

الطلب الأولي لتلقي مساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA, PANDEMIC UNEMPLOYMENT ASSISTANCE)



يعد هذا الطلب هو طلبك الأولي لتلقي مساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA) هذا، ويمكن العثور على تعليمات إكمال الطلب وإرساله على صفحتنا الخاصة بقانون "مكافحة فيروس كورونا، ودعم جهود الإغاثة، وتعزيز الأمن الاقتصادي" (كيرز، CARES, Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security) على الموقع الإلكتروني unemployment.oregon.gov. يُرجى التأكد من إكمال النموذج بالكامل. حيث يؤدي عدم إكمال النموذج إلى تأخير معالجة طلبك. يُرجى استخدام الاسم المسجل لدى Social Security Administration عند تقديم الطلب. يُرجى تقديم طلب واحد فقط حيث يؤدي تكرار الطلبات إلى تأخير المعالجة.

إذا وجدنا أنك مؤهل لتلقي مساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA)، فإن القانون الفيدرالي يشترط أن تقدم لنا المستندات التي تثبت أنك موظف أو تعمل لحسابك الخاص. يجب أن نحصل على تلك المعلومات خلال 21 يومًا من تاريخ تقديم طلبك. لمعرفة المزيد عن الإثباتات المقبولة على توظيفك أو عملك الحر، انتقل إلى دليل إثبات التوظيف/العمل الحر. إذا كنت قد قدمت لنا بالفعل إثباتًا مقبولاً على توظيفك/عملك الحر مع طلبك لمساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA)، فلست بحاجة إلى أن تقدم لنا معلومات إضافية.

هام: إذا لم تقدم إلينا مستنداتك خلال 21 يومًا، فسيتم إيقاف مطالبتك بمساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA) ويجب أن ترد إلينا الإعانات التي حصلت عليها عن جميع الأسابيع التي دُفعت إليك فيها، بدءًا من الأسبوع الذي ينتهي في 2 يناير 2021.

نظرًا لمتطلبات الإبلاغ الفيدرالية وقيود النظام، لا يتوفر حاليًا سوى خيارَي الذكور والإناث. ومع ذلك، لن تتأخر معالجة مطالبتك إذا كان خيار الجنس لا يتطابق مع ما هو مسجل لدى Social Security Administration.

أ. معلومات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب (الاسم الأخير، الأول، الأوسط) (يرجى استخدام الاسم المسجل لدى Social Security Administration)	تاريخ الميلاد (شهر، يوم، سنة)
العنوان البريدي لمقدم الطلب: (اسم الشارع أو ص.ب.)	رقم الضمان الاجتماعي
المدينة	الولاية
رقم الهاتف	الرمز البريدي
البريد الإلكتروني	الهاتف
طريقة الاتصال المفضلة	العرق: (حدد كل ما ينطبق)
الهاتف	الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين
البريد الإلكتروني	أسويي
الهاتف	من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
البريد الإلكتروني	أبيض
الهاتف	أسود أو أمريكي من أصل إفريقي
البريد الإلكتروني	رسوم أخرى

تتحقق من جميع أرقام الضمان الاجتماعي من خلال تطابق الحاسوب مع Social Security Administration. هذا، وسوف تستغرق معالجة طلبك لمساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA) ودفعاتك وقتًا أطول في حالة عدم المطابقة.

وعلاوة على ذلك، يتطلب منك قانون الإيرادات الداخلية والقواعد الإدارية لولاية أوريغون الإفصاح عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك عند المطالبة بتعويض البطالة. كما يستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لإبلاغ Oregon Department of Revenue و Internal Revenue Service بشأن إعانات البطالة الخاصة بك بوصفها دخلًا خاضعًا للضريبة. وسوف يُرسل الرقم إلى Social Security Administration للتحقق من الهوية. ويمكن استخدام الرقم في أنشطة تحصيل ديون الوكالات الحكومية ويمكن إرساله إلى U.S. Bank لإصدار بطاقة ReliaCard VISA والتي من خلالها ستدفع لك الإعانات.

ب. عمل مقدم الطلب

وبغية إكمال مبلغ استحقاقك الأسبوعي لمساعدات البطالة بسبب الأوبئة، أشهد بأنني عملت في الوظائف و/أو الأعمال الحرة التالية خلال الثمانية عشر (18) شهرًا الماضية. إذا اخترت عدم تحديد أي توظيف أو عمل حر، فقد يؤثر ذلك على أهليتك لتلقي مساعدات البطالة بسبب الأوبئة.

اسم صاحب العمل (أو تعمل لحسابك الخاص)	عنوان صاحب العمل	رقم الهاتف	فترة العمل اعتبارًا من	إلى

إفادة تحت القسم بشأن الدخل

لكي تكون مؤهلاً للحصول على أكثر من الحد الأدنى من الإعانات البالغ 205 دولارات أمريكية في الأسبوع بموجب مساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA)، يجب عليك تقديم إثبات على الدخل لعام 2019. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يجب عليك تقديم إقرارك الضريبي لعام 2019 مع جدول (جداول) ضريبة العمل الحر الخاص بك. إذا كنت موظفًا لدى شركة (شركات) أخرى لم تدفع ضريبة البطالة، فعندئذٍ يرجى تقديم نموذج ضريبة خدمة الإيرادات الداخلية (W-2) الخاص بك من صاحب (أصحاب) العمل هؤلاء في قسم التحميل في طلب مساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA) الخاص بك.

إذا لم تكن مستنداتك الضريبية متاحة الآن، فيمكنك تقديمها لاحقًا وتقديم إفادة تحت القسم بشأن دخلك الآن بموجب هذا الطلب. إذا قدمت إفادة تحت القسم بشأن دخلك خلال عام 2019، فعندئذٍ سوف يستند مبلغ الإعانات على هذه المعلومات. هذا، ويكون لديك 21 يومًا من إرسال هذا النموذج لتقديم إثبات دخلك. إذا لم تقدم المعلومات المطلوبة خلال 21 يومًا، فقد يكون لديك دفعات رائدة من الإعانات وقد يطلب منك رد الإعانات الزائدة التي استلمتها.

أوافق

إفادة تحت القسم بشأن الدخل، السنة السابقة (التوظيف)

اسم صاحب العمل	نوع التوظيف (دوام كامل، دوام جزئي، عمولة فقط، دوام موسمي، دوام مؤقت)	هل استلمت نموذج ضريبة خدمة الإيرادات الداخلية (W-2)؟	إذا لم تستلم نموذج ضريبة خدمة الإيرادات الداخلية (W-2)، فهل لديك إثبات آخر على الدخل؟	رقم التعريف الفيدرالي لصاحب العمل (يمكن إيجاده في المستندات الضريبية)	إجمالي الدخل الكلي لعام 2019
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

تحت القسم إفاة بشأن الءءل، السنة السابقة (العمل الحر)

اسم الشركة	نوع شركة العمل الحر (شراكة، شركة ذات مسؤولية محدودة، مؤسسة فردية، متعاقد مستقل، غير مطبق)	نوع الإقرار الضريبي المقدم (نموذج 1040 أو SR-1040، نموذج 1120، نموذج S-1120، نموذج 1065، وما إلى ذلك)	إجمالي صافي الءءل لعام 2019 (بعد خصم جميع النفقات)

أشهد أن المعلومات التي قدمتها أعلاه دقيقة على حد علمي. أدرك أنني في حالة عدم تقديم المستندات الضريبية المطلوبة خلال الـ 21 يوماً القادمة، فقد يكون لدي دفعات رائدة من الإعانات. أفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد، فقد أواجه عقوبات تصل إلى وتشمل الملاحقة الجنائية.

أوافق

ج. أسئلة الأهلية

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	1. اكان من المقرر أن أبدأ العمل وليس لدي وظيفة أو لا أستطيع الذهاب إلى العمل كنتيجة مباشرة لحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19). 1أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى إدراج التاريخ الذي كان من المتوقع أن تبدأ فيه العمل. _____ 1ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى إدراج تاريخ إغلاق وظيفتك الجديدة. _____ 1ج. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى إدراج اسم الشركة. _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تقدمت بطلب لتلقي، أو تلقيت، أو هل ستكون مؤهلاً لتلقي إذا تقدمت بطلب بذلك: 2أ. تعويضات البطالة بموجب قانون أي ولاية أو قانون فيدرالي؟ 2أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، متي تقدمت بالطلب؟ _____ 2ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، في أي ولاية تقدمت بالطلب؟ _____ 2ج. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل تمت الموافقة على الدفع لك؟ _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	2ب. مساعدات البطالة بسبب الأوبئة بموجب قانون أي ولاية أو قانون فيدرالي؟ 2أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فمتي تقدمت بالطلب؟ _____ 2ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، في أي ولاية تقدمت بالطلب؟ _____ 2ج. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل تمت الموافقة على الدفع لك؟ _____

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	3. أي مبالغ مقابل خسارة الأجر بسبب المرض أو العجز؟ 3أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل تمت الموافقة على استلامك الدفع؟ 3أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما التاريخ التي تستلم فيها الدفع؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	4. أي نوع من تأمين حماية العاملين في القطاع الخاص؟ 4أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل تمت الموافقة على استلامك الدفع؟ 4أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما التاريخ التي تستلم فيها الدفع؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	5. أي مبلغ من إعانات البطالة الإضافية (SUB, Supplemental Unemployment Benefit)؟ 5أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فمن يدير الإعانات؟ 5ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل تمت الموافقة على استلامك الدفع؟ 5ب أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما التاريخ التي تستلم فيها الدفع؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	6. هل تتلقى أو ستتلقى راتبًا تقاعديًا (بخلاف الضمان الاجتماعي) خلال الـ 12 شهرًا القادمة؟ 6أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى ذكر اسم صاحب العمل الذي حافظ على أو ساهم في خطة التقاعد هذه؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	7. تم تشخيص إصابتي بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) أو أعاني من أعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) وأسعى للحصول على تشخيص طبي. 7أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي تم تشخيصك فيه أو الذي بدأت تعاني من الأعراض فيه.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	8. تم تشخيص إصابة أحد أفراد أسرتي بفيروس كورونا المستجد (COVID-19). 8أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي تم تشخيص أحد أفراد أسرتك فيه
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	9. أنا أقدم الرعاية لأحد أفراد عائلتي أو أحد أفراد أسرتي الذي تم تشخيص إصابته بفيروس كورونا المستجد (COVID-19). 9أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي تم تشخيص أحد أفراد أسرتك فيه
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	10أ. لا يستطيع أبني أو أي فرد آخر في أسرتي، والذي أكون معيله الأساسي، الالتحاق بمدرسة أغلقت كنتيجة مباشرة لحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19) وتطلب مني هذه المدرسة العمل 10أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج اسم المدرسة المغلقة. 10ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج تاريخ الإغلاق.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	10ب. لا يستطيع أبني أو أي فرد آخر في أسرتي، والذي أكون معيله الأساسي، الذهاب إلى مرافق رعاية أغلقت كنتيجة مباشرة لحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19) وتطلب مني مرافق الرعاية هذه العمل. 10ب أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج اسم مرافق الرعاية المغلق. 10ب ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج تاريخ الإغلاق.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	11. أصبحت المعيل أو الداعم الأساسي لأسرتي لأن رب الأسرة قد توفي كنتيجة مباشرة لفيروس كورونا المستجد (COVID-19). 11أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي أصبحت فيه معيل أسرة.

<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم	<p>12. تم إغلاق مكان عملي كنتيجة مباشرة لحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19). 12أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج اسم الشركة _____ 12ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج تاريخ الإغلاق الدائم أو المؤقت لمكان عملك. _____ 12ج. هل اتصل بك صاحب العمل للعودة إلى العمل؟ 12ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، هل عدت إلى العمل؟ _____</p>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<p>13. أنا أعمل لحسابي الخاص (بما في ذلك متعاقد مستقل وموظف مؤقت) وشهدت انخفاضًا كبيرًا في خدماتي الاعتيادية أو المعتادة بسبب حالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19). 13أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج اسم الشركة. _____ 13ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي شهدت فيه أعمالك انخفاضًا كبيرًا. _____</p>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<p>14. لقد تركت وظيفتي كنتيجة مباشرة لحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19). 14أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي تركت فيه وظيفتك. _____ 14ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج اسم الشركة. _____ 14ج. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى ذكر سبب تركك للعمل طواعية. _____</p>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<p>15. لا أستطيع الذهاب إلى مكان عملي لأن أحد مقدمي الرعاية الصحية قد نصحتني بالحجر الصحي بسبب مخاوف تتعلق بفيروس كورونا المستجد (COVID-19). 15أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى ذكر سبب عدم قدرتك على الذهاب إلى مكان عملك. _____ 15ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي بدأ فيه ذلك _____</p>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<p>16. لا أستطيع الذهاب إلى مكان عملي بسبب الحجر الصحي المفروض كنتيجة مباشرة لحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19). 16أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى ذكر سبب عدم قدرتك على الذهاب إلى مكان عملك. _____ 16ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى إدراج التاريخ الذي بدأ فيه ذلك _____</p>
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم	<p>17. هل لديك القدرة على الاستمرار في تلقي دفعات من صاحب العمل أثناء العمل من المنزل؟ 17أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل سيسمح لك بالعمل في نفس الساعات التي كنت تعمل فيها قبل العمل من المنزل؟ 17أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل كان معدل راتبك هو نفسه الذي كان يدفع لك سابقًا؟ 17أ. إذا كانت الإجابة بـ "لا"، فما معدل الراتب الجديد؟ _____ 17ب. إذا كانت الإجابة بـ "لا"، فما عدد الساعات المسموح لك بالعمل فيها؟ _____ 17ب. لماذا لا تعمل من المنزل؟ _____</p>
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<p>18. هل تحصل على إجازة مرضية مدفوعة الأجر أو استحقاقات أخرى مدفوعة الأجر؟ 18أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فمن الذي يقدم استحقاق الإجازة مدفوعة الأجر؟ _____ 18ب. ما التواريخ التي تحصل فيها على إجازة مدفوعة الأجر؟ _____ 18ج. ما مقدار الإجازة المدفوعة الأجر التي تحصل عليها؟ _____ 18د. كم عدد ساعات الإجازة مدفوعة الأجر التي تحصل عليها؟ _____</p>

<p><input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>19. حُرمت من إعانات البطالة المستمرة لأنني رفضت العودة إلى العمل أو قبول عرض عمل في موقع عمل لا يمثل، في كلتا الحالتين، لمعايير الصحة والسلامة المحلية أو الحكومية أو الوطنية المرتبطة مباشرة بفيروس كورونا المستجد (COVID-19). وتشمل -على سبيل المثال لا الحصر- تلك المتعلقة بارتداء أقنعة الوجه، أو تدابير التباعد الجسدي، أو توفير معدات الحماية الشخصية المتوافقة مع إرشادات الصحة العامة.</p> <p>19أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاذكر اسم صاحب العمل _____</p> <p>19ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يرجى ذكر التاريخ الذي رفضت فيه الوظيفة أو عدت فيه إلى العمل _____</p> <p>19ج. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاذكر تاريخ حرمانك من البطالة _____</p>
<p><input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>20. أقدم خدمات لمؤسسة تعليمية أو وكالة خدمات تعليمية وأنا عاطل عن العمل أو عاطل جزئيًا عن العمل بسبب التقلب في جدول العمل الناجم مباشرة عن حالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19). ويشمل ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- التغييرات في الجداول الزمنية والإغلاق الجزئي.</p> <p>20أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاذكر اسم صاحب العمل الذي تقدم خدمات له _____</p> <p>20ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما نوع العمل الذي تقوم به للمؤسسة التعليمية أو وكالة الخدمات التعليمية؟ _____</p> <p>20ج. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل لديك عقد أو اتفاقية مع صاحب العمل؟ _____</p> <p>20د. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاذكر تاريخ تسريحك أو تقليل ساعات عملك. _____</p>
<p><input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>21. أنا موظف وتم تخفيض ساعات العمل الخاصة بي أو تم تسريحني كنتيجة مباشرة لحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19).</p> <p>21أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاذكر اسم صاحب العمل _____</p> <p>21ب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى إدراج تاريخ تسريحك أو تقليل ساعات عملك. _____</p> <p>21ج. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل تعمل جميع الساعات المتاحة لك من قبل صاحب العمل؟ _____</p>
<p><input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>22. لا ينطبق عليّ أي مما سبق.</p> <p>22أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فيرجى تقديم معلومات عن سبب كونك عاطلاً عن العمل حاليًا. _____</p>
<p><input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>23. هل تعمل حاليًا لحسابك الخاص؟</p> <p>إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يجب أن تجيب عن الأسئلة الواردة في القسم د.</p>

د. معلومات عن العمل الحر

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	1. في وقت تفشي الوباء، هل كان هذا العمل الحر مهنتك الأساسية ووسيلتك الأساسية لكسب الرزق؟ أ. إذا كانت الإجابة بـ "لا"، يُرجى التوضيح. _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	2. ما الخدمات التي تقدمها؟ _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	3. هل لديك اسم تجاري؟ 3أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فالرجاء إدراج اسم الشركة ورقم هاتف الشركة. اسم الشركة _____ الهاتف _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	4. هل تقدمت بطلب لعودة النشاط التجاري؟ (مثال: ملحق ج، 1120 أو a1065) 4أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما النموذج الذي قدمته؟ _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	5. هل حددت كيفية أداء العمل؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	6. هل لديك الحق في توظيف شخص ما لمساعدتك على أداء خدماتك؟ 6أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فهل يمكنك تسريحهم؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	7. هل حددت المكان الذي سوف يتم فيه أداء العمل؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	8. هل حددت معدل التعويض الخاص بك؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	9. هل لديك استثمار في أدوات ومعدات وما إلى ذلك؟ 9أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فما مقدار هذا الاستثمار؟ _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	10. هل يمكن للشركة التي تقدم خدماتك إليها إنهاء عملك؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	11. هل لديك أكثر من عميل؟ 11أ. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فكم عدد العملاء لديك؟ _____

هـ. التفويض بالاقطاع الضريبي

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	تعد أي إعانات تأمين ضد البطالة تحصل عليها دخلاً خاضعاً للضريبة بالكامل إذا طُلب منك تقديم إقرار ضريبي. قد تحتاج إلى سداد الدفعات الضريبية المقدرة. ولمزيد من المعلومات حول الدفعات الضريبية المقدرة، يُرجى الاتصال بـ Internal Revenue Service. وللحصول على معلومات عن ضرائب الولاية، يُرجى الاتصال بـ Oregon Department of Revenue. يمكنك اختيار اقطاع نسبة 10% من الإعانات المقدمة إليك مقابل الضرائب الفيدرالية و/ أو نسبة 6% مقابل ضرائب الولاية. • هل تختار أن يتم اقطاع نسبة 10% من إعانات ضد البطالة الخاصة بك مقابل الضرائب الفيدرالية على الدخل؟ • هل تختار أن يتم اقطاع نسبة 6% من إعانات ضد البطالة الخاصة بك مقابل ضرائب الولاية على الدخل؟ وبناءً عليه، يظل هذا التفويض ساريًا بشأن هذه المطالبة حتى تتلقى Oregon Employment Department إشعارًا خطيًا من طرفك بإنهائه.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	

و. التقديم بأثر رجعي

اذكر أدناه جميع الأسابيع التي تلي تاريخ الوباء والتي كنت فيها عاطلاً عن العمل كلياً أو جزئياً بسبب الوباء والتي تطالب عنها بمساعدات البطالة بسبب الوباء (PUA). يُرجى الإبلاغ عن إجمالي الدخل من التوظيف وإجمالي الدخل من العمل الحر.

نوع الدخل	إجمالي الدخل	ساعات العمل	الأسبوع ينتهي في	نوع الدخل	إجمالي الدخل	ساعات العمل	الأسبوع ينتهي في

بالنسبة للأسابيع المقدم مطالبة بشأنها والواردة أعلاه، يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بتحديد الخانة (الخانات) المناسبة و/أو تقديم المعلومات الإضافية المطلوبة.

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	1. هل تقدمت بطلب أو استلمت: أ. أي دفعات تأمين مقابل خسارة الأجر بسبب المرض أو العجز؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى ذكر نوع الدفعة: _____ الفترة المشمولة: اعتباراً من: _____ إلى _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	ب. أي دفعات من تأمين حماية العاملين في القطاع الخاص؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى ذكر نوع الدفعة: _____ الفترة المشمولة: اعتباراً من: _____ إلى _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	ج. أي دفعات من إعانات البطالة الإضافية؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى ذكر نوع الدفعة: _____ الفترة المشمولة: اعتباراً من: _____ إلى _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	د. هل توجد أي مبالغ مستحقة لك من أي تقاعد أو معاش تقاعدي أو دفعات سنوية من خطة ساهم بها أو يحتفظ بها صاحب العمل الذي تلقيت منه دفعات في عام 2019؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى ذكر نوع الدفعة: _____ الفترة المشمولة: اعتباراً من: _____ إلى _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	2. هل كنت قادراً ومتاحاً وتبحث بجد عن عمل خلال هذا الأسبوع بناءً على متطلبات الولاية؟ إذا لم تكن تبحث عن عمل كما هو مطلوب، أو لم تتمكن من تقديم دليل على أنشطة البحث عن العمل عند طلب ذلك، سترفض مطالبتك وستتوقف المزايا المقدّمة لك.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	3. هل تتأثر حالياً بحالة الطوارئ الصحية العامة "فيروس كورونا المستجد" (COVID-19)؟ 3أ. إذا كانت الإجابة بـ "لا"، يُرجى التوضيح: _____
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	4. هل رفضت أي عمل خلال الأسابيع المقدم مطالبة بشأنها والواردة أعلاه؟

ر. الإفصاح عن بطاقة RELIACARD

الإفصاح قبل الحصول على بطاقة U.S. Bank ReliaCard ® | اسم البرنامج: Oregon Unemployment Insurance | تاريخ المرجع: يونيو 2017

لديك خيارات حول كيفية تلقي دفعاتك بما في ذلك الإيداع المباشر في حسابك المصرفي أو هذه البطاقة المدفوعة مسبقًا. اسأل وكالتك عن الخيارات المتاحة وحدد خيارك.

لكل شراء 0 دولار أمريكي	الرسوم الشهرية 0 دولار أمريكي	السحب من أجهزة الصراف الآلي 0 دولار أمريكي داخل الشبكة 2.00 دولار أمريكي* خارج الشبكة	تحويل النقد غ/م
		0 دولار أمريكي	الاستعلام عن الرصيد من أجهزة الصراف الآلي (داخل الشبكة أو خارج الشبكة)
		0 دولار أمريكي لكل اتصال	خدمة العملاء (الوكيل الآلي أو المباشر)
		2.00 دولار أمريكي شهريًا	عدم الاستخدام (بعد 365 يومًا بدون معاملات)

هذا، ونفرض ثلاثة أنواع أخرى من الرسوم

* قد تقل هذه الرسوم اعتمادًا على كيفية ومكان استخدام هذه البطاقة. يُرجى الاطلاع على جدول الرسوم المرفق لمعرفة طرق مجانية للحصول على أموالك ومعلومات عن الرصيد. لا توجد ميزة السحب على المكشوف / الائتمان. تعد أموالك مؤهلة لـ (FDIC insurance) (Federal Deposit Insurance Corporation) للحصول على معلومات عامة حول الحسابات المدفوعة مسبقًا، يُرجى زيارة cfpb.gov/prepaid. يمكنك الاطلاع على تفاصيل وشروط جميع الرسوم والخدمات داخل حزمة البطاقة أو اتصل بالرقم 1-855-279-1270 أو قم بزيارة usbankreliacard.com.

جدول رسوم بطاقة U.S. Bank ReliaCard ® | اسم البرنامج: Oregon Unemployment Insurance | تاريخ السريان: مايو 2018

تفاصيل	جميع الرسوم	المبلغ
الحصول على الأموال نقدًا		
السحب من أجهزة الصراف الآلي (داخل الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا مقابل كل عملية سحب تشير كلمة "داخل الشبكة" إلى شبكات أجهزة الصراف الآلي داخل U.S. Bank أو MoneyPass® ويمكنك إيجاد موقعنا على usbank.com/locations أو moneypass.com/atm-locator .
السحب من أجهزة الصراف الآلي (خارج الشبكة)	2.00 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا مقابل كل عملية سحب ويتم التنازل عن هذه الرسوم لأول عمليتي سحب من أجهزة الصراف الآلي شهريًا، والتي تشمل كلا من عمليات السحب من أجهزة الصراف الآلي (خارج الشبكة) وعمليات السحب الدولية من أجهزة الصراف الآلي. تشير كلمة "خارج الشبكة" إلى شبكات أجهزة الصراف الآلي داخل U.S. Bank أو MoneyPass® قد تُفرض عليك أيضًا رسوم من قبل مشغل الصراف الآلي حتى لو لم تكتمل المعاملة.
السحب النقدي من الصراف	0 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم المفروضة عليك عند قيامك بسحب النقود من بطاقتك من صراف في بنك أو اتحاد ائتماني يقبل (Visa®).
معلومات		
الاستعلام عن الرصيد من أجهزة الصراف الآلي (خارج الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا مقابل كل عملية استعلام تشير كلمة "داخل الشبكة" إلى شبكات أجهزة الصراف الآلي داخل U.S. Bank أو MoneyPass® ويمكنك إيجاد مواقعنا على usbank.com/locations أو moneypass.com/atm-locator .
الاستعلام عن الرصيد من أجهزة الصراف الآلي (داخل الشبكة أو خارج الشبكة)	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا مقابل كل عملية استعلام تشير كلمة "خارج الشبكة" إلى شبكات أجهزة الصراف الآلي داخل U.S. Bank أو MoneyPass®. قد تُفرض عليك أيضًا رسوم من قبل مشغل الصراف الآلي.

التكملة في الصفحة التالية

استخدام بطاقتك خارج الولايات المتحدة الأمريكية

المعاملات الدولية	3%	هذه هي الرسوم المفروضة عليك عند استخدام بطاقتك لعمليات الشراء من التجار الأجانب وللسحب النقدي من أجهزة الصراف الآلي الأجنبية وهي نسبة مئوية من مبلغ المعاملة بالدولار، بعد إجراء أي تحويل للعملة. تعد معاملات بعض التجار وأجهزة الصراف الآلي، حتى لو كنت موجودًا أنت و/أو التاجر أو جهاز الصراف الآلي داخل الولايات المتحدة، معاملات أجنبية بموجب قواعد الشبكة المعمول بها، ولا نتحكم في كيفية تصنيف هؤلاء التجار وأجهزة الصراف الآلي والمعاملات لهذا الغرض.
عمليات السحب الدولية من أجهزة الصراف الآلي	2.00 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا مقابل كل عملية سحب ويتم التنازل عن هذه الرسوم لأول عمليتي سحب من أجهزة الصراف الآلي شهريًا، والتي تشمل كلا من عمليات السحب من أجهزة الصراف الآلي (خارج الشبكة) وعمليات السحب الدولية من أجهزة الصراف الآلي. قد تُفرض عليك أيضًا رسوم من قبل مشغل الصراف الآلي حتى لو لم تكتمل المعاملة.
رسوم أخرى		
استبدال البطاقة	0 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا لكل بطاقة بديلة يتم إرسالها إليك بالبريد مع التسليم القياسي (حتى 10 أيام عمل).
التسليم العاجل للبطاقة البديلة	15.00 دولار أمريكي	هذه هي رسومنا للتسليم العاجل (حتى 3 أيام عمل)، بالإضافة إلى رسوم استبدال البطاقة.
عدم الاستخدام	2.00 دولار أمريكي	هذه هي الرسوم التي نفرضاها كل شهر بعد عدم إتمامك لمعاملة باستخدام بطاقتك لمدة 365 يومًا متتاليًا.

تعد أموالك مؤهلة لـ FDIC insurance. يتم الاحتفاظ بأموالك لدى U.S. Bank National Association وهي مؤسسة مؤمنة من FDIC، ويتم تأمينها حتى 250.000 دولار من قبل FDIC في حالة إخفاق U.S. Bank يرجى الاطلاع على fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html لمزيد من التفاصيل.

لا توجد ميزة السحب على المكشوف / الائتمان. اتصل بخدمات حامل البطاقة عن طريق الاتصال بالرقم 1-855-279-1270 ، عن طريق البريد على ص.ب. P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 أو قم بزيارة usbankreliacard.com.

للحصول على معلومات عامة حول الحسابات المدفوعة مسبقًا، يرجى زيارة cfpb.gov/prepaid. إذا كانت لديك شكوى بشأن حساب مدفوع مقدمًا، فاتصل بـ Consumer Financial Protection Bureau على الرقم 1-855-411-2372 أو قم بزيارة cfpb.gov/complaint.

□ لقد قرأت معلومات بطاقة ReliaCard

ح. التصليل

أفهم أنه يخضع الإدلاء بهذه الشهادة لعقوبة الحنث باليمين وأنه قد يخضع التصليل المتعمد من أجل الحصول على دفعات لا يحق لي الحصول عليها للملاحقة الجنائية.
 أوافق

ط. شهادة مقدم الطلب

أشهد أن المعلومات التي قدمتها أعلاه، والتي سيتم استخدامها لتحديد أهليتي لمساعدات البطالة بسبب الأوبئة، صحيحة على حد علمي. أفهم أنني قد أتعرض لعقوبات إدارية، بما في ذلك عقوبات الحنث باليمين، أو الإجراءات القانونية إذا تقرر أنني حجبت أو قدمت معلومات خاطئة للحصول على دفعات المساعدة التي لا يحق لي الحصول عليها.

أشهد

أني مواطن أو حامل جنسية الولايات المتحدة الأمريكية نعم لا

إذا كانت الإجابة بـ "لا"، هل أنت في حالة هجرة شرعية؟ نعم لا

رقم تصريح العمل _____

التوقيع: _____ التاريخ (الشهر، اليوم، السنة) _____

إذا تبين أنك مؤهل لتلقي مساعدات البطالة بسبب الأوبئة (PUA)، فسنؤسس مطالبة بحد أدنى قدره 205 دولار أمريكي. إذا كنت ترغب تقييم مطالبتك لزيادة مبلغ الإعانات الأسبوعية، فيجب عليك تقديم إثبات الدخل للسنة الضريبية 2019. من أجل إمكانية الحصول على مبلغ مطالبة أعلى، يجب أن يكون لديك دخل يزيد عن 16,480 دولارًا أمريكيًا لعام 2019. يمكنك استخدام النموذج 196PUA لتحديد المبلغ الذي قد تكون مؤهلاً لتلقيه.

يرجى تقديم طلبك المكتمل إلى:

البريد: Oregon Employment Department, PO Box 14165, Salem, OR 97311
Fax: 2893 371 (503)

The Oregon Employment Department هي جهة عمل/برنامج لتكافؤ الفرص. هذا، وتُتاح الخدمات التالية بدون تكلفة عند الطلب: المساعدات الإضافية والخدمات عند الطلب للأفراد ذوي الإعاقة والمساعدة اللغوية للأشخاص ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية. ولهذا الغرض، اسأل أحد موظفينا لمزيد من المعلومات.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de los siguientes servicios a pedido y sin costo: Servicios o ayudas auxiliares, y formatos alternos para personas con discapacidades y asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés. Para mayor información, pregunte a nuestro personal.