

درخواست اولیه برای بهره‌مندی از «مساعدت برای بیکاری ناشی از همه‌گیری»

این درخواست اولیه شما جهت دریافت «مساعدت برای بیکاری ناشی از همه‌گیری» (PANDEMIC UNEMPLOYMENT ASSISTANCE, PUA) است. می‌توانید دستورالعمل‌های تکمیل و ارسال درخواست‌نامه را در صفحه «قانون (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security) CARES» در وبسایت unemployment.oregon.gov پیدا کنید. لطفاً همه بخش‌های فرم را تکمیل کنید. عدم تکمیل فرم باعث تأخیر در روند پردازش درخواست‌نامه شما خواهد شد. درخواست‌نامه را با نامی که در حال حاضر در پرونده Social Security Administration ثبت شده است تکمیل کنید. فقط یک درخواست‌نامه ارسال کنید، زیرا ارسال چند درخواست‌نامه روند بررسی را به‌تأخیر می‌اندازد.

اگر تعیین کنیم واجد شرایط دریافت PUA هستید، قوانین فدرال ایجاب می‌کند اسنادی را به‌عنوان مدرک اثبات اشتغال یا خوداشتغالی خود در اختیار ما قرار دهید. باید ظرف ۲۱ روز از تاریخ تکمیل درخواست‌نامه، این اطخیرات را دریافت کنیم. برای کسب اطخیرات بیشتر در خصوص اینکه چه مدارکی از اشتغال یا خوداشتغالی شما قابل قبول در نظر گرفته می‌شوند، به راهنمای «مدرک اشتغال/ خوداشتغالی» ما مراجعه کنید. اگر قبلاً مدرک قابل قبول اشتغال/ خوداشتغالی را همراه با درخواست‌نامه PUA خود در اختیار ما قرار داده‌اید، خیرزم «نیست» اطخیرات بیشتری به ما ارائه دهید.

مهم: اگر ظرف ۲۱ روز اسناد خیرزم را ارسال نکنید، مطالبه PUA شما متوقف خواهد شد و باید کل مبلغ مزایای هفته‌های پرداخت‌شده را برگردانید (از هفته‌ای که روز پایانی آن ۲ ژانویه ۲۰۲۱ است).

به‌دلیل الزامات گزارش‌دهی فدرال و محدودیت‌های سیستمی، در حال حاضر فقط گزینه‌های «مرد» و «زن» در دسترس است. با این حال، اگر جنسیت انتخاب‌شده در این فرم با جنسیت ثبت‌شده در Social Security Administration مطابقت نداشته باشد، تأخیری در پردازش مطالبه شما به‌وجود نخواهد آمد.

A. اطخیرات متقاضی

نام متقاضی (نام خانوادگی، نام، نام میانی) (لطفاً از نامی که در پرونده Social Security Administration ثبت شده است استفاده کنید)		تاریخ تولد (ماه، روز، سال)	
نشانی پستی متقاضی: (خیابان یا صندوق پستی)		شماره تأمین اجتماعی	
شهر		ایالت	کد پستی
نشانی ایمیل متقاضی		تلفن	
روش ترجیحی تماس		تلفن	ایمیل
<input type="checkbox"/> سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آخیرسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا دیگر جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی‌تبار یا سیاه‌پوست <input type="checkbox"/> موردی دیگر		نژاد: (همه مواردی را که برای شما صدق می‌کند عخیرمت بزنید) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
جنسیت (یکی از گزینه‌ها را انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		آیا قومیت هیسپانیک یا خیرتین دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

ما همه شماره‌های تأمین اجتماعی را از طریق تطابق رایانه‌ای با Social Security Administration تأیید می‌کنیم. اگر نتیجه این تطابق ناموفق باشد، مدت پردازش درخواست‌نامه «مساعدت برای بیکاری ناشی از همه‌گیری» و پرداخت‌های شما طوخیرنی‌تر خواهد شد.

طبق «قانون درآمد داخلی» (The Internal Revenue Code) و «قوانین اداری اورگن» (Oregon Administrative Rules)، ارائه شماره تأمین اجتماعی هنگام مطالبه غرامت بیکاری الزامی است. از شماره تأمین اجتماعی برای گزارش مزایای بیمه بیکاری شما به «سازمان درآمد داخلی» (Internal Revenue Service) و «اداره درآمد اورگن» (Oregon Department of Revenue) به‌عنوان درآمد مشمول مالیات استفاده می‌شود. این شماره برای تأیید هویت، به اداره Social Security Administration خواهد شد. این شماره ممکن است برای فعالیت‌های مربوط به جمع‌آوری بدهی سازمان‌های دولتی استفاده شود و ممکن است برای صدور کارت ReliaCard VISA که مزایای شما به آن واریز می‌شود، در اختیار U.S. Bank قرار بگیرد.

B. اشتغال متقاضی

بهمینطور دریافت کامل حق هفتگی ام از «مساعدت برای بیکاری ناشی از همهگیری»، گواهی می‌دهم که در ۱۸ ماه گذشته اشتغال و/یا خوداشتغالی زیر را داشته‌ام. اگر هیچ اشتغال یا خوداشتغالی را مشخص نکنید، می‌تواند بر واجد شرایط بودن شما برای دریافت «مساعدت برای بیکاری ناشی از همهگیری» تأثیر بگذارد.

نام کارفرما (یا در صورت خوداشتغالی درج «Self Employed»)	نشانی کارفرما	شماره تلفن	دوره اشتغال از	تا

اظهار تحت سوگند درآمد

برای اینکه تحت «مساعدت برای بیکاری ناشی از همهگیری» (PUA) واجد شرایط دریافت مساعدت بیشتر از مبلغ حداقل ۲۰۵ دخیبر در هفته باشید، باید مدرکی از درآمد خود در سال ۲۰۱۹ ارائه کنید. اگر خوداشتغال هستید، باید اظهارنامه مالیاتی سال ۲۰۱۹ خود را به همراه زمان‌بندی (های) مالیات خوداشتغالی‌تان ارائه کنید. اگر در استخدام کسب‌وکار (هایی) بوده‌اید که مالیات بیکاری پرداخت نمی‌کنند، لطفاً فرم W-2 خود از آن کارفرمایان را در بخش آپلود درخواستنامه PUA ارائه کنید.

اگر در حال حاضر اسناد مالیاتی‌تان را در دسترس ندارید، می‌توانید بعداً آن‌ها را ارائه کنید و در این لحظه از طریق این فرم، اظهارنامه تحت سوگندی از درآمد خود ارائه دهید. اگر اظهارنامه تحت سوگندی از درآمد سال ۲۰۱۹ خود ارائه دهید، مبلغ مزایای شما براساس این اطخیرات خواهد بود. ظرف ۲۱ روز از تاریخ ارسال این فرم فرصت دارید مدرک درآمد خود را ارائه کنید. اگر اطخیرات درخواستی را در این مهلت ۲۱ روزه ارائه نکنید، ممکن است مزایای مازادی دریافت کنید و مجبور شوید مبلغ مازاد دریافتی را پس بدهید.

موافقم

اظهار تحت سوگند درآمد، سال گذشته (اشتغال)

نام کارفرما	نوع اشتغال (تمام‌وقت، پاره‌وقت، فقط حق کمیسیون، فصلی، موقت)	آیا W-2 دریافت کرده‌اید؟	اگر W-2 دریافت نکرده‌اید، آیا مدرک دیگری برای اثبات این درآمد دارید؟	شماره شناسایی فدرال کارفرما (در اسناد مالیاتی درج می‌شود)	درآمد ناخالص کلی در سال ۲۰۱۹
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			

اظهار تحت سوگند درآمد، سال گذشته (خوداشتغال)

نام کسب و کار	نوع کسب و کار خوداشتغالی (شرکتی، LLC (شرکت با مسئولیت محدود)، مالکیت انفرادی، پیمانکار مستقل، هیچ‌کدام)	نوع اظهارنامه مالیاتی تهیه‌شده (فرم 1040 یا 1040-SR، فرم 1120، فرم S-1120، فرم 1065 و غیره)	مجموع درآمد خالص سال ۲۰۱۹ (بعداً کسر کلیه هزینه‌ها)

گواهی می‌دهم اطمینان می‌کنم که در باخیر ارائه کرده‌ام، تا آنجا که می‌دانم، درست است. متوجه هستم که اگر در ۲۱ روز آینده، اسناد مالیاتی درخواستی را ارائه نکنم، ممکن است مشمول مزایای مازاد شوم. متوجه هستم که اگر عمداً اطمینان نادرست ارائه کنم، ممکن است با مجازاتی تا سطح و شامل پیگرد قانونی مواجه شوم.

موافقم

C. سواخیرت واجد شرایط بودن

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>1. قرار بر این بود که به‌زودی مشغول به کار شوم، اما به‌دلیل وضعیت اضطراری سخیرمت عمومی ناشی از کووید-۱۹ کارم را از دست دادم یا نمی‌توانم در آن محل کار حاضر شوم</p> <p>1a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً تاریخی را وارد کنید که قرار بود کارتان را شروع کنید. _____</p> <p>1b. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً تاریخی را وارد کنید که کار جدیدتان تعطیل شد. _____</p> <p>1c. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً نام کسب و کار را وارد کنید. _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>آیا برای مزایای زیر درخواست داده‌اید، آن‌ها را دریافت کرده‌اید، یا اگر برای آن‌ها درخواست دهید، واجد شرایط دریافت خواهید بود:</p> <p>2a. جبران خسارت بیکاری تحت هرگونه قانون ایالتی یا فدرال؟</p> <p>2a. اگر پاسخ شما «بله» است، چه زمانی درخواست دادید؟ _____</p> <p>2b. اگر پاسخ شما «بله» است، در کدام ایالت درخواست دادید؟ _____</p> <p>2c. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا با پرداخت مزایای درخواستی شما موافقت شد؟ _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>2b. مساعدت برای بیکاری ناشی از همه‌گیری تحت هرگونه قانون ایالتی یا فدرال؟</p> <p>2a. اگر پاسخ شما «بله» است، چه زمانی درخواست دادید؟ _____</p> <p>2b. اگر پاسخ شما «بله» است، در کدام ایالت درخواست دادید؟ _____</p> <p>2c. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا با پرداخت مزایای درخواستی شما موافقت شد؟ _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>2c. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا با پرداخت مزایای درخواستی شما موافقت شد؟ _____</p>

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بله	<p>3. هرگونه مبلغ دریافتی برای جبران از دست دادن دستمزد به دلیل بیماری یا ناتوانی؟ 3a. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا با پرداخت به شما موافقت شده است؟ 3aa. اگر پاسخ شما «بله» است، در چه تاریخ‌هایی پرداخت دریافت می‌کنید؟ _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بله	<p>4. هر نوع بیمه محافظت از درآمد خصوصی؟ 4a. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا با پرداخت به شما موافقت شده است؟ 4aa. اگر پاسخ شما «بله» است، در چه تاریخ‌هایی پرداخت دریافت می‌کنید؟ _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بله	<p>5. هر مبلغی به عنوان مزایای تکمیلی بیکاری (supplemental unemployment benefit, SUB)؟ 5a. اگر پاسخ شما «بله» است، چه کسی این مزایا را کنترل و اداره می‌کند؟ _____</p> <p>5b. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا با پرداخت به شما موافقت شده است؟ 5ba. اگر پاسخ شما «بله» است، در چه تاریخ‌هایی پرداخت دریافت می‌کنید؟ _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>6. آیا حقوق بازنشستگی (به غیر از امنیت اجتماعی) دریافت می‌کنید یا ظرف ۱۲ ماه آینده دریافت خواهید کرد؟ 6a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً نام کارفرمایی را ارائه کنید که هزینه این طرح بازنشستگی را پرداخت کرده است یا در پرداخت آن مشارکت داشته است. _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>7. به کووید-۱۹ مبتخیر شده‌ام یا عخیر نم کووید-۱۹ را دارم و به دنبال تشخیص پزشکی هستم. 7a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً تاریخ تشخیص پزشکی یا تاریخ شروع عخیر نم را وارد کنید. _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>8. یکی از کسانی که با آن‌ها زندگی می‌کنم، طبق تشخیص پزشکی به کووید-۱۹ مبتخیر شده است. 8a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً تاریخ تشخیص بیماری آن عضو خانوار را وارد کنید. _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>9. از یکی از اعضای خانواده یا خانوار که به کووید-۱۹ مبتخیر شده است مراقبت می‌کنم. 9a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً تاریخ تشخیص بیماری آن عضو خانوار را وارد کنید. _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بله	<p>10a. کودک یا فرد دیگری در خانوارم که من مسئول اصلی مراقبت از او هستم، به دلیل تعطیلی مدرسه در نتیجه وضعیت اضطراری سخیرمت عمومی ناشی از کووید-۱۹ مجبور است در خانه باشد و به همین دلیل قادر به کار کردن نیستم. 10aa. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً نام مرکز آموزشی تعطیل شده را وارد کنید. _____</p> <p>10ab. اگر پاسخ شما «بله» است، تاریخ تعطیلی آن مرکز را وارد کنید. _____</p> <p>10b. کودک یا فرد دیگری در خانوارم که من مسئول اصلی نگهداری از او هستم، به دلیل بسته شدن مرکز نگهداری در نتیجه وضعیت اضطراری سخیرمت عمومی ناشی از کووید-۱۹ مجبور است در خانه باشد و به همین دلیل قادر به کار کردن نیستم. 10ba. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً نام مرکز تعطیل شده را وارد کنید. _____</p> <p>10bb. اگر پاسخ شما «بله» است، تاریخ تعطیلی آن مرکز را وارد کنید. _____</p>
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<p>11. به دلیل فوت سرپرست خانوار در اثر کووید-۱۹، نان‌آور خانواده شده‌ام یا تأمین‌کننده اصلی نیازهای خانواده هستم. 11a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً مشخص کنید از چه تاریخی تأمین‌کننده اصلی نیازهای خانوار هستید. _____</p>

D. اطخیرات خود اشتغالی

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	1. در زمان این همه‌گیری، آیا این حرفه آزاد شغل اصلی و شیوه اصلی امرار معاش شما بود؟ 1a. اگر پاسخ شما «خیر» است، لطفاً توضیح دهید.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	2. چه خدماتی انجام می‌دادید؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	3. آیا نام تجاری دارید؟ 3a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً نام کسب‌وکار و شماره تلفن کسب‌وکار را وارد کنید. نام کسب‌وکار _____
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	4. آیا اظهارنامه مالیاتی تجاری ثبت کرده‌اید؟ (مثنخیر: Schedule C، 1120 یا 1065) 4a. اگر پاسخ شما «بله» است، کدام فرم مالیاتی را تکمیل می‌کنید؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	5. آیا شما تعیین می‌کنید کار چگونه انجام شود؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	6. آیا از این حق برخوردار هستید که فردی را برای کمک به شما در خدمات‌رسانی استخدام کنید؟ 6a. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا می‌توانید آن‌ها را از کار برکنار کنید؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	7. آیا شما تعیین می‌کنید کار کجا انجام شود؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	8. آیا شما نرخ غرامت خود را تعیین می‌کنید؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	9. آیا در ابزار، تجهیزات و غیره سرمایه‌گذاری کرده‌اید؟ 9a. اگر پاسخ شما «بله» است، مبلغ سرمایه‌گذاری را مشخص کنید.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	10. آیا شرکتی که به آن خدمات‌رسانی دارید می‌تواند به فعالیت شما خاتمه دهد؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	11. آیا بیشتر از یک خدمات‌گیرنده دارید؟ 11a. اگر پاسخ شما «بله» است، چند خدمات‌گیرنده دارید؟

E. مجوز برای کسر مالیات

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	اگر ملزم به ثبت اظهارنامه مالیاتی باشید، کلیه حقوق بیمه بیکاری که دریافت می‌کنید مشمول مالیات خواهد بود. شاید خیرزم باشد مبلغ تخمینی برای مالیات پرداخت کنید. برای دریافت اطخیرات بیشتر درباره پرداخت مالیات تخمینی، با «سازمان درآمد داخلی» (Internal Revenue Service) تماس بگیرید. برای دریافت اطخیرات مربوط به مالیات ایالتی، با «اداره درآمد اورگن» (Oregon Department of Revenue) تماس بگیرید. می‌توانید انتخاب کنید ۱۰٪ از بیمه بیکاری شما به‌عنوان مالیات فدرال و/یا ۶٪ آن به‌عنوان مالیات ایالتی کسر شود. • می‌خواهید ۱۰٪ از مزایای بیمه بیکاری‌تان به‌عنوان مالیات فدرال کسر شود؟ • می‌خواهید ۶٪ از مزایای بیمه بیکاری‌تان به‌عنوان مالیات ایالتی کسر شود؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	این مجوز کسر مالیات تازمانی که Oregon Employment Department آخرین کتبی از سوی شما برای فسخ آن دریافت نکند، برای این مطالبه پابرجا خواهد بود.

F. مطالبه عطف به ماسبق

در بخش زیر تمامی هفته‌های بعد از شروع همه‌گیری را فهرست کنید که در طول آن‌ها به دلیل محدودیت‌های ناشی از همه‌گیری بیکار یا نیمه‌بیکار بوده‌اید و می‌خواهید برای آن‌ها مزایای PUA دریافت کنید. درآمد ناخالص از اشتغال و درآمد ناخالص از خوداشتغالی را گزارش کنید.

تاریخ پایان هفته	مجموع ساعات کار در هفته	درآمد ناخالص	نوع درآمد	تاریخ پایان هفته	مجموع ساعات کار در هفته	درآمد ناخالص	نوع درآمد

برای هفته‌های مطالبه‌شده در باخیر، با عخیرمت زدن کادر(های) مربوطه یا ارائه اطخیر عات تکمیلی درخواست‌شده، به سؤاخیرت زیر پاسخ دهید.

خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	<p>1. آیا متقاضی هریک از این مزایا بوده‌اید یا آن‌ها را دریافت کرده‌اید:</p> <p>a. هرگونه مبلغ دریافتی برای جبران از دست دادن دستمزد به دلیل بیماری یا ناتوانی؟ اگر پاسخ «بله» است، نوع پرداخت را مشخص کنید: _____ دوره تحت پوشش: از: _____ تا: _____</p>
خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	<p>b. هر پرداختی از بیمه محافظت از درآمد خصوصی؟ اگر پاسخ «بله» است، نوع پرداخت را مشخص کنید: _____ دوره تحت پوشش: از: _____ تا: _____</p>
خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	<p>c. هر مبلغی به عنوان مزایای تکمیلی بیکاری؟ اگر پاسخ «بله» است، نوع پرداخت را مشخص کنید: _____ دوره تحت پوشش: از: _____ تا: _____</p>
خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	<p>d. آیا هرگونه مبلغ قابل پرداخت به شما از هر نوع حقوق بازنشستگی، مستمری یا مقرری ساخیرنه از برنامه‌ای بوده که کارفرمای پرداخت‌کننده به شما در سال ۲۰۱۹ در آن مشارکت داشته یا آن را کنترل می‌کرده است؟ اگر پاسخ «بله» است، نوع پرداخت را مشخص کنید: _____ دوره تحت پوشش: از: _____ تا: _____</p>
خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	<p>2. آیا طبق الزامات ایالتی ما، در طول این هفته توانایی و آمادگی کار دارید و فعالانه در جستجوی کار هستید؟ اگر طبق الزامات در جستجوی کار نباشید، یا هنگام درخواست، قادر به اثبات فعالیت‌های کارایی خود نباشید، مطالبه شما رد و مزایای شما متوقف می‌شود.</p>
خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	<p>3. آیا در حال حاضر تحت تأثیر وضعیت اضطراری سخیرمت عمومی ناشی از کووید-۱۹ قرار دارید؟ 3a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً توضیح دهید _____</p>
خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	<p>4. آیا در هریک از هفته‌های مطالبه‌شده در باخیر، پیشنهاد کاری را رد کردید؟</p>

G. شفاف‌سازی درباره Reliacard

شفاف‌سازی پیش از اکتساب © U.S. Bank ReliaCard | نام برنامه: Oregon Unemployment Insurance (بیمه بیکاری اورگن) | تاریخ مرجع: ژوئن ۲۰۱۷

گزینه‌هایی برای نحوه دریافت مزایای خود دارید، از جمله واریز مستقیم به حساب بانکی یا این کارت پیش‌پرداخت. از سازمان خود بپرسید از کدام گزینه‌ها استفاده می‌کند و گزینه مطلوبتان را انتخاب کنید.

برای هر خرید صفر دخیرر	هزینه ماهانه صفر دخیرر	برداشت از خودپرداز صفر دخیرر خودپردازهای موجود در شبکه ۲ دخیرر* خودپردازهای خارج از شبکه	افزایش موجودی با وجه نقد نامشخص
صفر دخیرر		استعخیرم مانده حساب از طریق خودپرداز (در شبکه یا خارج از شبکه)	
صفر دخیرر برای هر تماس		خدمات مشتری (ماشینی یا نماینده انسانی)	
۲ دخیرر در ماه		عدم فعالیت (بعد از ۳۶۵ روز بدون ثبت تراکنش)	

۳ نوع هزینه دیگر را از شما دریافت می‌کنیم.

* بسته به نحوه و مکان استفاده از کارت، این هزینه می‌تواند کمتر باشد. برای اطخیر ع از روش‌های رایگان دسترسی به اطخیر عات وجوه و موجودی حسابتان، «Fee Schedule» (جدول هزینه‌ها) را که همراه درخواست‌نامه ارائه شده است ببینید. بدون قابلیت اضافه‌داشت/پس‌دست (استفاده اعتباری)، وجوه شما واجد شرایط بیمه سرمایه‌گذاری فدرال (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC) است. برای کسب اطخیر عات کلی درباره حساب‌های پیش‌پرداخت، از cfpb.gov/prepaid بازدید کنید. جزئیات و شرایط همه هزینه‌ها و خدمات را درون بسته کارت پیدا کنید یا برای دریافت این اطخیر عات با شماره 1-855-279-1270 تماس بگیرید یا به نشانی usbankreliacard.com بروید.

جدول هزینه‌ها © U.S. Bank ReliaCard | نام برنامه: Oregon Unemployment Insurance (بیمه بیکاری اورگن) | تاریخ اجرا: مه ۲۰۱۸

	کل هزینه‌ها	جزئیات	مبلغ
دریافت وجه نقد			
برداشت با خودپرداز (در شبکه)	صفر دخیرر	هزینه‌ای که برای برداشت کسر می‌کنیم. «در شبکه» (In-network) به شبکه خودپردازهای متعلق به U.S. Bank یا MoneyPass® اشاره دارد. مکان خودپردازهای در شبکه را در نشانی usbank.com/locations یا moneypass.com/atm-locator پیدا کنید	
برداشت با خودپرداز (خارج از شبکه)	۲ دخیرر	هزینه‌ای که برای برداشت کسر می‌کنیم. این هزینه برای دو برداشت اول با خودپرداز در ماه دریافت نمی‌شود، هم برای برداشت با دستگاه‌های خودپرداز خارج از شبکه و هم دستگاه‌های خودپرداز بین‌المللی. «خارج از شبکه» (Out-of-network) به همه دستگاه‌های خودپرداز خارج از شبکه‌های U.S. Bank یا MoneyPass® اشاره دارد. حتی اگر تراکنشی را کامل نکنید، ممکن است توسط اپراتور آن دستگاه خودپرداز هزینه‌ای از حساب شما کسر شود.	
برداشت وجه نقد در بانک	صفر دخیرر	این هزینه‌ای است که وقتی برای برداشت از کارت خود به متصدی بانک یا اتحادیه اعتباری که کارت‌های Visa® را می‌پذیرد مراجعه کنید.	
اطخیر عات			
استعخیرم مانده حساب با خودپرداز (در شبکه)	صفر دخیرر	هزینه‌ای که به‌ازای هر استعخیرم کسر می‌کنیم. «در شبکه» (In-network) به شبکه خودپردازهای متعلق به U.S. Bank یا MoneyPass® اشاره دارد. می‌توانید در سایت usbank.com/locations or moneypass.com/atm-locator محل نصب این دستگاه‌های خودپرداز را پیدا کنید.	
استعخیرم مانده حساب با خودپرداز (خارج از شبکه)	صفر دخیرر	هزینه‌ای که به‌ازای هر استعخیرم کسر می‌کنیم. «خارج از شبکه» (Out-of-network) به همه دستگاه‌های خودپرداز خارج از شبکه‌های U.S. Bank یا MoneyPass® اشاره دارد. همچنین ممکن است اپراتور دستگاه خودپرداز، هزینه‌ای از حسابتان کسر کند.	

ادامه مطالب در صفحه بعدی

استفاده از کارت خود در خارج از ایالات متحده		
تراکنش بین‌المللی	۳٪	این هزینه‌ای است که هنگام خرید نزد فروشندگان خارجی و برداشت وجه نقد از دستگاه‌های خودپرداز خارجی اعمال می‌کنیم و مبلغ درصد نشان‌داده شده بنابر مبلغ دخیبری تراکنش (بعد از هرگونه تبدیل ارز) محاسبه می‌شود. بعضی از فروشندگان و تراکنش‌های دستگاه خودپرداز، حتی اگر شما و/یا آن فروشنده یا دستگاه خودپرداز در ایالات متحده باشید، تحت قوانین شبکه‌ای قابخیرجرا تراکنش خارجی در نظر گرفته می‌شوند و ما بر دسته‌بندی دستگاه‌های خودپرداز و تراکنش‌های برای این منظور کنترلی نداریم.
برداشت از خودپرداز بین‌المللی	۲ دخیبر	هزینه‌ای که برای برداشت کسر می‌کنیم. این هزینه برای دو برداشت اول با خودپرداز در ماه دریافت نمی‌شود، هم برای برداشت با دستگاه‌های خودپرداز خارج از شبکه و هم دستگاه‌های خودپرداز بین‌المللی. حتی اگر تراکنشی را کامل نکنید، ممکن است توسط اپراتور آن دستگاه خودپرداز هزینه‌ای از حساب شما کسر شود.
موردی دیگر		
تعویض کارت	صفر دخیبر	این هزینه تعویض کارت است که به شیوه ارسال استاندارد به نشانی شما پست می‌شود (حداکثر ظرف ۱۰ روز کارت را تحویل می‌گیرید).
تعویض کارت با تحویل تسریع‌شده	۱۵ دخیبر	این هزینه تحویل تسریع‌شده (حداکثر ۳ روز کاری) است که عخیروهبر هزینه تعویض کارت دریافت می‌شود.
عدم فعالیت	۲ دخیبر	اگر برای ۳۶۵ روز متوالی تراکنشی با کارت خود انجام ندهید، این هزینه را هر ماه از حساب شما کسر می‌کنیم.
<p>وجوه شما واجد شرایط بیمه سرمایه‌گذاری فدرال (FDIC) است. وجوه شما نزد U.S. Bank National Association که یکی از مؤسسات بیمه‌شده با FDIC است سپرده می‌شود و در صورت ورشکسته شدن U.S. Bank تا سقف ۲۵۰ هزار دخیبر توسط FDIC بیمه هستند. برای اطخیرع از جزئیات بیشتر، به fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html مراجعه کنید.</p> <p>بدون قابلیت اضافی برداشت/پس‌اندست (استفاده اعتباری). از طریق تماس گرفتن با شماره 1-855-279-1270 ارسال نامه به نشانی P.O.Box 551617, Jacksonville, FL 32255 یا بازدید از وبسایت usbankreliacard.com، با «خدمات دارندگان کارت» (Cardholder Services) ارتباط برقرار کنید.</p> <p>برای کسب اطخیرعات کلی درباره حساب‌های پیش‌پرداخت، از cfpb.gov/prepaid بازدید کنید. اگر شکایتی درباره حساب پیش‌پرداختی دارید، با «اداره حمایت مالی از مصرف‌کنندگان» (Consumer Financial Protection Bureau) به شماره 1-855-411-2372 تماس بگیرید یا از cfpb.gov/complaint بازدید کنید.</p> <p>□ «اطخیرعات مربوط به Reliacard را مطالعه کرده‌ام.»</p>		

H. ارائه اطخیرات نادرست (القای شبیهه)

متوجه هستیم که ارائه شهادت مقید به قانون مجازات شهادت دروغ است و ارائه عمدی اطخیرات نادرست (القای شبیهه) برای رسیدن به مزایایی که از حق قانونی دریافت آن‌ها برخوردار نیستیم، می‌تواند پیگرد قانونی داشته باشد.

موافقم

I. گواهی متقاضی

گواهی می‌دهم اطخیراتی که در باخیر ارائه کرده‌ام و برای تعیین واجد شرایط بودن من برای دریافت «مساعدت برای بیکاری ناشی از همه‌گیری» به‌کار خواهند رفت، تا آنجا که می‌دانم درست هستند. متوجه هستیم که اگر مشخص شود برای دریافت مساعدتی که از نظر قانونی واجد شرایط دریافت آن نیستیم، اطخیرات خیرزمی را ارائه نکرده‌ام یا اطخیرات غلط ارائه کرده‌ام، مشمول مجازات اداری شامل مجازات شهادت دروغ یا اقدامات قانونی هستیم.

گواهی می‌دهم

شهروند یا تبعه ایخیرت متحده هستیم

بله خیر

اگر پاسخ شما «خیر» است، آیا در وضعیت مهاجرتی رضایت‌بخشی هستید؟ بله خیر

شماره مجوز کار _____

امضا _____ تاریخ (ماه، روز، سال) _____

اگر واجد شرایط PUA شناخته شوید، پایه ۲۰۵ دخیوری برای مطالبه شما در نظر می‌گیریم. اگر مایلید تقاضای شما را برای مبلغ هفتگی باخیرتر ارزیابی کنیم، باید مدرک درآمد خود برای سال مالیاتی ۲۰۱۹ را ارائه کنید. برای اینکه امکان تقاضای مبلغ باخیرتر وجود داشته باشد، درآمد شما در سال ۲۰۱۹ باید از ۱۶,۴۸۰ دخیور بیشتر باشد. برای تعیین اینکه واجد شرایط دریافت چه مبلغی هستید، می‌توانید از فرم 196PUA استفاده کنید.

لطفاً درخواست‌نامه تکمیل‌شده را به یکی از روش‌های زیر ارسال کنید:

پست به این نشانی: Oregon Employment Department PO Box 14165 Salem, OR 97311
یا فکس به این شماره: (503) 371-2893

«اداره اشتغال اورگن» برنامه/کارفرمایی با ارائه فرصت‌های برابر است. در صورت درخواست، خدمات زیر به رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد: کمک‌ها یا خدمات تکمیلی و قالب‌های جایگزین برای افراد دچار معلولیت و کمک زبانی برای افرادی که تسلط کافی به زبان انگلیسی ندارند، در دسترس است. اطخیرات بیشتر را از کارکنان ما دریافت کنید.

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.