

درخواست انصراف

وزارت کار ایالات متحده این اختیار را به سازمان‌های ایالتی داده است که تحت شرایط خاص در طی این همه‌گیری، از بازپرداخت مبلغ اضافی مزایای بیمه بیکاری چشم‌پوشی کنند. اگر از یکی از برنامه‌های مزایای اضطراری در طول همه‌گیری فدرال مزایای بیکاری دریافت کرده‌اید و مشخص شده باشد که پرداخت این مزایا تقصیر شما نبوده است و بازپرداخت آن برای شما سخت و غیر منطقی خواهد بود، مجبور به بازپرداخت مزایای اضافه پرداختی نخواهید بود.

این امر بدان معناست که اگر اداره اشتغال به شما غرامت عدم اشتغال اضطراری در طول همه‌گیری (PEUC)، غرامت عدم اشتغال در طول همه‌گیری فدرال (FPUC)، کمک مربوط به عدم اشتغال در طول همه‌گیری (PUA) یا کمک مربوط به از دست دادن دستمزد (LWA) را پرداخت کرده است و بعداً مشخص شود که شما در حقیقت واجد شرایط آن مزایا نبوده‌اید (که با عنوان «اضافه پرداخت» نیز شناخته می‌شود)، می‌توانید برای قرار گرفتن تحت معافیت درخواست دهید. پس از ارائه درخواست چشم‌پوشی توسط شما، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا قانون فدرال به شما اجازه می‌دهد تا مبلغ اضافی را پرداخت نکنید (همچنین به عنوان «چشم‌پوشی از بازپرداخت» شناخته می‌شود).

چند نمونه از دلایلی که به موجب آن ممکن است واجد شرایط چشم‌پوشی از اضافه‌پرداخت باشید عبارتند از:

1. اداره اشتغال در رسیدگی به مطالبه شما اشتباه کرده است.
2. اداره اشتغال مزایا را تحت مطالبه نادرستی اعمال کرده است.
3. شما موجب اضافه‌پرداخت نشده‌اید و بازپرداخت به این معنی است که شما یا خانواده‌تان مجبور هستید بدون تامین نیازهای اساسی زندگی کنید.
4. شما موجب اضافه پرداخت نشده‌اید و دچار یک مسئله بهداشتی یا ناتوانی هستید که بازپرداخت را به یک مشکل تبدیل می‌کند.

برای درخواست معافیت، فرم زیر را پر کنید و آن را به
OED_OVERPAYMENT_UNIT@oregon.gov ارسال کنید.

شما همچنین می‌توانید فرم را از طریق فکس
 به شماره **947-1811 (503)** یا

عبر البرید علی العنوان التالي:
 وزارت اشتغال اورگن
 صندوق پستی **Salem, 14130** یا **97309** ارسال کنید.

لطفاً توجه داشته باشید که اگر فرم خود را از طریق فکس یا به صورت پستی ارسال کنید، تأییدیه دریافت نخواهید کرد.

1. آیا در حال حاضر شاغل هستید؟ بله خیر
 اگر خیر، آیا بیکاری شما به دلیل بیماری همه‌گیر کووید-19 بوده است؟ بله خیر

2. بازپرداخت این مبلغ اضافی چگونه برای شما یا خانواده شما مشکل ایجاد می‌کند؟

3. آیا دریافت این مزایا باعث می‌شود کاری را انجام دهید که در صورت عدم دریافت این مزایا، برای انجام آن اقدام نمی‌کردید؟ اگر چنین است، چگونه؟ بله خیر

4. آیا به دلیل دریافت این مزایا، موقعیت شما بدتر شده است؟ اگر چنین است، چگونه؟ بله خیر

5. آیا شما دچار یک مسئله بهداشتی یا ناتوانی هستید که بازپرداخت را به یک مشکل تبدیل می‌کند؟ بله خیر

6. آیا پولی برای بازپرداخت این مبلغ پرداختی اضافه در اختیار دارید؟ بله خیر

7. اگر مجبور به بازپرداخت مبلغ پرداختی اضافه باشید، شما یا خانواده‌تان از کدام نیازهای خود باید چشم‌پوشی کنید (تمام موارد مربوط را علامت بزنید)؟

اجاره/رهن مراقبت از کودک غذا مراقبت بهداشتی
سایر (باید فهرست کنید):

8. اطلاعات تکمیلی درباره شما یا خانواده شما که می‌خواهید هنگام تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن برای معافیت از بازپرداخت مبلغ پرداختی اضافه، آن‌ها را مد نظر قرار دهیم. لطفاً توجه داشته باشید که دلایل شما باید این موارد را شامل شود که چگونه شما مقصر نبوده‌اید و اینکه چگونه بازپرداخت مبلغ اضافی مغایر با عدالت و وجدان است (به دلایل ذکر شده در بالا مراجعه کنید).

ممکن است از تاریخ دریافت درخواست شما 3-2 هفته طول بکشد تا تصمیمی برای شما ارسال شود. چندین درخواست را ارسال نکنید و از وضعیت درخواست خود سوال نکنید مگر اینکه چهار هفته گذشته باشد و هنوز تصمیمی را دریافت نکرده باشید. در صورت نیاز به اطلاعات اضافی با شما تماس خواهیم گرفت. در تصمیم شما اطلاعاتی وجود خواهد داشت که به شما اطلاع می‌دهد اگر با تصمیمی که اتخاذ کرده‌ایم موافق نیستید، چه کاری باید انجام دهید.

اگر به دریافت این فرم در قالب جایگزین نیاز دارید، می‌توانید از طریق صفحه تماس با ما برای دریافت کمک در تکمیل این فرم درخواست دهید.

وزارت اشتغال اورگن یک کارفرما/برنامه با فرصت برابر است. کمک‌ها و خدمات اضافی در صورت درخواست افراد دارای معلولیت در دسترس می‌باشند. کمک زبانی برای افرادی که تسلط کافی به زبان انگلیسی ندارند، بدون هیچ گونه هزینه‌ای در دسترس است.

اطلاعات فوق به صورت داوطلبانه ارائه می‌شود و بدینوسیله برای چشم‌پوشی از بازپرداخت ارائه شده توسط ایالت اورگن درخواست می‌دهم. اینجانب تأیید می‌کنم تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات ارائه شده صحیح و درست می‌باشند:

امضای خواهان _____ تاریخ _____

نام با حروف خوانا و درشت _____ شماره تلفن _____

شماره شناسایی مراجعه‌کننده (شماره CID): _____