



# ĐƠN XIN TRỢ CẤP THẤT NGHIỆP DO ĐẠI DỊCH LẦN ĐẦU

Đây là Đơn xin trợ cấp thất nghiệp do đại dịch (Pandemic Unemployment Assistance, PUA) đầu tiên của quý vị. Hướng dẫn điền và nộp đơn có trên trang Đạo luật CARES (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security) của chúng tôi tại địa chỉ [unemployment.oregon.gov](http://unemployment.oregon.gov). Quý vị nhớ điền đầy đủ vào mẫu này. Không điền đầy đủ mẫu này sẽ khiến đơn của quý vị bị chậm xử lý. Nộp đơn bằng tên quý vị đang sử dụng trong hồ sơ tại Sở an sinh xã hội. Chỉ gửi một đơn đăng ký, nếu quý vị gửi nhiều đơn đăng ký, việc này sẽ làm chậm quá trình xử lý.

Nếu chúng tôi xét thấy quý vị đủ điều kiện hưởng PUA, quý vị sẽ phải cung cấp cho chúng tôi tài liệu chứng minh việc làm hoặc việc tư doanh của quý vị theo quy định của luật liên bang. Chúng tôi phải nhận được thông tin này trong vòng 21 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn. Để biết những giấy tờ nào được chấp nhận làm bằng chứng việc làm hoặc việc tư doanh, hãy xem hướng dẫn về giấy tờ chứng minh việc làm/tư doanh. Nếu quý vị đã cung cấp bằng chứng về việc làm/tư doanh hợp lệ kèm đơn đăng ký PUA của mình, quý vị **KHÔNG** cần cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi.

**QUAN TRỌNG:** Nếu quý vị **KHÔNG** nộp tài liệu của mình trong vòng 21 ngày, yêu cầu PUA của quý vị sẽ bị dừng và quý vị sẽ phải trả lại trợ cấp cho tất cả các tuần quý vị đã nhận được, kể từ tuần kết thúc vào ngày 2 tháng 1 năm 2021.

Do các quy định về báo cáo của liên bang cũng như các giới hạn của hệ thống, hiện các lựa chọn chỉ dành cho nam và nữ. Tuy nhiên, yêu cầu của quý vị sẽ không bị chậm xử lý nếu giới tính quý vị chọn không khớp với giới tính trong hồ sơ tại Sở an sinh xã hội của quý vị.

## A. THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên người nộp đơn (họ, tên, tên đệm) (Xin dùng tên trong hồ sơ tại Sở an sinh xã hội của quý vị)		Ngày sinh (tháng, ngày, năm)	
Địa chỉ gửi thư của người nộp đơn: (Đường/phố hoặc Hộp thư)		Số an sinh xã hội	Giới tính (Chọn một) <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Quý vị có phải là người Tây ban nha hay La-tinh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Địa chỉ email của người nộp đơn	Số điện thoại	Chủng tộc: (Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người châu Á <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản xứ hoặc người dân đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Khác	
Phương thức liên hệ ưu tiên	Điện thoại	Email	

Chúng tôi xác minh tất cả Số an sinh xã hội thông qua đối sánh trên máy tính với Sở an sinh xã hội. Sẽ mất nhiều thời gian hơn để xử lý Đơn xin trợ cấp thất nghiệp do đại dịch và các khoản chi trả của quý vị nếu kết quả đối sánh không khớp.

Bộ luật thuế vụ (IRC) và Quy tắc hành chính Oregon yêu cầu quý vị tiết lộ Số an sinh xã hội của mình khi yêu cầu trợ cấp thất nghiệp. Số an sinh xã hội của quý vị sẽ được sử dụng để báo cáo trợ cấp thất nghiệp của quý vị cho Internal Revenue Service và Oregon Department of Revenue như là thu nhập chịu thuế. Số điện thoại sẽ được gửi đến Sở an sinh xã hội để xác minh danh tính. Số này có thể được sử dụng cho các hoạt động đòi nợ của cơ quan tiểu bang và có thể được gửi đến U.S. Bank để cấp cho quý vị một thẻ VISA ReliaCard và quý vị sẽ được chi trả các quyền lợi qua thẻ này.

## B. VIỆC LÀM CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

Để bổ sung số tiền Trợ cấp thất nghiệp do đại dịch mà tôi được hưởng hàng tuần, tôi **XÁC NHẬN** rằng tôi đã có việc làm và/hoặc tư doanh trong 18 tháng qua. Nếu quý vị chọn không cho biết việc làm hoặc tư doanh, điều này có thể ảnh hưởng đến việc quý vị đủ điều kiện nhận Trợ cấp thất nghiệp do đại dịch.

Tên của chủ lao động (hoặc tư doanh)	Địa chỉ của chủ lao động	Số điện thoại	Khoảng thời gian làm việc từ	đến

### BẢN KHAI CÓ TUYÊN THỆ VỀ THU NHẬP

Để đủ điều kiện nhận nhiều hơn khoản trợ cấp tối thiểu \$205 mỗi tuần như Trợ cấp thất nghiệp do đại dịch (PUA), quý vị phải cung cấp bằng chứng về thu nhập cho năm 2019. Nếu quý vị là hộ tư doanh, quý vị sẽ cần cung cấp bản khai thuế năm 2019 cùng với (các) biểu thuế tư doanh của quý vị. Nếu quý vị được tuyển dụng để làm việc cho (các) doanh nghiệp khác không đóng thuế thất nghiệp, vui lòng cung cấp mẫu W-2 của quý vị do (các) chủ lao động đó cung cấp trong phần tài lên của đơn đăng ký PUA của quý vị.

Nếu hiện tại quý vị không có sẵn chứng từ thuế, quý vị có thể cung cấp sau và nộp bản khai có tuyên thệ về thu nhập của quý vị ngay bây giờ thông qua đơn này. Nếu quý vị nộp bản khai có tuyên thệ về thu nhập của mình trong năm 2019, số tiền trợ cấp của quý vị sẽ dựa trên thông tin này. Quý vị có 21 ngày kể từ ngày nộp mẫu này để cung cấp bằng chứng về thu nhập của mình. Nếu quý vị không cung cấp thông tin được yêu cầu trong vòng 21 ngày, quý vị có thể nhận được quá số tiền trợ cấp và theo đó quý vị có thể phải hoàn lại số tiền dư mà quý vị đã nhận.

Tôi đồng ý

### BẢN KHAI CÓ TUYÊN THỆ VỀ THU NHẬP, (VIỆC LÀM) NĂM TRƯỚC

Tên của chủ lao động	Loại công việc (Toàn thời gian, bán thời gian, chỉ hưởng hoa hồng, thời vụ, tạm thời)	Quý vị có nhận được mẫu W-2 không?	Nếu quý vị không nhận được mẫu W-2, quý vị có bằng chứng nào khác về thu nhập này không?	Mã số doanh nghiệp liên bang (có thể tìm thấy trên tài liệu thuế)	Tổng thu nhập gộp trong năm 2019
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

**BẢN KHAI CÁ TUYÊN THỆ VỀ THU NHẬP (TỰ DOANH), NĂM TRƯỚC**

Tên ngành nghề	Loại hình kinh doanh tư doanh (Liên danh, Công ty TNHH, Hộ kinh doanh cá thể, Nhà thầu độc lập, Không áp dụng)	Loại tờ khai thuế đã nộp (Mẫu 1040 hoặc 1040-SR, Mẫu 1120, Mẫu 1120-S, Mẫu 1065, v.v.)	Tổng thu nhập ròng trong năm 2019 (sau khi trừ đi tất cả chi phí)

Tôi xác nhận thông tin tôi đã cung cấp ở trên là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp các tài liệu thuế được yêu cầu trong vòng 21 ngày tới, tôi có thể nhận được vượt mức trợ cấp mà tôi được hưởng. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch, tôi có thể phải đối mặt với các hình phạt lên đến và bao gồm truy tố hình sự.

Tôi đồng ý

**C. CÂU HỎI ĐỂ XÁC ĐỊNH ĐIỀU KIỆN HƯỞNG TRỢ CẤP**

<p>1. Tôi đã được sắp xếp để bắt đầu làm việc và không có việc làm hoặc không thể tiếp cận việc làm do ảnh hưởng trực tiếp bởi tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19</p> <p>1a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày quý vị dự kiến bắt đầu làm việc. _____</p> <p>1b. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày việc làm mới của quý vị bị đóng. _____</p> <p>1c. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết tên của doanh nghiệp. _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p><b>Quý vị có đăng ký, nhận được hay quý vị có đủ điều kiện để nhận được nếu quý vị đăng ký:</b></p> <p>2a. Trợ cấp thất nghiệp theo luật của tiểu bang hoặc liên bang?</p> <p>2a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã nộp đơn khi nào? _____</p> <p>2b. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã nộp đơn ở tiểu bang nào? _____</p> <p>2c. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã được chấp thuận chi trả chưa?</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>2b. Trợ cấp thất nghiệp do đại dịch theo luật của tiểu bang hoặc liên bang?</p> <p>2a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã nộp đơn khi nào? _____</p> <p>2b. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã nộp đơn ở tiểu bang nào? _____</p> <p>2c. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã được chấp nhận chi trả chưa?</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

3. Có các khoản tiền lương bị mất do ốm đau hoặc khuyết tật không? 3a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã được chấp nhận chi trả chưa? 3aa. Nếu trả lời "CÓ", quý vị sẽ nhận được chi trả vào ngày nào? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
4. Có bảo hiểm bảo vệ thu nhập tư nhân không? 4a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã được chấp nhận chi trả chưa? 4aa. Nếu trả lời "CÓ", quý vị sẽ nhận được chi trả vào ngày nào? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
5. Có khoản tiền là khoản trợ cấp thất nghiệp bổ sung (Supplemental Unemployment Benefit, SUB) không? 5a. Nếu trả lời "CÓ", cơ quan nào sẽ chi trả trợ cấp? _____ 5b. Nếu trả lời "CÓ", quý vị đã được chấp nhận chi trả chưa? 5ba. Nếu trả lời "CÓ", quý vị sẽ nhận được chi trả vào ngày nào? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
6. Quý vị có đang nhận hoặc sẽ nhận được tiền hưu trí (ngoài trợ cấp an sinh xã hội) trong vòng 12 tháng tới không? 6a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cung cấp tên chủ lao động đã duy trì hoặc đóng góp cho chương trình nghỉ hưu này? _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
7. Tôi đã được chẩn đoán mắc COVID-19 hoặc đang gặp các triệu chứng của COVID-19 và đang mong muốn được chẩn đoán y tế. 7a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày quý vị được chẩn đoán hoặc thời gian quý vị bắt đầu gặp các triệu chứng. _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
8. Một thành viên trong gia đình tôi được chẩn đoán mắc COVID-19. 8a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày thành viên trong gia đình được chẩn đoán. _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
9. Tôi đang chăm sóc một thành viên gia đình hoặc một thành viên trong gia đình tôi đã được chẩn đoán mắc COVID-19. 9a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày thành viên gia đình được chẩn đoán. _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
10a. Một trẻ nhỏ hoặc người khác trong gia đình tôi mà tôi là người chăm sóc chính không thể đến trường do ảnh hưởng trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19 và trường học đó phải mở cửa thì tôi mới có thể đi làm. 10aa. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết tên của trường học đã đóng cửa. _____ 10ab. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết ngày đóng cửa. _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
10b. Một trẻ nhỏ hoặc người khác trong gia đình tôi mà tôi là người chăm sóc chính không thể đến một cơ sở do vì cơ sở này đã đóng cửa do ảnh hưởng trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19 và cơ sở đó phải mở cửa thì tôi mới có thể đi làm. 10ba. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết tên của cơ sở đã đóng cửa. _____ 10bb. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết ngày đóng cửa. _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
11. Tôi đã trở thành trụ cột gia đình hoặc là người hỗ trợ chính cho gia đình tôi vì chủ hộ đã qua đời do bị ảnh hưởng trực tiếp từ COVID-19. 11a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày quý vị trở thành người trụ cột của hộ gia đình. _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

<p>12. Nơi làm việc của tôi bị đóng cửa do ảnh hưởng trực tiếp từ tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.</p> <p>12a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết tên doanh nghiệp _____</p> <p>12b. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày mà nơi làm việc của quý vị đóng cửa vĩnh viễn hoặc tạm thời. _____</p> <p>12c. Chủ lao động của quý vị đã gọi quý vị trở lại làm việc chưa?</p> <p>12d. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có trở lại làm việc không? _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>13. Tôi tư doanh (bao gồm nhà thầu độc lập và nhân viên hợp đồng) và bị giảm đáng kể các dịch vụ thông thường hoặc thường xuyên của tôi do tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.</p> <p>13a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết tên doanh nghiệp _____</p> <p>13b. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày doanh nghiệp của quý vị bị sụt giảm đáng kể thu nhập. _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>14. Tôi đã nghỉ việc do ảnh hưởng trực tiếp của COVID-19.</p> <p>14a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày quý vị nghỉ việc. _____</p> <p>14b. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết tên của doanh nghiệp. _____</p> <p>14c. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết lý do quý vị tự nguyện nghỉ việc. _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>15. Tôi không thể đến nơi làm việc vì tôi đã được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khuyên nên tự cách ly do các lo ngại liên quan đến COVID-19.</p> <p>15a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết lý do tại sao quý vị không thể đến nơi làm việc của mình. _____</p> <p>15b. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày bắt đầu. _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>16. Tôi không thể đến được nơi làm việc của mình do bị cách ly vì ảnh hưởng trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.</p> <p>16a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết lý do tại sao quý vị không thể đến nơi làm việc của mình. _____</p> <p>16b. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết ngày việc này bắt đầu. _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>17. Quý vị có khả năng tiếp tục nhận được chi trả từ chủ lao động của mình khi làm việc tại nhà không?</p> <p>17a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có được phép làm việc số giờ giống như trước khi làm việc ở nhà không?</p> <p>17aa. Nếu trả lời "CÓ", mức lương quý vị nhận được có giống như mức lương trước đây không?</p> <p>17aaa. Nếu trả lời "KHÔNG", mức lương mới là bao nhiêu? _____</p> <p>17ab. Nếu trả lời "KHÔNG", quý vị sẽ được phép làm việc bao nhiêu giờ? _____</p> <p>17b. Tại sao quý vị không làm việc tại nhà? _____</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
<p>18. Quý vị có đang nhận được quyền lợi nghỉ phép ốm có lương hoặc các quyền lợi nghỉ có lương khác không?</p> <p>18a. Nếu trả lời "CÓ", ai đang cung cấp quyền lợi nghỉ phép có lương cho quý vị? _____</p> <p>18b. Quý vị được nghỉ phép có lương vào những ngày nào? _____</p> <p>18c. Quý vị đang được hưởng bao nhiêu ngày nghỉ phép có lương? _____</p> <p>18 d. Quý vị đang được hưởng bao nhiêu giờ nghỉ phép có lương? _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

<p>19. Tôi bị từ chối tiếp tục chi trả trợ cấp thất nghiệp do tôi từ chối trở lại làm việc hoặc từ chối chấp nhận đề nghị làm việc tại một cơ sở làm việc không tuân thủ các tiêu chuẩn về sức khỏe và an toàn của địa phương, tiểu bang hoặc quốc gia liên quan trực tiếp đến COVID- 19. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở những vấn đề liên quan đến đeo khẩu trang, các biện pháp giãn cách vật lý hoặc cung cấp thiết bị bảo vệ cá nhân theo các hướng dẫn về sức khỏe cộng đồng.</p> <p>19a. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết tên của chủ lao động _____</p> <p>19b. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết ngày quý vị từ chối công việc hoặc trở lại làm việc _____</p> <p>19c. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết ngày quý vị bị từ chối trợ cấp thất nghiệp _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>20. Tôi cung cấp dịch vụ cho một tổ chức giáo dục hoặc cơ quan dịch vụ giáo dục và đang thất nghiệp hoặc thất nghiệp một phần do có sự thay đổi về lịch làm việc có nguyên nhân trực tiếp là tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở những thay đổi về lịch làm việc và việc đóng cửa một phần.</p> <p>20a. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết tên của chủ lao động mà quý vị cung cấp dịch vụ _____</p> <p>20b. Nếu trả lời "CÓ", quý vị làm loại công việc gì cho cơ sở giáo dục hoặc cơ quan dịch vụ giáo dục? _____</p> <p>20c. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có hợp đồng hoặc thỏa thuận với chủ lao động không? _____</p> <p>20d. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết ngày quý vị bị cho thôi việc hoặc bị giảm giờ làm. _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>21. Tôi là nhân viên và số giờ làm việc của tôi đã bị giảm hoặc tôi bị cho thôi việc do tác động trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.</p> <p>21a. Nếu trả lời "CÓ", hãy nêu tên của chủ lao động _____</p> <p>21b. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết ngày quý vị bị cho thôi việc hoặc bị giảm giờ làm. _____</p> <p>21c. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có đang làm việc trong tất cả các giờ có sẵn mà chủ lao động dành cho quý vị không? _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>22. Không có điều nào ở trên phù hợp với tôi.</p> <p>22a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết thông tin về lý do khiến quý vị đang bị thất nghiệp. _____</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<p>23. Quý vị hiện có đang tự kinh doanh không?</p> <p>Nếu trả lời "CÓ", quý vị PHẢI trả lời các câu hỏi trong phần D.</p>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

### D. THÔNG TIN VỀ VIỆC TỰ KINH DOANH

1. Vào thời điểm xảy ra đại dịch, việc tự doanh này có phải là nghề chính và phương tiện kiếm sống chính của quý vị không? 1a. Nếu trả lời "KHÔNG", vui lòng giải thích. _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
2. Quý vị đã thực hiện những dịch vụ nào? _____		
3. Quý vị có tên doanh nghiệp không? 3a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng nêu tên doanh nghiệp và số điện thoại doanh nghiệp của quý vị. Tên doanh nghiệp _____ Điện thoại _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
4. Quý vị có tờ khai thuế kinh doanh không? (Ví dụ: Biểu C, 1120 hoặc 1065) 4a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị sẽ nộp đơn theo mẫu nào? _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
5. Quý vị có quyết định cách thức thực hiện công việc không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
6. Quý vị có quyền thuê người khác để giúp quý vị thực hiện các dịch vụ của mình không? 6a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có thể sa thải họ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
7. Quý vị có quyết định công việc sẽ được thực hiện ở đâu không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
8. Quý vị có quyết định mức lương cho mình không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
9. Quý vị có đầu tư vào công cụ, thiết bị, v.v. không? 9a. Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết số tiền đầu tư? _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
10. Công ty quý vị cung cấp dịch vụ có quyền chấm dứt hợp đồng với quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
11. Quý vị có nhiều hơn một khách hàng không? 11a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có bao nhiêu khách hàng? _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

### E. ỦY QUYỀN KHẤU TRỪ THUẾ

<p>Các khoản trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp quý vị nhận được là thu nhập chịu thuế đầy đủ nếu quý vị được yêu cầu khai thuế. Quý vị có thể cần chi trả các khoản thuế ước tính. Để biết thêm về các khoản chi trả thuế ước tính, hãy liên hệ với Internal Revenue Service. Để biết thông tin về thuế của tiểu bang, hãy liên hệ với Oregon Department of Revenue.</p> <p><b>Quý vị có thể chọn khấu trừ vào trợ cấp của mình 10% thuế liên bang và/hoặc 6% thuế tiểu bang.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Quý vị có muốn khấu trừ vào trợ cấp thất nghiệp của mình 10% thuế thu nhập liên bang không?</li><li>• Quý vị có muốn chọn khấu trừ vào trợ cấp của mình 6% thuế thu nhập tiểu bang không?</li></ul> <p>Ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực đối với yêu cầu này cho đến khi Oregon Employment Department nhận được thông báo bằng văn bản từ quý vị về việc chấm dứt ủy quyền này.</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không
--	--	--

## F. HỒ SƠ CÓ HIỆU LỰC TRỞ VỀ TRƯỚC

Liệt kê dưới đây tất cả các tuần sau ngày xảy ra đại dịch mà quý vị thất nghiệp hoàn toàn hoặc một phần do đại dịch và là những tuần mà quý vị đang yêu cầu PUA. Báo cáo tổng thu nhập từ việc làm và tổng thu nhập từ việc tư doanh.

Tuần kết thúc	Giờ đã làm việc	Thu nhập gộp	Loại thu nhập	Tuần kết thúc	Giờ đã làm việc	Thu nhập gộp	Loại thu nhập

Đối với các tuần được yêu cầu ở trên, hãy trả lời các câu hỏi sau đây bằng cách đánh dấu chọn (các) ô thích hợp và/hoặc cung cấp thêm thông tin được yêu cầu.

<b>1. Quý vị đã nộp đơn hoặc nhận được:</b> a. Các khoản bảo hiểm được trả do mất tiền lương do ốm đau hoặc khuyết tật? Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết loại chi trả: _____ Thời gian được bảo hiểm: Từ: _____ đến _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
b. Các khoản thanh toán từ bảo hiểm bảo vệ thu nhập tư nhân? Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết loại chi trả: _____ Thời gian được bảo hiểm: Từ: _____ đến _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
c. Các khoản chi trả trợ cấp thất nghiệp bổ sung? Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết loại chi trả: _____ Thời gian được bảo hiểm: Từ: _____ đến _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
d. Có phải các khoản tiền hưu trí, lương hưu hoặc niên kim mà quý vị có quyền nhận từ chương trình do chủ lao động chi trả lương cho quý vị đóng góp hoặc duy trì là trong năm 2019 không? Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết loại chi trả: _____ Thời gian được bảo hiểm: Từ: _____ đến _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>2. Quý vị có khả năng và có sẵn sàng làm việc trong tuần này theo các yêu cầu của tiểu bang của chúng ta không?</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>3. Hiện tại quý vị có bị ảnh hưởng bởi tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19 không?</b> 3a. Nếu trả lời "CÓ", xin giải thích _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>4. Quý vị có từ chối công việc nào trong những tuần đã yêu cầu ở trên không?</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không



## G. THÔNG TIN VỀ RELIACARD

Thông tin trước khi mua thẻ ReliaCard® của U.S. Bank | Tên chương trình: Oregon Unemployment Insurance | Ngày tham khảo: tháng 6 năm 2017

**Quý vị có thể lựa chọn cách nhận khoản chi trả của mình, bao gồm gửi tiền trực tiếp vào tài khoản ngân hàng của quý vị hoặc vào thẻ trả trước này. Hãy hỏi đại lý để biết các tùy chọn có sẵn và chọn cách quý vị mong muốn.**

Phí hàng tháng <b>\$0</b>	Mỗi lần mua <b>\$0</b>	Rút tiền từ máy ATM <b>\$0</b> giao dịch nội mạng <b>\$2*</b> giao dịch ngoại mạng	Nạp tiền mặt <b>Không áp dụng</b>
Truy vấn số dư ATM (nội mạng hoặc ngoại mạng)		\$0	
Dịch vụ khách hàng (đại lý tự động hoặc trực tiếp)		\$0 mỗi cuộc gọi	
Không hoạt động (sau 365 ngày không có giao dịch)		\$2 mỗi tháng	

### Chúng tôi tính 3 loại phí khác.

\*Phí này có thể thấp hơn tùy vào cách thức và nơi sử dụng thẻ này.

Xem Biểu phí kèm theo để biết các cách truy cập miễn phí vào tiền và thông tin số dư của quý vị. Không có tính năng thấu chi/tín dụng.

Tiền của quý vị được bảo hiểm FDIC.

Để biết thông tin chung về các tài khoản trả trước, hãy truy cập [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid).

Tim chi tiết và điều kiện áp dụng cho tất cả các khoản phí và dịch vụ bên trong gói thẻ hoặc gọi đến số 1-855-279-1270 hoặc truy cập [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com).

U.S. Bank ReliaCard® của Ngân hàng Hoa Kỳ | Tên chương trình: Oregon Unemployment Insurance | Ngày có hiệu lực: tháng 5 năm 2018

Tất cả các khoản phí	Số tiền	Chi tiết
<b>Nhận tiền mặt</b>		
Rút tiền ATM (nội mạng)	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần rút tiền. "Nội mạng" chỉ mạng lưới ATM MoneyPass® hoặc U.S. Bank. Có thể tìm thấy các địa điểm ATM tại <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> hoặc <a href="http://moneypass.com/atm-locator">moneypass.com/atm-locator</a> .
Rút tiền ATM (ngoại mạng)	\$2	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần rút tiền. Phí này được miễn cho 2 lần rút tiền đầu tiên tại ATM mỗi tháng của quý vị, bao gồm cả rút tiền tại ATM (ngoại mạng) và rút tiền tại ATM quốc tế. "Ngoại mạng" chỉ tất cả các máy ATM bên ngoài MoneyPass® hoặc U.S. Bank. Quý vị cũng có thể bị đơn vị khai thác ATM tính phí ngay cả khi quý vị không hoàn tất giao dịch.
Rút tiền mặt tại quầy	\$0	Đây là phí chúng tôi tính khi quý vị rút tiền mặt từ thẻ của mình tại quầy giao dịch tại ngân hàng hoặc liên minh tín dụng chấp nhận (Visa®).
<b>Thông tin</b>		
Truy vấn số dư ATM (nội mạng)	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi truy vấn. "Nội mạng" chỉ mạng lưới ATM MoneyPass® hoặc U.S. Bank. Có thể tìm thấy các địa điểm ATM tại <a href="http://usbank.com/locations">usbank.com/locations</a> hoặc <a href="http://moneypass.com/atm-locator">moneypass.com/atm-locator</a> .
Truy vấn số dư ATM (ngoại mạng)	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi truy vấn. "Ngoại mạng" chỉ tất cả các máy ATM bên ngoài mạng ATM MoneyPass hoặc U.S. Bank. Quý vị cũng có thể bị đơn vị khai thác ATM tính phí.

Tiếp tục ở trang tiếp theo

Sử dụng thẻ của quý vị ngoài Hoa Kỳ.

Giao dịch quốc tế	3%	Đây là phí chúng tôi tính khi quý vị sử dụng thẻ của mình để mua hàng tại các cửa hàng ở nước ngoài và rút tiền mặt từ các máy ATM ở nước ngoài và là tỷ lệ phần trăm của số tiền đô-la giao dịch sau khi quy đổi tiền tệ. Một số giao dịch tại cửa hàng và ATM, dù quý vị và/hoặc cửa hàng hoặc ATM đặt tại Hoa Kỳ, vẫn được coi là các giao dịch tại nước ngoài theo các quy tắc mạng hiện hành và chúng tôi không kiểm soát cách các cửa hàng, ATM và giao dịch này được phân loại cho mục đích tính phí này.
Rút tiền từ máy ATM quốc tế	\$2	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần rút tiền. Phí này được miễn cho 2 lần rút tiền đầu tiên tại ATM mỗi tháng của quý vị, bao gồm cả rút tiền tại ATM (ngoại mạng) và rút tiền tại ATM quốc tế. Quý vị cũng có thể bị đơn vị khai thác ATM tính phí ngay cả khi quý vị không hoàn tất giao dịch.

**Khác**

Đổi thẻ	\$0	Đây là phí chúng tôi tính cho mỗi lần thẻ mới được gửi đến quý vị qua đường bưu điện với hình thức chuyển phát thường (tối đa 10 ngày làm việc).
Chuyển phát nhanh thẻ đổi mới	\$15	Đây là phí chuyển phát nhanh mà chúng tôi tính (tối đa 3 ngày làm việc) ngoài phí đổi thẻ.
Không hoạt động	\$2	Đây là khoản phí chúng tôi tính cho mỗi tháng sau khi quý vị không thực hiện giao dịch nào bằng thẻ của mình trong 365 ngày liên tục.

Tiền của quý vị được bảo hiểm FDIC. Tiền của quý vị sẽ được giữ tại Hiệp hội quốc gia ngân hàng, tổ chức được FDIC bảo hiểm và được FDIC bảo hiểm tới \$250.000 trong trường hợp U.S. Bank sụp đổ. Xem [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](http://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) để biết thêm chi tiết.

Không có tính năng thấu chi/tin dụng. Liên hệ với Bộ phận dịch vụ chủ thẻ bằng cách gọi đến 1-855-279-1270, qua đường bưu điện đến địa chỉ P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 or visit [usbankreliacard.com](http://usbankreliacard.com).

Để biết thông tin chung về tài khoản trả trước, hãy truy cập [cfpb.gov/prepaid](http://cfpb.gov/prepaid). Nếu quý vị có khiếu nại về tài khoản trả trước, hãy gọi cho Cục bảo vệ tài chính người tiêu dùng theo số 1-855-411-2372 hoặc truy cập [cfpb.gov/complaint](http://cfpb.gov/complaint).

Tôi đã đọc Thông tin về thẻ ReliaCard

## H. TRÌNH BÀY SAI

Tôi hiểu rằng việc xác nhận sẽ bị chi phối bởi hình phạt khai man và rằng việc cố tình trình bày sai sự thật nhằm nhận được các khoản trợ cấp mà tôi không có quyền nhận có thể bị truy tố hình sự.

Tôi đồng ý

## I. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp ở trên, sẽ được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận Trợ cấp thất nghiệp do đại dịch của tôi, là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi phải chịu các hình phạt hành chính, bao gồm cả hình phạt về tội khai man hoặc biện pháp pháp lý nếu tôi bị xác định rằng đã che giấu hoặc cung cấp thông tin sai lệch nhằm nhận được các khoản trợ cấp mà tôi không được hưởng.

Tôi xác nhận

Tôi là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ  Có  Không

Nếu trả lời "KHÔNG", quý vị có tình trạng nhập cư thỏa đáng không?  Có  Không Giấy phép làm việc # \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_

Ngày (Tháng, ngày, năm) \_\_\_\_\_

Nếu quý vị được xem là đủ điều kiện nhận PUA, chúng tôi sẽ thiết lập mức yêu cầu bồi thường tối thiểu \$205. Nếu quý vị muốn chúng tôi đánh giá yêu cầu của quý vị để được hưởng số tiền trợ cấp hàng tuần cao hơn, quý vị phải cung cấp bằng chứng thu nhập cho năm tính thuế 2019. Để có khả năng nhận được số tiền trợ cấp cao hơn, quý vị phải có thu nhập hơn \$16.480 cho năm 2019. Quý vị có thể sử dụng mẫu **196PUA** để xác định số tiền quý vị đủ điều kiện được hưởng.

Vui lòng gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị tới:

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

Oregon Employment Department là nhà tuyển dụng/chương trình cơ hội bình đẳng. Các dịch vụ sau được cung cấp miễn phí khi có yêu cầu: Các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ cũng như định dạng thay thế sẽ được cung cấp cho người khuyết tật. Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp cho người có trình độ tiếng Anh hạn chế. Hãy hỏi nhân viên của chúng tôi để biết thêm thông tin.

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.