Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Special Identifier if needed (**)
Name
Address 1
Address 2
City State Zip

Solicitud de permiso de cuidado pagado

Antes de que empiece

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 a su cuenta bancaria o en una tarjeta de débito prepagada). Cuando solicita los beneficios con una solicitud en papel, está limitado a:

1. Presentar sus reclamaciones de beneficios semanales por teléfono llamando al 833-717-2273.
2. Recibir los pagos de sus beneficios en una tarjeta de débito prepagada.

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

La Guía de beneficios del permiso de cuidado pagado proporciona información sobre cómo solicitar beneficios y presentar las reclamaciones semanales. También explica sus derechos y responsabilidades según la ley. Descargue la guía en paidleave.wa.gov/benefit-guide o solicite una copia llamando al 833-717-2273.

Instrucciones de la solicitud de beneficios

Sección de información personal y de contacto

Proporcione su nombre, Seguro Social (SSN, pos sus sigla en inglés), fecha de nacimiento e información de contacto. Le enviaremos su tarjeta de débito prepagada y otra correspondencia a la dirección que proporcione.

Sección de información laboral

Usaremos la información que proporcione para confirmar que ha trabajado suficientes horas para ser elegible para el permiso.

- Nombre del empleador. El nombre de la empresa u organización para la que trabajó.
- Número de Identificación Empresarial (UBI, por sus siglas en inglés) o Número de Identificación de Empleador Federal (FEIN, por sus siglas en inglés). Encuentre el UBI de su empleador solicitándolo o usando la herramienta de búsqueda de UBI en el sitio web del Departamento de Ingresos (Department of Revenue) (www.DOR.wa.gov).

- Fechas de inicio y finalización del empleo. Si es su empleador actual, deje la fecha de finalización en blanco y marque la casilla para indicar que es su empleador actual.

Sección de la información de permiso

Le pediremos información sobre su solicitud de permiso, incluyendo el tipo de permiso que está solicitando (médico, familiar, para crear lazos afectivos después del nacimiento o colocación de un menor bajo su custodia, o exigencia militar) y las fechas previstas de inicio y finalización.

¿Puede alguien más completar este formulario por mí?

Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre para los fines de los beneficios de permiso de cuidado pagado. Para hacer esto, complete el formulario de Designación de un representante autorizado. Comuníquese con nosotros al 833-717-2273 para obtener una copia del formulario.

Asistencia o adaptación razonable

Avísenos si necesita una adaptación razonable u otra asistencia para ayudarle a interactuar con nuestro programa. Las solicitudes de adaptaciones razonables se tramitan a través de la Oficina del Intercesor (Ombuds) del Permiso de cuidado pagado. Para solicitar una adaptación, envíe un correo electrónico a PFMLaccess@esd.wa.gov o llame al 833-494-2273, Servicio de Retransmisión de Washington 711.

Envío de su solicitud

Envíe su solicitud completa por correo, las copias de sus documentos de identificación y cualquier otro documento de respaldo (certificación de una condición 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

¿Preguntas?

Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al 833 717-2273 o envíe un correo electrónico a paidleave@esd.wa.gov. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Solicitud de beneficio

Información personal

Es obligatorio llenar todas las secciones a menos que se indique lo contrario.

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos):

Número de Seguro Social (SSN):

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico *(opcional)***:**

Método de contacto preferido:

- ☐ Teléfono
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Correo

¿Podemos dejar un mensaje de voz detallado en el número de teléfono que proporcionó?

- ☐ Sí
- ☐ No

Cuando sea posible, ¿prefiere comunicarse en un idioma que no sea inglés?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuál es su idioma de preferencia?

- ☐ Amárico
- ☐ Árabe
- ☐ Camboyano (Jemer)
- ☐ Chino
- ☐ Inglés
- ☐ Farsi
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Marshalés
- ☐ Oromo
- ☐ Panyabí
- ☐ Ruso
- ☐ Somalí
- ☐ Español
- ☐ Tagalo
- ☐ Ucraniano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro. Si es otro, ¿cuál es su idioma de preferencia? _____

Dirección postal:

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Sexo:

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ No binario
- ☐ Prefiero no responder

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su ascendencia étnica? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Blanco
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
- ☐ De Asia del Este o estadounidense con orígenes en el este de Asia
- ☐ De Asia del Sur o estadounidense con orígenes en el sur de Asia
- ☐ Del Sudeste Asiático o estadounidense con orígenes en el sudeste de Asia
- ☐ De Oriente Medio o estadounidense con orígenes árabes
- ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- ☐ Hispano o Latinx
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ Otro. Si es otro, por favor especifique: _____

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Información del permiso

Complete las secciones uno O dos. Todas las demás secciones son obligatorias.

SECCIÓN 1:

Si usted es una madre que va a dar o dio a luz:

¿Está tomando un permiso para recibir atención médica durante el embarazo?

- ☐ Sí. En caso afirmativo, anote la fecha de parto o la fecha de nacimiento del bebé: _____
- ☐ No

¿Está tomando un permiso para recuperarse del parto?

- ☐ Sí. En caso afirmativo, anote la fecha de parto o la fecha de nacimiento del bebé: _____
- ☐ No

¿Tiene complicaciones relacionadas con su embarazo o parto?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Está tomando un permiso para pasar tiempo con su bebé (generalmente se toma después del permiso médico)?

- ☐ Sí
- ☐ No

SECCIÓN 2:

Para todas las demás situaciones:

¿Por qué necesita tomar un permiso? (Elija una opción)

- ☐ Permiso médico para usted
- ☐ Permiso para cuidar a un familiar

  En caso afirmativo, ¿quién es el familiar por el que está tomando un permiso?

  - ☐ Padre/madre (o padre/madre de mi cónyuge)
  - ☐ Cónyuge
  - ☐ Hijo/a (o yerno, nuera)
  - ☐ Hermano/a
  - ☐ Nieto/a
  - ☐ Abuelo/a (o abuelo/a de mi cónyuge)
  - ☐ Otro: _____

- ☐ Crear lazos afectivos después del nacimiento o puesta en custodia de un hijo.

  En caso afirmativo, anote la fecha de nacimiento o puesta en custodia: _____

- ☐ Exigencia militar

SECCIÓN 3:

¿Cuánto tiempo espera estar bajo el permiso?

Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____

¿Sabía que necesitaría tomar un permiso antes de que comenzara su permiso?

- ☐ Sí
- ☐ No

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Información sobre el empleo

Necesitamos obtener su historial de empleo para determinar si ha trabajado la cantidad suficiente de horas para calificar para recibir el permiso. Indique cada empleador para el que ha trabajado en los últimos 18 meses. Agrege más hojas si es necesario.

¿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:	**Número de teléfono del empleador:**
¿Es este su empleador actual? ☐ Sí ☐ No	**¿Planea tomar el permiso de este empleador?** ☐ Sí ☐ No

¿Notificó a este empleador que planea tomar un permiso?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Requisito no necesario

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

Fecha de inicio del empleo:	**Fecha de finalización del empleo** *(opcional)***:**

Dirección del empleador:

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Nombre del empleador:

UBI o FEIN:	**Número de teléfono del empleador:**
¿Es este su empleador actual? ☐ Sí ☐ No	**¿Planea tomar el permiso de este empleador?** ☐ Sí ☐ No

¿Notificó a este empleador que planea tomar un permiso?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Requisito no necesario

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

Fecha de inicio del empleo:	**Fecha de finalización del empleo** *(opcional)***:**

Dirección del empleador:

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Nombre del empleador:	
UBI o FEIN:	**Número de teléfono del empleador:**
¿Es este su empleador actual? ☐ Sí ☐ No	**¿Planea tomar el permiso de este empleador?** ☐ Sí ☐ No
¿Notificó a este empleador que planea tomar un permiso? ☐ Sí ☐ No ☐ Requisito no necesario **En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó?** _____	
Fecha de inicio del empleo:	**Fecha de finalización del empleo:**
Dirección del empleador: **Ciudad:** **Estado:** **Código postal:**	

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. Al firmar este documento, *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: *(opcional)***:**	
Firma del representante autorizado: *(opcional)***:**	**Fecha** *(opcional)***:**
Número de teléfono: *(opcional)***:**	
Correo electrónico: *(opcional)***:**	

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

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. **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.).

Formularios de solicitud de **Permiso de cuidado pagado**

PASO 1:
Seleccione el formulario correcto.

Use el Formulario de certificación de afección de salud grave para solicitar lo siguiente:

- Permiso médico debido a su propia afección de salud grave, incluido el permiso médico por complicaciones durante el embarazo o para recuperarse después del parto
- Permiso familiar para cuidar a un miembro de su familia que padece de una afección de salud grave

Use el Formulario de certificación de nacimiento para solicitar lo siguiente:

- Permiso familiar para crear lazos afectivos con un nuevo hijo (por nacimiento, adopción o acogida en su hogar)

PASO 2:
Complete el formulario.

La persona que solicita el permiso debe completar la primera sección del formulario y el proveedor de atención médica (propio o del familiar) debe completar la segunda sección. Las instrucciones para el proveedor de atención médica se incluyen en este paquete.

¿Puede alguien más completar este formulario en mi lugar?

- Usted puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre con el objetivo de solicitar los beneficios del permiso de cuidado pagado si esta persona completa el Formulario de designación de un representante autorizado. Su representante autorizado no puede completar la segunda sección del formulario que le corresponde al proveedor de atención médica.
- Comuníquese con nosotros al 833-717-2273 para solicitar una copia del Formulario de designación de un representante autorizado.

PASO 3:
Cargue el formulario completado.

Envíe el formulario por medio de su cuenta de permiso pagado o inclúyalo junto con su solicitud. No es necesario configurar su cuenta de permiso pagado antes de que su proveedor de atención médica complete este formulario.

¿Tiene alguna pregunta?
Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 833-717-2273

Washington
Paid Family & Medical Leave

Instructions for **Healthcare Providers**

Paid Leave medical certification forms are 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, their pregnancy, or to care for a family member with a serious health condition. Our Certification of Birth form can be used for the first six weeks of medical leave to recover from giving birth and for family leave to bond with a new baby.

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

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Visit paidleave.wa.gov/help-center and click on Healthcare Providers.

Questions?

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

Washington
Paid Family & Medical Leave

Prenatal Care
Medical Certification

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Use this form for:

- **Medical leave for prenatal care**
- **Medical leave related to a prenatal complication**

Patient information

Complete the patient information section, then have your healthcare provider complete and sign the certification.

Patient's name:	
Patient's date of birth: ____ / ____ / ____	**Paid Leave Customer ID number** *(if known)*:

Healthcare provider certification

To be completed and signed by a healthcare provider for leave related to prenatal care.

- Indicate on this form if your patient is experiencing incapacity related to pregnancy. This allows us to approve the full amount of leave they are entitled to.
- Give specific dates. Terms such as "unknown" or "indeterminate" won't be sufficient to determine Paid Leave eligibility.
- All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

The patient is *(check all that apply)*:

☐ **Pregnant and seeking leave for prenatal care.**

☐ **Experiencing incapacity due to a prenatal health condition**. *Can include but is not limited to severe morning sickness, preeclampsia, infections, or other prenatal complications.*

Start date: *(Day the patient's leave begins)*
____ / ____ / ____

End date: *(If leave is needed for the duration of the pregnancy, provide estimated due date. Otherwise, the estimated date incapacity will no longer exist.)*
____ / ____ / ____

Healthcare provider's information and signature

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

Signature:	**Date:** ____ / ____ / ____
Name and title:	
Certificate license number and state *(optional)*:	**Type of practice/Specialty:**
Phone:	**Email address:**
Business name and address:	

Upload completed form to your Paid Leave account.

If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

Certification of Birth

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Use this form for:

- **Family leave to bond with a child born into your family**
- **The first six weeks of medical leave to recover from giving birth**

If more than six weeks of recovery from birth is medically necessary, use the Medical Certification for Birth Complications.

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.

Parents' information

Complete the parent information section, then have your healthcare provider, midwife, or a representative of your healthcare facility complete and sign the certification.

Information about parent that gave birth:

Name: _____

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

Information about second parent *(if taking leave)*:

Name: _____

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

Certification of birth

To be completed and signed by a healthcare provider, midwife, or a representative of a healthcare facility.
All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

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

Provider's information and signature

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, a midwife, or a representative of a healthcare facility.

Signature:	**Date:** ____ / ____ / ____
Name and title:	
Type of practice/Specialty:	
Phone:	**Email address:**
Business name and address:	

Upload completed form to your Paid Leave account.
If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

Medical Certification for Birth Complications

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Use this form:

- **If more than six weeks of recovery from birth is medically necessary.**

When six weeks or less is needed to recover from giving birth, use the Certification of Birth form.

Patient information

Complete the patient information section, then have your healthcare provider complete and sign the certification.

Patient's name:	
Patient's date of birth: ____ / ____ / ____	**Paid Leave Customer ID number** *(if known)***:**

Healthcare provider's certification

To be completed and signed by a healthcare provider <u>if more than six weeks</u> of recovery from birth is medically necessary.

- Give specific dates. Terms such as "unknown" or "indeterminate" won't be sufficient to determine Paid Leave eligibility.
- Answers should be your best estimate based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.
- All sections are required unless otherwise noted. Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.

Briefly describe the incapacity due to postnatal serious health condition. *Can include but is not limited to recovery after a cesarean delivery, infections, or other postnatal complications.*

Provide the start and end dates for the leave needed for the serious health condition described above. *Do not include bonding leave, which may be applied for separately.*

Start date: *(Child's date of birth)* ____ / ____ / ____ **End date:** ____ / ____ / ____

Healthcare provider's information and signature

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

Signature:	**Date:** ____ / ____ / ____
Name and title:	
Certificate license number and state *(optional)***:**	**Type of practice/Specialty:**
Phone:	**Email address:**
Business name and address:	

Upload completed form to your Paid Leave account.

If you do not have an account, include the form with your benefit application or fax to 833-535-2273.

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

Los servicios pueden estar disponibles solamente en inglés.

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-21378422

La Tarjeta ReliaCard es emitida por U.S. Bank National Association, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. ©2022 U.S. Bank.
Miembro FDIC.