

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.

پیش از شروع

هنگام درخواست برای مزایا به صورت آنلاین، می‌توانید انتخاب کنید که چگونه مطالبات مزایای هفتگی خود را تسلیم کنید (آنلاین یا از طریق تلفن) و چگونه پرداخت‌های مربوط به مزایای خود را دریافت کنید (واریز مستقیم به حساب بانکی خودتان یا به یک کارت نقدی پیش‌پرداخت). وقتی از طریق یک درخواست کاغذی برای مزایای خود درخواست می‌دهید، محدود به موارد زیر خواهید بود:

1. ارائه ادعاهای مربوط به مطالبه مزایای هفتگی از طریق تماس با شماره تلفن 2273-717-833.
2. دریافت پرداخت‌های مربوط به مزایای خود از طریق یک کارت دبییت از پیش‌پرداخت‌شده.

اگر می‌خواهید مطالبات هفتگی خود را به صورت آنلاین ثبت کنید یا مزایای خود را از طریق واریز مستقیم به حساب بانکی دریافت کنید، باید درخواست خود را به صورت آنلاین تسلیم کنید. برای اطلاعات بیشتر، به نشانی www.paidleave.wa.gov رجوع کنید.

در «راهنمای مزایای مرخصی خانوادگی و استعلاجی باحقوق» اطلاعاتی درباره نحوه درخواست مزایا و تسلیم ادعاهای مربوط به مطالبات هفتگی ارائه شده است. همچنین، در این راهنما، حقوق و مسئولیت‌های شما طبق قانون توضیح داده شده است. راهنمای مذکور را از نشانی www.paidleave.wa.gov/benefit-guide دانلود کنید یا از طریق شماره 2273-717-833، یک نسخه از آن را درخواست نمایید.

تسلیم درخواست خود

درخواست تکمیل شده، کپی‌های مدارک شناسایی، و کلیه اسناد اثبات‌کننده ادعاهای خود (گواهی وضعیت بهداشت جدی، فرم نماینده مجاز تعیین‌شده، و غیره) را به نشانی زیر ارسال کنید:

اداره امنیت استخدام
مرخصی خانوادگی و استعلاجی باحقوق
صندوق پستی 19020
Olympia, WA 98507-0020

پرسشی دارید؟

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره 833-717-2273 یا نشانی ایمیل paidleave@esd.wa.gov با ما تماس بگیرید. ما از دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8:30 صبح تا 4:30 بعدازظهر در دسترس هستیم.

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.

دستورالعمل‌های درخواست برای مزایا

قسمت اطلاعات شخصی و تماس

نام، شماره تأمین اجتماعی (Social Security Number, SSN)، تاریخ تولد، و اطلاعات تماس خود را ارائه دهید. نشانی که ارائه می‌دهید جایی است که ما کارت دبیت از پیش پرداخت‌شده شما و سایر مکاتبات را به آن ارسال می‌کنیم.

قسمت اطلاعات استخدامی

ما از اطلاعاتی که ارائه می‌دهید برای بررسی و تأیید ساعات کار کافی شما جهت احراز صلاحیت‌تان برای مرخصی استفاده خواهیم کرد.

- نام کارفرما. نام کسب‌وکار یا سازمانی که برای آن کار می‌کردید.
- شناسه تجاری یکپارچه (Unified Business Identifier, UBI) یا شماره شناسایی کارفرمای فدرال (Federal Employer Identification Number, FEIN). UBI کارفرمای خود را از او بپرسید، یا با استفاده از ابزار جستجوی آن را (www.DOR.wa.gov) در وبسایت اداره درآمد UBI بیابید.
- تاریخ‌های شروع و پایان استخدام شما. اگر کارفرمای موردنظر کارفرمای فعلی شما است، تاریخ پایان را خالی بگذارید و مربع کنار گزاره‌ای که نشان می‌دهد وی کارفرمای فعلی شما است را تیک بزنید.

قسمت اطلاعات مرخصی

ما از شما خواهیم خواست که اطلاعاتی را درباره درخواست مرخصی، از جمله نوع مرخصی که تقاضا کرده‌اید (استعلاجی، خانوادگی، پیوند پس از تولد یا پذیرش فرزند، یا الزامات نظامی) و تاریخ‌های شروع و پایان انتظار مورد انتظاران ارائه دهید.

آیا شخص دیگری می‌تواند این فرم را برای من تکمیل کند؟

می‌توانید به شخص دیگری اجازه دهید که به نمایندگی از شما، برای اهداف مربوط به مزایای مرخصی استعلاجی و خانوادگی باحقوق اقدام نماید. برای این منظور، باید فرم «نماینده مجاز تعیین‌شده» را تکمیل کنید. برای دریافت یک نسخه از این فرم، از طریق شماره 833-717-2273 با ما تماس بگیرید.

امکانات یا کمک‌های منطقی

اگر برای تسهیل در تعامل با برنامه ما، به امکانات منطقی یا سایر یا کمک‌های معقول نیاز دارید، لطفاً به ما اطلاع دهید. رسیدگی به درخواست‌ها از طریق «دفتر امیودزمان مرخصی خانوادگی یا استعلاجی باحقوق» (Office of the Paid Family and Medical Leave Ombuds) انجام می‌شود. برای درخواست امکانات منطقی، از طریق ایمیل به نشانی PFMLaccess@esd.wa.gov یا شماره تلفن 833-494-2273، تماس بگیرید.

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.

درخواست مزایا

Benefit application

برای درخواست، اطلاعات موردنیاز (*) درخواست شده در زیر را ارائه دهید.	To apply, provide the required information (*) requested below.
اطلاعات شخصی Personal information	
First name* نام کوچک *	Middle initial حرف اول نام وسط :
Last name* نام خانوادگی *	
SSN or ITIN* SSN یا ITIN *	Date of birth* تاریخ تولد *
Phone number* شماره تلفن *	
Email address نشانی ایمیل:	
Preferred contact method* روش تماس ترجیحی *: ☐ Phone تلفن ☐ Email ایمیل ☐ Mail نامه	
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* صوتی مفصل را از طریق شماره تلفنی که ارائه کردید، بگذاریم؟* ☐ Yes بله ☐ No خیر	
What is your preferred language?* زبان ترجیحی شما چیست؟* ☐ English انگلیسی ☐ Farsi فارسی ☐ Other. If other, what is your preferred language and dialect? ذکر کنید؟ سایر. اگر زبان و لهجه ترجیحی شما غیر از اینها است، آنها را	
Mailing address* نشانی پستی *:	
City* شهر *:	
State* ایالت *:	Zip Code* کد پستی *:
Gender* جنسیت *: ☐ Female زن ☐ Male مرد ☐ Non-binary غیردوگانه ☐ Prefer not to say ترجیح می‌دهم نگویم	

*Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply. کدامیک از موارد زیر

قومیت و/یا نژاد شما را بهتر توصیف می‌کند؟ همه موارد مربوط را علامت بزنید.

- ☐ American Indian or Alaskan Native | سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
- ☐ Black or African American | سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی
- ☐ Hispanic or Latino/Latina | اسپانیایی یا لاتینو/لاتین‌تبار
- ☐ Middle Eastern or Arab American | خاورمیانه‌ای یا آمریکایی عرب‌تبار
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander | بومی اهل هاوایی یا سایر سکنه جزایر پاسیفیک
- ☐ East Asian | شرق آسیا
- ☐ South Asian | جنوب آسیا
- ☐ Southeast Asian | جنوب شرق آسیا
- ☐ White | سفیدپوست
- ☐ Prefer not to say | ترجیح می‌دهم نگویم
- ☐ Ethnicity and/or race not listed | قومیت و/یا نژاد ذکر نشده است

Leave information | اطلاعات مرخصی

/ Complete sections one OR two. All other sections are required
قسمت‌های یک یا دو را کامل کنید. تمام قسمت‌های دیگر الزامی است.

SECTION 1 | قسمت 1 :

If you are a parent that is going to or gave birth | اگر مادری هستید که قصد زایمان دارد یا زایمان کرده:

Are you taking leave for medical care during pregnancy? آیا برای مراقبت‌های پزشکی دوران بارداری مرخصی می‌گیرید؟

Yes | بله ☐

If yes, baby's due date or date of birth | اگر بله، تاریخ زایمان یا تاریخ تولد نوزاد:

(MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال)

No | خیر ☐

Are you taking leave to recover from giving birth? آیا برای نقاهت پس از زایمان مرخصی می‌گیرید؟

Yes | بله ☐

If yes, baby's due date or date of birth | اگر بله، تاریخ زایمان یا تاریخ تولد نوزاد:

(MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال)

No | خیر ☐

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? آیا عوارض مربوط به بارداری یا زایمان را

تجربه می‌کنید؟

Yes | بله ☐

No | خیر ☐

Are you taking leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? آیا برای پیوند با نوزاد

جدید خود مرخصی می‌گیرید (معمولاً بعد از مرخصی پزشکی گرفته می‌شود)؟

Yes | بله ☐

If yes, baby's date of birth | اگر بله، تاریخ تولد نوزاد:

(MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال)

No | خیر ☐

SECTION 2 | قسمت 2 :

For all other situations | برای تمام موقعیت های دیگر :

Why do you need to take leave? (Choose one) | چرا باید مرخصی بگیرید؟ (یکی را انتخاب کنید)

- ☐ Medical leave for yourself | مرخصی پزشکی برای خودتان
- ☐ Leave to care for a family member | مرخصی برای مراقبت از یکی از اعضای خانواده
- If yes, which family member are you taking leave for? | اگر بله، برای کدام عضو خانواده مرخصی می‌گیرید؟**
- ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | فرزند (یا داماد، عروس)
- ☐ Grandchild | نوه
- ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | پدربزرگ و مادربزرگ (یا پدربزرگ و مادربزرگ همسر)
- ☐ Parent (or parent of spouse) | والدین (یا والدین همسر)
- ☐ Sibling | خواهر و برادر
- ☐ Spouse | همسر
- ☐ Other | همسر: _____

☐ Bonding after the birth of your child | پیوند پس از تولد فرزندتان

If yes, child's date of birth | اگر بله، تاریخ تولد فرزند:

_____(MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال)

☐ Bonding after the placement of your foster child | پیوند پس از شروع سرپرستی فرزندخوانده شما

If yes, child's date of placement | اگر بله، تاریخ شروع سرپرستی:

_____(MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال)

☐ Bonding after the adoption of your child | پیوند بعد از فرزندخواندگی

If yes, child's date of adoption | اگر بله، تاریخ فرزندخواندگی:

_____(MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال)

☐ Military exigency | **لزامات نظامی**

If yes, which family member are you taking leave for? | اگر بله، برای کدام عضو خانواده مرخصی

می‌گیرید؟

- ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | فرزند (یا داماد، عروس)
- ☐ Grandchild | نوه
- ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | پدربزرگ یا مادربزرگ (یا پدربزرگ و مادربزرگ همسر)
- ☐ Parent (or parent of spouse) | پدر یا مادر (یا پدر یا مادر همسر)
- ☐ Sibling | خواهر یا برادر
- ☐ Spouse | همسر
- ☐ Other | سایر: _____

SECTION 3 | قسمت 3 :

How long do you expect to be on leave? * | انتظار دارید چه مدت در مرخصی باشید؟*

Start date (MM/DD/YYYY) | تاریخ شروع (ماه/روز/سال): _____

End date (MM/DD/YYYY) | تاریخ پایان (ماه/روز/سال): _____

Did you know you would need to take leave before your leave started? | آیا می‌دانستید که باید قبل از شروع مرخصی،

مرخصی بگیرید؟

☐ Yes | بله

☐ No | خیر

اطلاعات استخدامی Employment information	
ما به سابقه شغلی‌تان نیاز داریم تا ببینیم که آیا شما تعداد ساعت کافی کار کرده‌اید تا واجد شرایط گرفتن مرخصی باشید. لطفاً نام کلیه کارفرمایانی که طی 18 ماه گذشته برای آنها کار کرده‌اید را ذکر کنید. در صورت نیاز، صفحات دیگری را پیوست کنید.	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.
What is your current employment status?* وضعیت اشتغال فعلی شما چیست؟* ☐ Full-time salaried employee کارمند تمام‌وقت حقوق‌بگیر ☐ Fill-time hourly employee کارمند پاره‌وقت یا ساعتی ☐ Part-time salaried employee کارمند پاره‌وقت حقوق‌بگیر ☐ Part-time hourly employee کارمند پاره‌وقت ساعتی ☐ Unemployed بیکار	
Employer name* نام کارفرما* :	
UBI یا FEIN* : UBI or FEIN*	
Employer phone number* شماره‌تلفن کارفرما* :	
Is this your current employer?* آیا این کارفرمای فعلی شما است؟* ☐ Yes بله ☐ No خیر	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* آیا به این کارفرما اطلاع دادید که قصد دارید مرخصی بگیرید؟* ☐ Yes بله If yes, on what date did you notify them? (MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال) _____ ☐ No خیر Requirement waived الزام لغو شد ☐	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* تاریخ شروع استخدام (ماه/روز/سال)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY) تاریخ پایان استخدام (ماه/روز/سال)* : _____	
Employer address* نشانی کارفرما* : City* شهر* :	
Zip Code* کد پستی* :	State* ایالت* :

Employer name* نام کارفرما* :	
UBI or FEIN* UBI یا FEIN* :	
Employer phone number* شماره تلفن کارفرما* :	
Is this your current employer?* آیا این کارفرمای فعلی شما است؟* Yes بله ☐ No خیر ☐	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* آیا به این کارفرما اطلاع دادید که قصد دارید مرخصی بگیرید؟* Yes بله ☐ If yes, on what date did you notify them? اگر بله، در چه تاریخی به وی اطلاع دادید؟ (MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال) _____ No خیر ☐ Requirement waived الزام لغو شد ☐	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* تاریخ شروع استخدام (ماه/روز/سال)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY)* تاریخ پایان استخدام (ماه/روز/سال)* : _____	
Employer address* نشانی کارفرما* :	
City* شهر* :	
State* ایالت* :	Zip Code* کد پستی* :
Employer name* نام کارفرما* :	
UBI or FEIN* UBI یا FEIN* :	
Employer phone number* شماره تلفن کارفرما* :	
Is this your current employer?* آیا این کارفرمای فعلی شما است؟* Yes بله ☐ No خیر ☐	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* آیا به این کارفرما اطلاع دادید که قصد دارید مرخصی بگیرید؟* Yes بله ☐ If yes, on what date did you notify them? اگر بله، در چه تاریخی به وی اطلاع دادید؟ (MM/DD/YYYY) (ماه/روز/سال) _____ No خیر ☐ Requirement waived الزام لغو شد ☐	
Employment start date (MM/DD/YYYY)* تاریخ شروع استخدام (ماه/روز/سال)* : _____	
Employment end date (MM/DD/YYYY)* تاریخ پایان استخدام (ماه/روز/سال)* : _____	
Employer address* نشانی کارفرما* :	
City* شهر* :	
State* ایالت* :	Zip Code* کد پستی* :

رضایت و امضا	Consent and signature
ما اطلاعات مربوط به شما یا مطالبه شما را با کارفرمایان و سایر برنامه‌ها، مانند «بخش حمایت از کودکان»، «غرامت کارگران» یا «بیمه بیکاری»، به اشتراک می‌گذاریم و یا چنین اطلاعاتی را از آنها دریافت می‌کنیم. ممکن است لازم باشد اطلاعاتی را که به ما ارائه می‌دهید به تأیید برسانیم؛ و ممکن است در صورت لزوم، اطلاعات تکمیلی را درخواست کنیم. اگر درباره خودتان اطلاعات نادرست بدهید، یا آگاهانه اطلاعاتی را از ما پنهان کنید، این کار کلاهبرداری محسوب خواهد شد. اگر اطلاعاتی نادرست ارائه دهید، ممکن است درخواست مزایای شما را رد کنیم یا از شما بخواهیم که مزایایی را که به شما اعطا شده است بازپرداخت کنید. ممکن است با جرمه یا پیگرد کیفری روبرو شوید.	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.
Date* تاریخ :	Signature* امضا :
Printed name* نام با حروف بزرگ و خوانا :	

نماینده مجاز	Authorized Representative
اگر شخصی که مزایا را درخواست کرده نتواند این فرم را به دلیل بیماری یا آسیب جدی امضا کند، یک نماینده مجاز می‌تواند از طرف او امضا کند، به شرطی که فرم نماینده مجاز تعیین شده را نیز ارائه کند.	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 نام نماینده مجاز :	
Authorized representative signature امضای نماینده مجاز :	
Date تاریخ :	
Phone number شماره تلفن :	
Email ایمیل :	