیگر
- کارت معتبر ثبت تولد (باید حاوی نام، تاریخ تولد، مکان تولد، تاریخ ثبت و تاریخ صدور باشد)
- مجوز معتبر حمل سلاح مخفی که توسط سازمانی ایالتی یا شهری صادر شده باشد
- گزارش کنسولی از تولد در کشوری دیگر
- قیومت تحت حکم دادگاه/ حکم وابستگی
- ترخیص‌نامه یا سوابق رانندگی از «اداره وسایل نقلیه موتوری» (DMV) ایالتی
- حکم طلاق رسمی
- گواهی/ مجوز رسمی ازدواج
- مجوز حرفه‌ای (پرستار، پزشک، مهندس و غیره)
- کارنامه یا سوابق تحصیلی
- کارت دانشجویی معتبر که توسط یکی از کالج‌ها یا دانشگاه‌های مجاز ملی صادر شده باشد
- مدارک شناسایی کارگر حوزه حمل‌ونقل (TWIC)
- مدرک ثبت یا حق مالکیت یا استفاده از خودرو (حق مالکیت فوری پذیرفته نمی‌شود)
- قبض خدماتی منزل (گاز، برق، آب، زباله، فاضلاب، تلفن ثابت، تلویزیون، اینترنت، ISTA)
- نامه مزایای DSHS (پزشکی، غذایی، غیره)
- سند مالکیت خانه (رهن‌نامه، اسناد مالیاتی دارایی، سند مالکیت، قباله حق مالکیت و غیره)

- نامه اداری (کاری) ازسوی نهاد ایالتی، فدرال، کانتی یا شهری
- نامه «شماره شناسایی شخص حقیقی مالیات‌دهنده» (ITIN) از سازمان «خدمات درآمد داخلی» (IRS)
- بیمه‌نامه مالک یا مستأجر خانه
- بیمه‌نامه یا قبض وسیله نقلیه
- چک یا فیش پرداخت یا حقوق حاوی نام، شماره تلفن و نشانی کارفرما
- فرم W-2 از کارفرما یا فرم 1099
- اسناد عوارض مهار (موراژ) شامل قبض، قرارداد و غیره

Washington Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

درخواست مرخصی خانوادگی یا استعلاجی با حقوق

پیش‌از شروع

وقتی به‌صورت آنلاین برای دریافت مزایا درخواست می‌دهید، می‌توانید نحوه ارسال مطالبات هفتگی (آنلاین یا تلفنی) و نحوه دریافت مساعدت‌های پرداخت‌شده (واریز مستقیم به حساب بانکی یا به‌صورت کارت نقدی پیش‌پرداخت) را انتخاب کنید. اگر ازطریق فرم کاغذی، درخواست خود را ارائه دهید، به این موارد محدود می‌شوید:

1. باید مطالبات هفتگی را به‌صورت تلفنی ازطریق تماس با شماره 2273-717-833 ارائه کنید.
2. پرداخت‌ها را به‌صورت کارت نقدی پیش‌پرداخت دریافت خواهید کرد.

اگر می‌خواهید مطالبات هفتگی را آنلاین ارائه کنید یا پرداخت‌ها را به‌صورت واریز مستقیم به حساب بانکی دریافت کنید، باید درخواست خود را به‌صورت آنلاین ارسال کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به www.paidleave.wa.gov مراجعه کنید.

«راهنمای استفاده از امتیاز مرخصی خانوادگی یا استعلاجی با حقوق» اطلاعاتی درخصوص نحوه درخواست این امتیازها و ارسال مطالبات هفتگی دراختیار شما قرار می‌دهد. این راهنما همچنین توضیح می‌دهد چه حقوق و مسئولیت‌هایی تحت قانون دارید. می‌توانید با رفتن به نشانی paidleave.wa.gov/benefit-guide این راهنما را دانلود کنید یا با تماس گرفتن با شماره 833-717-2273، نسخه‌ای چاپی از آن را درخواست کنید.

دستورالعمل‌های درخواست مزایا

بخش اطلاعات شخصی و اطلاعات تماس

نام، شماره تأمین اجتماعی (SSN)، تاریخ تولد و اطلاعات تماستان را ارائه دهید. از نشانی ارائه‌شده برای پست کردن کارت نقدی پیش‌پرداخت و مکاتبات دیگر استفاده می‌کنیم.

بخش اطلاعات اشتغال

به کمک اطلاعاتی که ارائه می‌دهید تأیید می‌کنیم که آیا بنابر تعداد ساعاتی که کار کرده‌اید واجدشرایط مرخصی هستید یا خیر.

- نام کارفرما. نام کسب‌وکار یا سازمانی که در آن کار می‌کردید.

- شناسه یکپارچه کسب»وکار» (UBI) یا «شماره شناسایی فدرال کارفرما» (FEIN). UBI کارفرما را از خود کارفرما دریافت کنید یا به‌کمک ابزار جستجوی UBI در وب‌سایت «اداره درآمد» (www.DOR.wa.gov)، آن را پیدا کنید.
- تاریخ شروع و پایان اشتغال. اگر این کارفرما، کارفرمای فعلی شما است، تاریخ پایان را خالی بگذارید و کادر مربوطه را علامت بزنید تا این موضوع مشخص شود.

بخش اطلاعات مرخصی

اطلاعاتی درباره تقاضای مرخصی‌تان درخواست می‌کنیم، شامل نوع مرخصی مدنظرتان (استعلاجی، خانوادگی، پیوند خانوادگی بعداز تولد فرزند یا فرزندخواندگی یا ضرورت نظامی) و تاریخ شروع و پایان موردانتظار.

آیا فرد دیگری می‌تواند این فرم را به‌جای من تکمیل کند؟

می‌توانید به فرد دیگری اجازه بدهید به‌نمایندگی از شما برای درخواست مزایای مرخصی خانوادگی و استعلاجی با حقوق عمل کند. برای این کار، فرم «نماینده تعیین‌شده مجاز» را تکمیل کنید. برای دریافت نسخه‌ای از این فرم، ازطریق شماره 833-717-2273 با ما تماس بگیرید.

ارسال درخواست

درخواست‌نامه تکمیل‌شده، نسخه‌های مدارک شناسایی و سایر مدارک حمایت‌کننده (گواهی وضعیت جدی سلامتی، فرم نماینده کجاز تعیین‌شده و غیره) را به این نشانی پست کنید:

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

سؤالی دارید؟

اگر سؤالی دارید، لطفاً ازطریق شماره 833-717-2273 یا نشانی ایمیل paidleave@esd.wa.gov با ما تماس بگیرید.

Washington Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

درخواست مزایا

بخش یک: اطلاعات شخصی
نام (نام، حرف اول نام میانی، نام خانوادگی)*:
شماره تأمین اجتماعی (**SSN**)*:
تاریخ تولد*:
شماره تلفن*:
نشانی ایمیل:
روش ترجیحی تماس با شما*: ☐ تلفن ☐ ایمیل ☐ پست
نشانی پستی*: ____________________ ____________________ ____________________ ____________________
جنسیت*: ☐ زن ☐ مرد ☐ جنسیت غیردودویی ☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم
کدام یک از موارد زیر بهترین توصیف از قومیت شما است؟ همه گزینه‌هایی را که برای شما صدق می‌کند علامت بزنید. ☐ سفیدپوست ☐ سیاه‌پوست یا سیاه‌پوست آمریکایی ☐ سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا ☐ آسیای جنوبی یا آسیای جنوبی-آمریکایی ☐ آسیای شرقی یا آسیای شرقی-آمریکایی ☐ آسیای جنوب شرقی یا آسیای جنوب شرقی-آمریکایی ☐ بومی هاوایی یا مردم جزایر اقیانوس آرام ☐ هیسپانیک یا لاتین ☐ خاورمیانه یا عرب‌های آمریکایی ☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم ☐ قومیتی دیگر

* پاسخ به این قسمت‌ها الزامی است

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

بخش دو: اطلاعات اشتغال

برای تعیین اینکه آیا بنابر تعداد ساعاتی که کار کرده‌اید واجدشرایط مرخصی هستید یا خیر، لازم است سابقه اشتغال شما را بدانیم. لطفاً همه کارفرمایانی را که از **1** ژانویه **2019** برای آن‌ها کار کرده‌اید فهرست کنید.

درحال‌حاضر، وضعیت اشتغال شما چیست؟*
- ☐ کارمند تمام‌وقت دارای حقوق مشخص
- ☐ کارمند پاره‌وقت یا ساعتی
- ☐ بیکار

نام کارفرما*:

UBI یا **FEIN**:

آیا این کارفرما، کارفرمای فعلی شما است؟*
- ☐ بله
- ☐ خیر

آیا قصد دارید از این کارفرما مرخصی بگیرید؟*
- ☐ بله
- ☐ خیر

آیا به این کارفرما اطلاع داده‌اید که قصد دارید مرخصی بگیرید؟
- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ الزام چشم‌پوشی شد

درصورت پاسخ «بله»، در چه تاریخی به کارفرما اطلاع دادید؟* ________________

تاریخ پایان اشتغال:	تاریخ شروع اشتغال*:

شماره تلفن کارفرما*: ____

نشانی کارفرما*: ____

____

____

نام کارفرما:

UBI یا **FEIN**:

آیا این کارفرما، کارفرمای فعلی شما است؟
- ☐ بله
- ☐ خیر

آیا قصد دارید از این کارفرما مرخصی بگیرید؟
- ☐ بله
- ☐ خیر

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

آیا به این کارفرما اطلاع داده‌اید که قصد دارید مرخصی بگیرید؟
- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ الزام چشم‌پوشی شد

درصورت پاسخ «بله»، در چه تاریخی به کارفرما اطلاع دادید؟ ________________

تاریخ پایان اشتغال:	تاریخ شروع اشتغال:
شماره تلفن کارفرما:	
نشانی کارفرما:	
نام کارفرما:	
UBI یا **FEIN**:	

آیا این کارفرما، کارفرمای فعلی شما است؟
- ☐ بله
- ☐ خیر

آیا قصد دارید از این کارفرما مرخصی بگیرید؟
- ☐ بله
- ☐ خیر

آیا به این کارفرما اطلاع داده‌اید که قصد دارید مرخصی بگیرید؟
- ☐ بله
- ☐ خیر
- ☐ الزام چشم‌پوشی شد

درصورت پاسخ «بله»، در چه تاریخی به کارفرما اطلاع دادید؟ ________________

تاریخ پایان اشتغال:	تاریخ شروع اشتغال:
شماره تلفن کارفرما:	

نشانی کارفرما:____
____
____
____

* پاسخ به این قسمت‌ها الزامی است

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

بخش سه: اطلاعات مربوط به مرخصی

نوع مرخصی درخواست‌شده را انتخاب کنید*:

☐ استعلاجی پزشکی برای خودم

درصورت پاسخ «بله»، آیا به‌دلیل وضعیت جدی سلامتی مرتبط با بارداری قادر به کار کردن نیستید؟

☐ بله

☐ خیر

☐ مرخصی برای مراقبت از یکی از اعضای خانواده

درصورت پاسخ «بله»، برای کدام عضو خانواده به مرخصی نیاز دارید؟

☐ پدر یا مادر (یا پدر یا مادر همسر)

☐ همسر

☐ فرزند، عروس، داماد

☐ خواهر یا برادر

☐ نوه

☐ پدربزرگ یا مادربزرگ (یا پدربزرگ یا مادربزرگ همسر)

☐ عضوی دیگر: ___________________________

☐ پیوند خانوادگی بعداز تولد فرزند یا فرزندخواندگی

درصورت پاسخ «بله»، تاریخ تولد فرزند یا پیوستن فرزندخوانده به خانواده: _______

☐ ضرورت نظامی

انتظار دارید مرخصی‌تان چقدر طول بکشد؟*

تاریخ شروع:______________________ تاریخ پایان: ______________________

آیا برای مدتی که درخواست مرخصی کرده‌اید، غرامت کارمندی یا مزایای بیمه بیکاری دریافت کرده‌اید یا دریافت خواهید کرد؟*

☐ بله

☐ خیر

آیا ازقبل می‌دانستید به مرخصی نیاز دارید؟*

☐ بله

☐ خیر

* پاسخ به این قسمت‌ها الزامی است

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

بخش چهار: رضایت‌نامه و امضا	
بخش «مرخصی خانوادگی و استعلاجی با حقوق» ممکن است اطلاعاتی درباره شما (یا مطالبه شما) از سازمان‌ها، ادارات یا کارفرمایان دریافت کند یا اطلاعاتی درباره شما (یا مطالبه شما) با آن‌ها به‌اشتراک بگذارد. ممکن است لازم باشد اطلاعاتی را که به ما ارائه می‌دهید به‌تأیید برسانیم و ممکن است درصورت لزوم، اطلاعات تکمیلی درخواست کنیم. اگر هویت خود را جعل کنید (القای شبهه) یا آگاهانه اطلاعاتی را از ما پنهان کنید، کلاهبرداری به‌حساب می‌آید. اگر اطلاعات نادرست ارائه کنید، ممکن است درخواست شما را نپذیریم یا شما را ملزم به پس دادن مزایایی که دریافت کرده‌اید کنیم. ممکن است با جریمه یا پیگرد کیفری روبرو شوید. ϒ اعلام می‌کنم که با افشای اطلاعاتم موافقم و صادقانه به سؤالات درخواست‌نامه پاسخ داده‌ام.*	
تاریخ*:	امضا*:
نام چاپی یا دست‌نویس*:	
اگر فرد درخواست‌کننده مزایا به‌دلیل وضعیت یا جراحت حاد جسمانی قادر به امضای این فرم نباشد، نماینده مجاز می‌تواند به نیابت از او این فرم را امضا کند، به این شرط که فرم «نماینده مجاز تعیین‌شده» نیز ارائه شود.	
نام نماینده مجاز:	
تاریخ:	امضای نماینده مجاز:
شماره تلفن:	
ایمیل:	

* پاسخ به این قسمت‌ها الزامی است

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.

Washington Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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:

- ☐ Child, son-in-law, daughter-in-law
- ☐ Spouse or registered domestic partner
- ☐ Parent or spouse's parent
- ☐ Sibling
- ☐ Grandparent or spouse's grandparent
- ☐ 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:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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: ________________________________

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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.

افشای U.S. Bank ReliaCard® Pre-Acquisition
نام برنامه: مرخصی باحقوق خانوادگی و پزشکی واشنگتن

خدمات ممکن است فقط به انگلیسی در دسترس باشند.

شما درباره زمان دریافت پرداخت‌های خود
شامل واریز مستقیم به حساب بانکی یا این کارت پیش پرداختی، حق انتخاب دارید.
از آژانس خود بخواهید گزینه‌های موجود را به شما بگوید تا یکی را انتخاب کنید.

هزینه ماهیانه	بابت هر خرید	برداشت از عابربست	بارگذاری نقدی مجدد
0$	**0$**	**0$** درون شبکه **2.50$** خارج از شبکه	**N/A**

درخواست موجودی از عابربانک (در شبکه یا خارج از شبکه)	0$
خدمات مشتریان (نماینده ماشینی یا زنده)	0$ به ازای هر تماس
عدم فعالیت	0$

ما 3 نوع کارمزد دیگر دریافت می‌کنیم. یکی از آنها:

کارت جایگزین (تحویل استاندارد یا فوری)	0$ یا 15.00$

در رابطه با روش‌های رایگان دسترسی به اطلاعات وجوه و موجودی خود، جدول هزینه پیوست را ببینید.

فاقد سرویس اضافه برداشت/اعتبار.
وجوه شما واجد شرایط بیمه FDIC است.

برای دریافت اطلاعات عمومی درباره حساب‌های از پیش پرداخت شده، از *cfpb.gov/prepaid* (به انگلیسی) بازدید کنید.
برای دریافت جزییات و شرایط مربوط به همه کارمزدها و خدمات در بسته کارت با **1-888-964-0359** تماس‌بگیرید یا به **usbankreliacard.com** (به زبان انگلیسی) مراجعه کنید.

جدول هزینه U.S. Bank ReliaCard®
نام برنامه: مرخصی باحقوق خانوادگی و پزشکی واشنگتن

همه هزینه‌ها	مبلغ	جزئیات
دریافت پول نقد		
برداشت از عابربانک یا خودپرداز (داخل شبکه)	0$	این هزینه ما برای هر برداشت است. «داخل شبکه» به شبکه‌های عابربانک U.S. Bank یا MoneyPass® اطلاق می‌شود. **مکان‌ها را می‌توانید در** *usbank.com/locations* (به انگلیسی) یا *moneypass.com/atm-locator.html* (به انگلیسی) بیابید.
برداشت از عابربانک یا خودپرداز (خارج از شبکه)	2.50$	این هزینه ما برای هر برداشت است. «خارج از شبکه» به همه عابربانکهای خارج از شبکه های U.S. Bank یا MoneyPass اطلاق می‌شود. حتی در صورت عدم تکمیل یک تراکنش، ممکن است اپراتور عابربانک از شما هزینه دریافت کند.
برداشت نقدی از طریق متصدی باجه	0$	این هزینه برداشت نقدی از کارت از طریق یک متصدی باجه در بانک یا اتحادیه اعتباری است که Visa® قبول می‌کند.
اطلاعات		
درخواست موجودی از عابربانک یا خودپرداز (در شبکه)	0$	این هزینه هر درخواست است. «داخل شبکه» به شبکه‌های عابربانک U.S. Bank یا MoneyPass اطلاق می‌شود. **مکان‌ها را می‌توانید در** *usbank.com/locations* (به انگلیسی) یا *moneypass.com/atm-locator.html* (به انگلیسی) بیابید.
درخواست موجودی از عابربانک (خارج از شبکه)	0$	این هزینه هر درخواست است. «خارج از شبکه» به معنی همه عابربانک‌های خارج از شبکه‌های U.S. Bank یا MoneyPass است. ممکن است اپراتور عابربانک نیز هزینه‌ای دریافت کند.
استفاده از کارتتان در خارج از ایالات متحده		
تراکنش بین‌المللی	%3	این هزینه زمانی اعمال می‌شود که شما از کارت خود برای خرید در پذیرنده‌های خارجی و برداشت نقدی از عابربانک‌های خارجی استفاده می‌کنید و درصدی از مبلغ دلاری تراکنش بعد از تبدیل ارز است. حتی اگر شما و/یا پذیرنده یا خودپرداز در داخل ایالات متحده باشید، طبق قوانین شبکه، بعضی تراکنش‌ها، تراکنش خارجی محسوب می‌شوند و ما کنترلی بر روش طبقه‌بندی این پذیرنده‌ها، عابربانک‌ها و تراکنش‌ها نداریم.
برداشت از خودپرداز بین‌المللی	3.00$	این هزینه ما برای هر برداشت است. ممکن است حتی در صورت عدم تکمیل یک تراکنش، شما بابت استفاده از اپراتور عابربانک مشمول هزینه شوید.
سایر		
جایگزینی کارت	0$	این هزینه ما برای کارت جایگزین ارسالی توسط پست از طریق پست عادی است (تا 10 روز کاری).
تحویل سریع کارت جایگزین	15.00$	این هزینه تحویل سریع (تا 3 روز کاری) است که علاوه بر هزینه جایگزینی کارت دریافت میشود.
عدم فعالیت	0$	این هزینه‌ای است که ما هر ماه در صورتی دریافت می‌کنیم که شما تراکنشی با استفاده از کارت انجام نداده باشید.

اگرچه این ارتباطات به زبان فارسی ارایه شده است، ارتباطات U.S. Bank و اسناد مربوط به موافقتنامه‌های قراردادی، افشا، اعلامیه‌ها، بیانیه‌ها، خدمات بانکداری اینترنتی و همراه ممکن است فقط به زبان انگلیسی باشند. شما باید قادر به خواندن و تفهیم این اسناد باشید یا برای ترجمه آنها کمک بگیرید تا این محصول یا خدمت را فهمیده و استفاده کنید. اسناد انگلیسی حسب درخواست موجود هستند.

وجوه شما واجد شرایط بیمه FDIC است. جوه شما در U.S. Bank National Association، یک موسسه تحت بیمه FDIC نگهداری شده و وجوه در صورت قصور U.S. Bank تا 250000 دلار بیمه دارند. برای دریافت جزئیات، *fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html* را ببینید.

فاقد سرویس اضافه برداشت/اعتبار
از طریق شماره **1-888-964-0359** با خدمات دارندگان کارت تماس بگیرید یا از طریق P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 مکاتبه کرده یا از ***usbankreliacard.com*** (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

برای دریافت اطلاعات عمومی درباره حساب‌های از پیش پرداخت شده، از *cfpb.gov/prepaid* (به انگلیسی) بازدید کنید. اگر شکایتی درباره یک حساب از پیش پرداخت شده دارید، با دفتر حفاظت مالی مشتری به شماره 1-855-411-2372 تماس گرفته یا از *cfpb.gov/complaint* (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

CR-1947221

ReliaCard توسط U.S. Bank National Association پیرو مجوز Visa U.S.A. Inc. © 2021 U.S. Bank صادر شده است. Member FDIC.