

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA SOLICITAR EL PERMISO

Su lista de verificación para el permiso de cuidado pagado

El permiso de cuidado pagado está disponible para cuando más lo necesita. Consulte esta lista de verificación para recopilar la información y seguir los pasos necesarios para solicitar un permiso de cuidado pagado.

GUÍA DE BENEFICIOS DEL PERMISO DE CUIDADO PAGADO

La Guía de beneficios del permiso de cuidado pagado brinda información sobre cómo solicitar beneficios y presentar reclamaciones semanales. Además, explica sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley. Los solicitantes son responsables de conocer la información de esta guía. Puede descargar la guía en paidleave.wa.gov/benefit-guide.

PARA TODOS LOS PERMISOS:

Entregue a su empleador un aviso por escrito y guarde una copia.

- Si sabe que se tomará un permiso con anticipación, notifique por escrito a su empleador al menos 30 días antes de que comience el permiso.
- Si necesita tomarse un permiso de cuidado pagado de manera imprevista, notifique a su empleador por escrito tan pronto como sepa que necesitará tomarse el permiso.
- Puede hacerlo por correo electrónico, carta o texto. Asegúrese de guardar una copia.

Reúna la siguiente información necesaria para presentar la solicitud:

- Número de seguro social o número de identificación de contribuyente individual.
- Documentos de verificación de identidad (consultar la lista de documentos válidos)
- Lista de todos los empleadores para los que ha trabajado durante los últimos 12 meses.

OTROS DOCUMENTOS PARA EL PERMISO:

También deberá presentar documentos específicos cuando presente la solicitud, en función del motivo por el que solicita el permiso de cuidado pagado.

PERMISO DE CUIDADO PERSONAL:

- **Si se tomará un permiso para cuidarse a usted mismo, necesitará lo siguiente:**
 - Formulario de certificación de afección grave completado por su proveedor de atención médica; o
 - Documentación de la Ley de licencia familiar y médica u otra documentación de su proveedor de atención médica que pueda certificar la existencia de su afección médica grave.

- **PERMISO DE CUIDADO FAMILIAR:**
 - **Si se tomará un permiso para cuidar de un familiar, necesitará lo siguiente:**
 - Formulario de certificación de afección grave completado por el proveedor de atención médica de su familiar; o
 - Documentación de la Ley de licencia familiar y médica u otra documentación del proveedor de atención médica de su familiar que pueda certificar la existencia de su afección médica grave.
 - Podemos solicitar documentación del parentesco familiar si tenemos alguna duda sobre su solicitud.
 - **Si se toma un permiso por el nacimiento de un hijo, adopción o porque se convertirá en padre adoptivo:**
 - No es necesario que proporcione documentación para demostrar el nacimiento, la adopción o la colocación para solicitar un permiso para crear lazos con el niño. Podemos solicitarla en caso de que tengamos alguna duda sobre su solicitud.
 - **Si se toma un permiso para pasar tiempo con un familiar debido a un despliegue o evento militar, necesitará lo siguiente:**
 - Órdenes de servicio activo u otra documentación militar formal.
 - Es posible que deba presentar documentación del parentesco familiar

DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD

Documentos de identificación válidos para el permiso de cuidado pagado

Debe proporcionar documentos de verificación de identificación junto con su solicitud de permiso de cuidado pagado. Los documentos de verificación de identificación también se deben proporcionar en caso de tener un representante designado autorizado. **Envíe un documento individual O dos documentos alternativos de la lista a continuación.** No envíe originales.

Documentos individuales (uno de estos)

- Formulario de identificación **válido** emitido por el gobierno de los Estados Unidos (federal o estatal) (es decir, pasaporte, tarjeta de pasaporte, tarjeta de identificación, licencia de conducir mejorada o estándar, tarjeta de cruce fronterizo, Visa B1/B2, etc.)
- Identificación **válida** del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos. Los formularios válidos son los siguientes:
 - Documento de viaje llamado Permiso de Reingreso a EE. UU. I-327
 - Tarjeta de residencia permanente I-551
 - Documento de viaje para refugiados de EE. UU. I-571
 - Autorización de empleo I-766
- Formulario de identificación **válido** emitido por un gobierno extranjero (es decir, pasaporte, documento de identidad consular, tarjeta de identificación nacional o "cédula" con firma y fotografía, etc.).
- Tarjeta de identificación de inscripción **válida** de una tribu india reconocida a nivel federal (debe incluir su firma y foto).
- Tarjeta de identificación **válida** emitida por la Oficina de Asuntos Indígenas de EE. UU. (debe incluir su firma y foto).

Documentos alternativos (dos de estos)

- Formulario de identificación **vencido** emitido por el gobierno de los Estados Unidos (federal o estatal) (es decir, pasaporte, tarjeta de pasaporte, tarjeta de identificación, licencia de conducir mejorada o estándar, tarjeta de cruce fronterizo, Visa B1/B2, etc.).
- Identificación **vencida** del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos. Los formularios válidos son los siguientes:
 - Documento de viaje llamado Permiso de Reingreso a EE. UU. I-327
 - Tarjeta de residencia permanente I-551
 - Documento de viaje para refugiados de EE. UU. I-571
 - Autorización de empleo I-766
- Formulario de identificación **vencido** emitido por un gobierno extranjero (es decir, pasaporte, documento de identidad consular, tarjeta de identificación nacional o "cédula" con firma y fotografía, etc.).
- Documentos de adopción.
- Certificado de nacimiento estadounidense o extranjero acreditado.
- Tarjeta de registro de nacimiento certificada (debe incluir su nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, fecha del archivo y fecha de emisión).
- Permiso válido para portar armas ocultas emitido por un organismo estatal o del condado.
- Informe consular de nacimiento en el extranjero.
- Decreto de tutela judicial/orden de dependencia.
- Carta de autorización o registro de conducir de un Departamento De Vehículos Motorizados (DMV) de un estado.
- Decreto de divorcio certificado.
- Certificado/licencia de matrimonio acreditado.
- Licencia profesional (enfermero, médico, ingeniero, etc.).
- Expediente o registro académico.
- Tarjeta de identificación de estudiante válida emitida por un instituto de enseñanza superior o universidad acreditada a nivel nacional.
- Credencial de identificación de trabajador de transporte (Transportation Worker Identification Credential, TWIC).
- Registro o título de un vehículo (no se acepta un título rápido).
- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, agua, basura, alcantarillado, teléfono fijo, televisión, internet, ISTA).
- Carta de beneficios del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services, DSHS) (beneficios médicos, de alimentos, etc.).
- Constancia de propiedad de la vivienda (documentos de la hipoteca, documentos de impuestos a la propiedad, escritura, título, etc.).
- Correo comercial de una entidad gubernamental estatal, federal, tribal, del condado o de la ciudad.
- Carta del número de identificación de contribuyente individual (Individual Taxpayer Identification Number, ITIN) del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).
- Póliza de seguro de propietarios o inquilinos.
- Factura o póliza de seguro de automóviles.
- Cheque de nómina o recibo de sueldo con el nombre y el número de teléfono o dirección del empleador.
- Formulario W-2 de un empleador o formulario 1099.
- Documento que demuestre que vive en una embarcación (factura, contrato, etc.).

Solicitud de permiso de cuidado pagado

Antes de comenzar

Cuando solicita beneficios en línea, puede elegir cómo presentar sus reclamaciones de beneficios semanales (en línea o por teléfono) y cómo recibir sus pagos de beneficios (depósito directo en su cuenta bancaria o en una tarjeta de débito prepaga). Cuando solicita beneficios mediante una solicitud en papel, está limitado a lo siguiente:

1. Enviar reclamaciones de beneficios semanales por teléfono al 833-717-2273.
2. Recibir sus pagos de beneficios en una tarjeta de débito prepaga.

Si desea presentar sus reclamaciones semanales en línea o recibir sus pagos de beneficios mediante depósito directo, debe enviar su solicitud en línea. Para obtener más información, ingrese a www.paidleave.wa.gov.

La Guía de beneficios del permiso de cuidado pagado brinda información sobre cómo solicitar beneficios y presentar reclamaciones semanales. Además, explica sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley. Puede descargar la guía en paidleave.wa.gov/benefit-guide o solicitar una copia al 833-717-2273.

Instrucciones para preparar la solicitud de beneficios

Sección de información personal y de contacto

Proporcione su nombre, número de Seguro Social (Social Security Number, SSN), fecha de nacimiento e información de contacto. Le enviaremos su tarjeta de débito prepaga y otra correspondencia a la dirección que proporcione.

Sección de información sobre el empleo

Utilizaremos la información que nos proporcione para confirmar que ha trabajado la cantidad suficiente de horas para ser elegible para tomarse el permiso.

- Nombre del empleador. El nombre de la empresa u organización para la que trabajó.
- Identificador comercial unificado (Unified Business Identifier, UBI) o número de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN). Puede pedirle el UBI a su empleador o utilizar la herramienta de búsqueda de UBI en el sitio web del Departamento de Ingresos (www.DOR.wa.gov).
- Fechas de inicio y finalización del empleo. Si actualmente trabaja para dicho empleador, deje la fecha de finalización en blanco y marque la casilla para indicar que es su empleador actual.

Sección de información sobre el permiso

Le pediremos información sobre su solicitud del permiso, incluido el tipo de permiso que solicita (cuidado personal, cuidado familiar, para crear lazos afectivos con el recién nacido o por colocación de un niño, o deber militar) y sus fechas de inicio y finalización previstas.

¿Alguien más puede completar este formulario por mí?

Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre a los efectos de los beneficios del permiso de cuidado pagado. Para hacerlo, complete el formulario de Representante autorizado designado. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con nosotros al 833-717-2273.

Cómo enviar su solicitud

Envíe su solicitud completa, copias de sus documentos de identificación y cualquier otro documento de apoyo (certificado de una afección de salud grave, formulario de representante autorizado designado, etc.) a:

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

¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 833-717-2273 o paidleave@esd.wa.gov.

Solicitud de beneficios

Sección uno: Información personal	
Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*:	
SSN::	
Fecha de nacimiento*:	
Número de teléfono*:	
Dirección de correo electrónico:	
Método de contacto preferido*:	
<input type="checkbox"/> Teléfono	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Correo	
Dirección postal*: _____	

Sexo*:	
<input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Masculino	
<input type="checkbox"/> No binario	
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su ascendencia étnica? Marque todas las opciones que correspondan.	
<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> De Asia del Sur o estadounidense con orígenes en el sur de Asia	
<input type="checkbox"/> De Asia del Este o estadounidense con orígenes en el este de Asia	
<input type="checkbox"/> Del Sudeste Asiático o estadounidense con orígenes en el sudeste de Asia	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Hispano o latinx	
<input type="checkbox"/> De Oriente Medio o estadounidense con orígenes árabes	
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Otro	

* Indica campo obligatorio

Sección dos: Información sobre el empleo

Necesitamos obtener su historial de empleo para determinar si ha trabajado la cantidad suficiente de horas para calificar para recibir la licencia. Indique cada empleador para el que ha trabajado desde el 1 de enero de 2019.

¿Cuál es su estado laboral actual?*

- Empleado asalariado a tiempo completo
- Empleado a tiempo parcial o por hora
- Desempleado

Nombre del empleador*:

UBI o FEIN:

¿Es este su empleador actual?*

- Sí
- No

¿Planea tomarse el permiso de este empleador?*

- Sí
- No

¿Notificó a este empleador que planea tomarse un permiso?*

- Sí
- No
- Requisito eximido

En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó?* _____

Fecha de inicio del empleo*:

Fecha de finalización del empleo:

Número de teléfono del empleador*:

Dirección del empleador*: _____

Nombre del empleador:

UBI o FEIN:

¿Es este su empleador actual?*

- Sí
- No

¿Planea tomarse el permiso de este empleador?*

- Sí
- No

¿Notificó a este empleador que planea tomarse un permiso?

- Sí
- No
- Requisito eximido

En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó? _____

Fecha de inicio del empleo:

Fecha de finalización del empleo:

Número de teléfono del empleador:

Dirección del empleador: _____

Nombre del empleador:

UBI o FEIN:

¿Es este su empleador actual?

- Sí
- No

¿Planea tomarse el permiso de este empleador?

- Sí
- No

¿Notificó a este empleador que planea tomarse un permiso?

- Sí
- No
- Requisito eximido

En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó? _____

Fecha de inicio del empleo:

Fecha de finalización del empleo:

Número de teléfono del empleador:

Dirección del empleador: _____

* Indica campo obligatorio

Sección tres: Información sobre la licencia

Seleccione el tipo de permiso que solicitó*:

Permiso para usted

En caso afirmativo, ¿no puede trabajar debido a una afección de salud grave relacionada con el embarazo?

- Sí
 No

Permiso para cuidar a un familiar

En caso afirmativo, ¿para cuidar a qué miembro de la familia se toma el permiso?

- Padre/madre (o padre/madre del cónyuge)
 Cónyuge
 Hijo(a), Cuñada/cuñado
 Hermano(a)
 Nieto(a)
 Abuelo/abuela (o abuelo/abuela del cónyuge)
 Otro: _____

Permiso para crear lazos afectivos con el recién nacido o por colocación de un niño

En caso afirmativo, fecha de nacimiento o colocación: _____

Deber militar

¿Cuánto tiempo cree que estará de permiso?*

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

¿Recibió, o recibirá, compensación por accidentes de trabajo o beneficios de desempleo durante el período para el cual solicita el permiso?*

- Sí
 No

¿Sabía de antemano que tendría que tomarse un permiso?*

- Sí
 No

* Indica campo obligatorio

Sección cuatro: Consentimiento y firma

Permiso de cuidado pagado puede compartir y recibir información sobre usted (o su reclamación) con otras agencias, departamentos o sus empleadores. Es posible que necesitemos verificar la información que nos proporciona y solicitar información adicional según sea necesario.

Si su declaración es falsa o nos oculta información deliberadamente, se considerará fraude. Si proporciona información inexacta, podemos rechazar su solicitud de beneficios o exigirle que pague los beneficios que recibió. Podría enfrentar multas o una acción penal.

- Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información y he respondido las preguntas de la solicitud con sinceridad.**

Firma*:

Fecha*:

Nombre en letra imprenta*:

Si la persona que solicita los beneficios no puede firmar este formulario debido a una afección de salud o lesión grave, un representante autorizado puede firmar en su nombre, siempre y cuando también presente un formulario de Representante autorizado designado.

Nombre del representante autorizado:

Firma del representante autorizado:

Fecha:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

* Indica campo obligatorio

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.

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.

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							
<i>To be completed by the person applying for leave before having the healthcare provider complete section two</i>							
Paid Leave Customer ID number (if known):							
Name:							
Date of birth: ____ / ____ / ____							
REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE							
<input type="checkbox"/> For my own serious health condition Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient.							
<input type="checkbox"/> 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.							
<input type="checkbox"/> To care for a family member during their serious health condition The family member needing care is my: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law</td> <td><input type="checkbox"/> Sibling</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner</td> <td><input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent</td> <td><input type="checkbox"/> Grandchild</td> </tr> </table> Instructions: Have your family member's healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing your family member as the patient.		<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
<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						
AUTHORIZATION AND SIGNATURES							
<i>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.</i>							
Signature (required):	Date:						
<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>							
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.

Divulgación Previa a la Adquisición de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®
Nombre del Programa: Washington Paid Family & Medical Leave

Usted tiene opciones con respecto a cómo recibir sus pagos, incluidos el depósito directo en su cuenta bancaria o esta tarjeta prepagada. Consulte a su agencia sobre las opciones disponibles y seleccione su opción.

Cargo mensual	Por compra	Retiros de fondos en ATM	Recarga de efectivo
\$0	\$0	\$0 dentro de la red \$2.50 fuera de la red	N/A

Consulta de Saldo en ATM (dentro o fuera de la red)	\$0
---	-----

Servicio de Atención al Cliente (automatizado o representante en vivo)	\$0 por llamada
--	-----------------

Inactividad	\$0
-------------	-----

Cobramos otros 3 tipos de cargos. Este es uno de ellos:

Reemplazo de Tarjeta (entrega estándar o expresa)	\$0 o \$15.00
---	---------------

Consulte la Lista de Cargos para conocer maneras gratuitas de acceder a sus fondos e información sobre su saldo.

Sin prestación de sobregiro/crédito.
Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid (en inglés). Encuentre detalles y condiciones de todos los cargos y servicios consultando el paquete de la tarjeta, llamando al **888.964.0359** o visitando usbankreliacard.com (en inglés).

Lista de Cargos de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®

Nombre del Programa: Washington Paid Family & Medical Leave

Todos los cargos	Monto	Detalles
Retiros de efectivo		
Retiro de Fondos en ATM (dentro de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por retiro de fondos. "Dentro de la red" se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank o MoneyPass®. Puede encontrar las ubicaciones en usbank.com/locations (en inglés) o moneypass.com/atm-locator.html (en inglés).
Retiro de Fondos en ATM (fuera de la red)	\$2.50	Este es nuestro cargo por retiro de fondos. "Fuera de la red" se refiere a todos los ATM que se encuentran fuera de las redes de ATM de U.S. Bank y de MoneyPass. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Retiro de Efectivo con Personal de Ventanilla	\$0	Este es nuestro cargo por realizar un retiro de efectivo desde su tarjeta con la ayuda del personal de ventanilla en un banco o cooperativa de crédito que acepte Visa®.
Información		
Consulta de Saldo en ATM (dentro de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por consulta. "Dentro de la red" se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank y MoneyPass. Puede encontrar ubicaciones en usbank.com/locations (en inglés) o moneypass.com/atm-locator.html (en inglés).
Consulta de Saldo en ATM (fuera de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por consulta. "Fuera de la red" se refiere a todos los ATM que se encuentran fuera de las redes de ATM de U.S. Bank y de MoneyPass. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo.
Uso de su tarjeta fuera de los EE. UU.		
Transacción Internacional	3%	Este es el cargo que cobramos y que se aplica al uso de su tarjeta para compras en comercios extranjeros y por retiros de efectivo en ATM extranjeros y es un porcentaje del monto en dólares de la transacción después de cualquier conversión de moneda. Algunas transacciones, aunque usted y/o el comercio o ATM estén ubicados en los Estados Unidos, se consideran transacciones en el extranjero conforme a las reglas aplicables de la red, y nosotros no tenemos control sobre cómo se clasifican estos comercios, ATM y
Retiro de Fondos en ATM Internacional	\$3.00	Este es nuestro cargo por retiro de fondos. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Otros		
Reemplazo de Tarjeta	\$0	Este es nuestro cargo por reemplazo de tarjeta con servicio de entrega estándar (hasta 10 días hábiles).
Reemplazo de Tarjeta con Entrega Expresa	\$15.00	Este es nuestro cargo por entrega expresa (hasta 3 días hábiles), adicional a cualquier cargo por Reemplazo de Tarjeta.
Inactividad	\$0	Este es nuestro cargo que se cobra por cada mes que no haya realizado una transacción con su tarjeta.

Si bien esta comunicación de U.S. Bank se ofrece en español, las futuras comunicaciones de U.S. Bank y los documentos relacionados con sus acuerdos contractuales, divulgaciones, notificaciones y estados de cuenta, así como los servicios en Internet y de la banca móvil, pueden estar disponibles solamente en inglés. Usted debe poder leer y comprender estos documentos o tener asistencia en su traducción para poder entender y utilizar este producto o servicio. Los documentos en inglés están disponibles a petición suya.

Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC. Sus fondos se conservarán en U.S. Bank National Association, una institución asegurada por la FDIC, y están asegurados por la FDIC hasta \$250,000 en caso de que U.S. Bank no lo haga. Consulte fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (en inglés) para obtener detalles.

Sin prestación de sobregiro/crédito.

Comuníquese con Servicios para Titulares de Tarjetas, llamando al **888.964.0359**, por correo a: Cardholder Services P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 o visite usbankreliacard.com (en inglés).

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid (en inglés). Si tiene alguna queja sobre una cuenta prepagada, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau) al 855.411.2372, o visite cfpb.gov/complaint (en inglés).

CR-19647221

La Tarjeta ReliaCard es emitida por U.S. Bank National Association, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. ©2021 U.S. Bank. Miembro FDIC.