

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.

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

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/es 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 www.paidleave.wa.gov/benefit-guide o solicite una copia llamando al 833-717-2273.

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
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.

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). 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.

¿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.

Instrucciones de la solicitud de beneficios

Sección de información personal y de contacto

Proporcione su nombre, Seguro Social (SSN, por sus siglas 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 eligible 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). 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/es).
- 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

La 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.

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.

¿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 ayudarlo a interactuar con nuestro programa. Las solicitudes 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.

Benefit application

Solicitud de beneficio

To apply, provide the required information (*) requested below.		Para presentar su solicitud, proporcione la información requerida (*) que se solicita a continuación.	
Personal information Información personal			
First name* Nombre*:		Middle initial Inicial de segundo nombre:	
Last name* Apellido*:			
SSN or ITIN SSN o ITIN:		Date of birth (Month/Day/Year)* Fecha de nacimiento (mes/día/año)*:	
Phone number* Número de teléfono*:			
Email address Dirección de correo electrónico:			
Preferred contact method* Método de contacto preferido*:			
☐ Phone Teléfono ☐ Email Correo electrónico ☐ Mail Correo			
Can we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* ¿Podemos dejar un mensaje en el número de teléfono que proporcionó?*			
☐ Yes Sí ☐ No No			
What is your preferred language?* ¿Cuál es su idioma de preferencia?*			
☐ English Inglés ☐ Spanish Español ☐ Other. If other, what is your preferred language and dialect? Otro. Si es otro, ¿cuál es su idioma y dialecto de preferencia? _____			
Mailing address* Dirección postal*:			
City* Ciudad*:			
State* Estado*:		Zip Code* Código postal*:	
Gender* Sexo*:			
☐ Female Femenino ☐ Male Masculino ☐ Non-binary No binario ☐ Prefer not to say Prefiero no responder			

Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* | ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su origen étnico y/o raza? Marque todas las opciones que correspondan.*

- ☐ American Indian or Alaskan Native | Indio americano o native de Alaska
 - ☐ Black or African American | Negro o afroamericano
 - ☐ Hispanic or Latino/Latina | Hispano o Latino/Latina
 - ☐ Middle Eastern or Arab American | De Oriente Medio o estadounidense con orígenes árabes
 - ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander | Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 - ☐ East Asian | De Asia del Este
 - ☐ South Asian | De Asia del Sur
 - ☐ Southeast Asian | Del Sudeste Asiático
 - ☐ White | Blanco
 - ☐ Prefer not to say | Prefiero no responder
 - ☐ Ethnicity and/or race not listed | El origen étnico y/o la raza no están enumerados:
- _____

Leave information | Información del permiso

Complete **SECTION 1** if you are the birthing parent and need to take medical leave for your pregnancy and/or delivery of your baby. Complete **SECTION 2** for all other leave types, including bonding with your baby. | Complete la **SECCIÓN 1** si usted es el padre o madre que dará a luz y necesita tomar un permiso médico por su embarazo y/o parto. Complete la **SECCIÓN 2** para todos los demás tipos de permiso, incluyendo el permiso para crear lazos afectivos con su bebé.

SECTION 1 | SECCIÓN 1:

If you are a parent that is going to or gave birth | Si usted es una madre que va a dar o dio a luz:

Are you taking leave for medical care during pregnancy? | ¿Está tomando un permiso para recibir atención médica durante el embarazo?

- ☐ Yes | Sí
If yes, baby's due date or date of birth | En caso afirmativo, anote la fecha de parto o la fecha de nacimiento del bebé: (Month/Day/Year) | (mes/día/año) _____
- ☐ No | No

Are you taking leave to recover from giving birth? | ¿Está tomando un permiso para recuperarse del parto?

- ☐ Yes | Sí
If yes, baby's due date or date of birth | En caso afirmativo, anote la fecha de parto o la fecha de nacimiento del bebé: (Month/Day/Year) | (mes/día/año) _____
- ☐ No | No

Are you experiencing complications related to your pregnancy or birth? | ¿Tiene complicaciones relacionadas con su embarazo o parto?

- ☐ Yes | Sí
- ☐ No | No

Do you plan to take leave to bond with your new baby (typically taken after medical leave)? | ¿Tiene planes de tomar un permiso para crear lazos afectivos con su bebé (generalmente se toma después del permiso médico)?

- ☐ Yes | Sí
- ☐ No | No

SECTION 2 | SECCIÓN 2:

For all other situations | Para todas las demás situaciones:

Why do you need to take leave? (Choose one) | ¿Por qué necesita tomar un permiso? (Elija una opción)

- ☐ Medical leave for yourself | Permiso médico para usted
- ☐ Leave to care for a family member | Permiso para cuidar a un familiar
 If yes, which family member are you taking leave for? | En caso afirmativo, ¿quién es el familiar por el que está tomando un permiso?
 - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | Hijo/a (o yerno, nuera)
 - ☐ Grandchild | Nieto/a
 - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | Abuelo/a (o abuelo/a de mi cónyuge)
 - ☐ Parent (or parent of spouse) | Padre/madre (o padre/madre de mi cónyuge)
 - ☐ Sibling | Hermano/a
 - ☐ Spouse | Cónyuge
 - ☐ Other | Otro: _____
- ☐ Bonding after the birth of your child | Crear lazos afectivos después del nacimiento de su hijo(a)
 If yes, child's date of birth | En caso afirmativo, anote la fecha de nacimiento del bebé:
 (Month/Day/Year) | (mes/día/año) _____
- ☐ Bonding after the placement of your foster child | Crear lazos afectivos después de la colocación de un menor bajo su custodia
 If yes, child's date of placement | En caso afirmativo, anote la fecha de colocación del menor bajo su custodia (Month/Day/Year) | (mes/día/año) _____
- ☐ Bonding after the adoption of your child | Crear lazos afectivos después de la adopción de su hijo(a).
 If yes, child's date of adoption | En caso afirmativo, anote la fecha de adopción de su hijo(a):
 (Month/Day/Year) | (mes/día/año) _____
- ☐ Military exigency | Exigencia militar
 If yes, which family member are you taking leave for? | En caso afirmativo, ¿quién es el familiar por el que está tomando un permiso?
 - ☐ Child (or son-in-law, daughter-in-law) | Hijo/a (o yerno, nuera)
 - ☐ Grandchild | Nieto/a
 - ☐ Grandparent (or grandparent of spouse) | Abuelo/a (o abuelo/a de mi cónyuge)
 - ☐ Parent (or parent of spouse) | Padre/madre (o padre/madre de mi cónyuge)
 - ☐ Sibling | Hermano/a
 - ☐ Spouse | Cónyuge
 - ☐ Other | Otro: _____

SECTION 3 | SECCIÓN 3:

How long do you expect to be on leave?* | ¿Cuánto tiempo espera estar bajo el permiso?*

Start date (Month/Day/Year) | Fecha de inicio (mes/día/año): _____

End date (Month/Day/Year) | Fecha final (mes/día/año): _____

If your start date is more than 30 days ago, tell us why you didn't apply sooner and give as much detail as you can. Attach additional pages if needed. | Si su fecha de inicio fue hace más de 30 días, díganos por qué no envió su solicitud antes y dé todos los detalles que pueda. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Employment information | Información sobre el empleo

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.

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

What is your current employment status?* | ¿Cuál es su estado laboral?*

- ☐ Full-time salaried employee | Empleado asalariado a tiempo completo
- ☐ Full-time hourly employee | Empleado por hora a tiempo completo
- ☐ Part-time salaried employee | Empleado asalariado a tiempo parcial
- ☐ Part-time hourly employee | Empleado por hora a tiempo parcial
- ☐ Unemployed | Desempleado

Employer name* | Nombre del empleador*:

UBI* | UBI*:

Employer phone number* | Número de teléfono del empleador*:

Is this your current employer?* | ¿Es este su empleador actual?*

- ☐ Yes | Sí
- ☐ No | No

Did you know you would need to take leave before your leave started? | ¿Sabía que necesitaría tomar un permiso antes de que comenzara su permiso?

- ☐ Yes | Sí
- ☐ No | No

Did you notify this employer that you plan to take leave?* |

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

- ☐ Yes | Sí
 If yes, on what date did you notify them? | En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó?
 (Month/Day/Year) | (mes/día/año) _____
- ☐ No | No
- ☐ Requirement waived | Requisito no necesario

Employment start date (Month/Day/Year)* | Fecha de inicio del empleo (mes/día/año)*: _____

Employment end date (Month/Day/Year) | Fecha de finalización del empleo (mes/día/año): _____

Employer address* | Dirección del empleador*:

City* | Ciudad*:

State* | Estado*:

Zip Code* | Código postal*:

Employer name* Nombre del empleador*:	
UBI* UBI*:	
Employer phone number* Número de teléfono del empleador*:	
Is this your current employer?* ¿Es este su empleador actual?* ☐ Yes Sí ☐ No No	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* ¿Notificó a este empleador que planea tomar un permiso?* ☐ Yes Sí If yes, on what date did you notify them? En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó? (Month/Day/Year) (mes/día/año) _____ ☐ No No ☐ Requirement waived Requisito no necesario	
Employment start date (Month/Day/Year)* Fecha de inicio del empleo (mes/día/año)*: _____	
Employment end date (Month/Day/Year) Fecha de finalización del empleo (mes/día/año): _____	
Employer address* Dirección del empleador*:	
City* Ciudad*:	
State* Estado*:	Zip Code* Código postal*:
Employer name* Nombre del empleador*:	
UBI* UBI*:	
Employer phone number* Número de teléfono del empleador*:	
Is this your current employer?* ¿Es este su empleador actual?* ☐ Yes Sí ☐ No No	
Did you notify this employer that you plan to take leave?* ¿Notificó a este empleador que planea tomar un permiso?* ☐ Yes Sí If yes, on what date did you notify them? En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó? (Month/Day/Year) (mes/día/año) _____ ☐ No No ☐ Requirement waived Requisito no necesario	
Employment start date (Month/Day/Year)* Fecha de inicio del empleo (mes/día/año)*: _____	
Employment end date (Month/Day/Year) Fecha de finalización del empleo (mes/día/año): _____	
Employer address* Dirección del empleador*:	
City* Ciudad*:	
State* Estado*:	Zip Code* Código postal*:

Consent and signature	Consentimiento y firma
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.	Compartimos y recibimos información sobre usted o su reclamación con sus empleadores y otros programas, como la manutención de menores, compensación laboral o seguro de desempleo. Es posible que necesitemos verificar la información que nos proporciona y solicitar información adicional según sea necesario. Si usted se malinterpreta a si mismo(a) o nos oculta información deliberadamente, se considerará fraude. Si proporciona información inexacta, Podemos denegar su solicitud de beneficios o exigirle que pague los beneficios que recibió. Usted podría enfrentar multas o una acción penal.
Signature* Firma* :	Date (Month/Day/Year)* Fecha (mes/día/año)* :
Printed name* Nombre en letra imprenta*:	

Authorized Representative	Representante autorizado
<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>	<i>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.</i>
Authorized representative name Nombre del representante autorizado:	
Authorized representative signature Firma del representante autorizado:	
Date (Month/Day/Year) Fecha (Month/Day/Year):	
Phone number Número de teléfono:	
Email Correo electrónico:	

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)

- Identificación **válida** emitida por el gobierno de los Estados Unidos (federal o estatal) (por ejemplo, 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
 - Documento de viaje para refugiados de EE. UU. I-571
 - Tarjeta de residencia permanente I-551
 - Autorización de empleo I-766
- Identificación **válida** emitida por un gobierno extranjero (por ejemplo, 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 con firma y fotografía
- Tarjeta de identificación **válida** emitida por la Oficina de Asuntos Indígenas de EE. UU. con firma y foto

Documentos alternativos (dos de estos)

- Identificación **vencida** emitida por el gobierno de los Estados Unidos (federal o estatal) (por ejemplo, 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
 - Documento de viaje llamado Permiso de Reingreso a EE. UU. I-327
 - Documento de viaje para refugiados de EE. UU. I-571
 - Tarjeta de residencia permanente I-551
 - Autorización de empleo I-766
- Identificación **vencida** emitida por un gobierno extranjero (por ejemplo, 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 con 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.)

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

Algunos materiales y servicios podrían estar disponibles solamente en inglés.
Los enlaces incluidos en esta comunicación podrían dirigirle a sitios web en inglés.

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

Cargo mensual	Por compra	Retiro 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. Estos son algunos de ellos:

Transacción Internacional	3%
---------------------------	----

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.

Encuentre detalles y condiciones de todos los cargos y servicios consultando el paquete de la tarjeta, llamando al **1-888-964-0359** o visitando **usbankreliacard.com**.

Todos los cargos	Monto	Detalles
Retiros de efectivo		
Retiro de Fondos en ATM (dentro de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. “Dentro de la red” se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank o MoneyPass®. Puede encontrar ubicaciones en usbank.com/locations o moneypass.com/atm-locator.html .
Retiro de Fondos en ATM (fuera de la red)	\$2.50	Este es nuestro cargo por cada 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®.
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 correspondientes de la red, y nosotros no tenemos control sobre cómo se clasifican estos comercios, ATM y transacciones para este fin.
Retiro de Fondos en ATM Internacional	\$3.00	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Otra razón		
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.

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, podrían estar disponibles solamente en inglés. Los enlaces incluidos en esta comunicación podrían dirigirle a sitios web 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 quiebre. Consulte

[fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](https://www.fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) para obtener detalles.

Sin prestación de sobregiro/crédito.

Comuníquese con Servicios para Titulares de Tarjetas, llamando al **1-888-964-0359**, por correo a: Cardholder Services P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 o visite usbankreliacard.com.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid. Si tiene alguna queja sobre una cuenta prepagada, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau) al 1-855-411-2372, o visite cfpb.gov/complaint.

Pregnancy & Birth Certifications

Paid Family & Medical Leave

STEP 1: Select the right form

This packet has forms for each stage of pregnancy and birth. Select the form for your circumstances. You'll need to submit an application and documentation for each type of leave you need.

Pregnancy

- Use the **Prenatal Care Medical Certification** form for applying for medical leave for medical care during your pregnancy.

Recovering from birth

- Use the **Certification of Birth** form for the first six weeks of medical leave to recover from giving birth. This form can be used for both medical leave to recover from birth and for family leave to bond with your baby.
- Use the **Medical Certification for Birth Complications** form when you need medical leave for more than six weeks to recover from birth.

Bonding with your new baby

Both parents can use the **Certification of Birth** form for family leave to bond with a child born into your family. Note, bonding leave requires a separate application.

STEP 2: Fill out the form

You complete required fields (*) in SECTION 1, and your health care provider completes SECTION 2. Health care provider instructions are included in this packet.

STEP 3: Upload your completed form

Upload your completed form in your Paid Leave account or fax to 833-535-2273.

Certificados de embarazo y nacimiento

Permiso de cuidado pagado

PASO 1: Seleccione el formulario correcto

Este paquete tiene formularios para cada etapa del embarazo y el parto. Seleccione el formulario de acuerdo con su situación. Usted deberá enviar una solicitud y la documentación para cada tipo de permiso que necesite.

Embarazo

- Use el formulario de **Certificado médico de cuidado prenatal** para solicitar un permiso médico para la atención médica durante su embarazo.

Recuperación después del parto

- Use el formulario de **Certificado de nacimiento** durante las primeras seis semanas de permiso médico para recuperarse del parto. Este formulario se puede usar tanto para el permiso médico para recuperarse del parto como para el permiso familiar para crear lazos afectivos con su bebé.
- Use el formulario de **Certificado médico por complicaciones en el parto** cuando necesite un permiso médico de más de seis semanas para recuperarse del parto.

Crear lazos afectivos con su nuevo bebé

Ambos padres pueden usar el formulario de **Certificado de nacimiento** para el permiso familiar para crear lazos afectivos con su bebé. Tenga en cuenta que el permiso para crear lazos afectivos requiere una solicitud por separado.

PASO 2: Complete el formulario

Usted complete los campos obligatorios (*) en la SECCIÓN 1. Su proveedor de atención médica complete la SECCIÓN 2. Las instrucciones para el proveedor de atención médica se incluyen en este paquete.

PASO 3: Cargue su formulario completo

Cargue su formulario completo en su cuenta de Permiso de cuidado pagado o envíelo por fax al 833-535-2273.

Questions?

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

Instructions for Health Care Providers

“Health care provider” is defined by law in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090.

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.

What to do when you receive a form: Fill out Section 2. Within 7 calendar days of receipt, return the form to your patient (they will share it with us). You cannot charge a fee for completing the form.

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 health care 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.

FOR MORE INFORMATION:

Visit paidleave.wa.gov/healthcare-providers.

Questions?

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

Prenatal Care Medical Certification

Certificado médico de cuidado prenatal

Use this form when taking medical leave for prenatal care.	Use este formulario cuando solicite un permiso médico para el cuidado prenatal.
SECTION 1: Patient information SECCIÓN 1: Información del paciente	
Patient's name* Nombre del paciente *:	
Date of birth (MM/DD/YYYY)* Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)* : ___ / ___ / ___	Paid Leave Customer ID Identificación de cliente del permiso pagado:
SECTION 2: Health care provider certification SECCIÓN 2: Certificado del proveedor de atención médica	
To be completed and signed by a health care provider for leave related to prenatal care. - Complete all required fields (*). Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits. - 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.	
The patient is (check all that apply)*: ☐ Pregnant and seeking leave for prenatal care. ☐ Experiencing incapacity due to a prenatal health condition. <i>Can include but is not limited to severe morning sickness, pre-eclampsia, infections, or other prenatal complications.</i>	
Provide the start and end dates for the leave needed due to the conditions selected above*. Give specific dates. If leave is needed for the duration of the pregnancy, provide the estimated due date as the end date. Otherwise, the end date should be the estimated date the incapacity will no longer exist. Start date (MM/DD/YYYY)* : ___ / ___ / ___ End date (MM/DD/YYYY)* : ___ / ___ / ___	
<i>I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, that I have read and understand the definition of a serious health condition, that the patient's condition meets the definition of "serious health condition," and that I am a health care provider authorized to certify their condition (RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090).</i>	
Signature* :	Date (MM/DD/YYYY)* : ___ / ___ / ___
Name and title* :	
Certificate license number and state:	Type of practice/Specialty* :
Phone* :	Email address :
Business address* :	

The Employment Security Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance services for limited English proficient individuals are available free of charge. Washington Relay Service: 711

Certification of Birth

Certificado de nacimiento

Use this form when taking leave for: • The first six weeks of medical leave to recover from giving birth. • Family leave to bond with a child born into your family.		Use este formulario cuando solicite un permiso para: • Las primeras seis semanas de permiso médico para recuperarse del parto. • El permiso familiar para crear lazos afectivos con su nuevo bebé.	
SECTION 1: Parents' information SECCIÓN 1: Información de los padres			
Name of parent who gave birth* Nombre de la persona que dio a luz*:			
Date of birth (MM/DD/YYYY)* Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____		Paid Leave Customer ID Identificación de cliente del permiso pagado:	
Name of non-birthing parent (if taking leave) Nombre de la persona que no dio a luz (si está solicitando un permiso):			
Date of birth (MM/DD/YYYY)* Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____		Paid Leave Customer ID Identificación de cliente del permiso pagado:	
SECTION 2: Certification of birth SECCIÓN 2: Certificado de nacimiento			
To be completed and signed by a health care provider, midwife, or a representative of a healthcare facility. Complete all required fields (*). Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits.			
Child's date of birth (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____		Place of birth (city, state)* :	
<i>I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, and that I am a health care provider as defined in RCW 50A.05.010, a midwife, or a representative of a healthcare facility.</i>			
Signature* :		Date (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____	
Name and title* :			
Type of practice/Specialty* :			
Phone* :		Email address :	
Business address* :			

The Employment Security Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance services for limited English proficient individuals are available free of charge. Washington Relay Service: 711

Medical Certification for Birth Complications

Certificado médico por complicaciones en el parto

Use this form when taking leave to recover from giving birth for more than six weeks or if you had complications. If you did not experience complications and are taking six weeks or less of leave to recover from giving birth, use the Certification of Birth form above.		Use este formulario cuando solicite un permiso para recuperarse del parto durante más de seis semanas o si tuvo complicaciones. Si no tuvo complicaciones y se está tomando seis semanas de permiso o menos para recuperarse del parto, use el formulario de Certificado de nacimiento que aparece arriba.	
SECTION 1: Patient information SECCIÓN 1: Información del paciente			
Patient's name* Nombre del paciente*:			
Date of birth (MM/DD/YYYY)* Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____		Paid Leave Customer ID Identificación de cliente del permiso pagado:	
SECTION 2: Health care provider certification SECCIÓN 2: Certificado del proveedor de atención médica			
To be completed and signed by a health care provider if <u>more than six weeks</u> of recovery from birth is medically necessary.			
• Complete all required fields (*). Incomplete forms may delay your patient's eligibility for benefits. • 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.			
Briefly describe the incapacity due to postnatal serious health condition*. <i>Can include but is not limited to recovery after a cesarean delivery, infections, or other postnatal complications.</i>			
Provide the start and end dates for the leave needed for the serious health condition described above*. <i>Do not include bonding leave, which may be applied for separately.</i>			
Start date (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____		End date (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____	
<i>I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, that I have read and understand the definition of a serious health condition, that the patient's condition meets the definition of "serious health condition," and that I am a health care provider authorized to certify their condition (RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090).</i>			
Signature* :		Date (MM/DD/YYYY)* : ____ / ____ / ____	
Name and title* :			
Certificate license number and state:		Type of practice/Specialty* :	
Phone* :		Email address :	
Business address* :			

The Employment Security Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance services for limited English proficient individuals are available free of charge. Washington Relay Service: 711