

ໃບສະເໜີຂໍການຍົກເວັ້ນ

U.S. Department of Labor (ກະຊວງແຮງງານສະຫະລັດ) ໄດ້ມອບອຳນາດໃຫ້ແກ່ສຳນັກງານຂອງລັດໃນການຍົກເວັ້ນການຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນໄພການຫວາງງານທີ່ໄດ້ຈ່າຍເກີນພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂບາງຢ່າງໃນໄລຍະຂອງການແພລະບາດນັ້ນຄືນ. ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຈ່າຍເກີນນັ້ນຄືນ: ຖ້າທ່ານກວາທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວາງງານຈາກໜຶ່ງໃນໂຄງການຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູກເສີນໃນໄລຍະພະຍາດແພລະບາດຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ມັນໄດ້ຖືກລະບຸວ່າການຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານີ້ ບໍ່ແມ່ນຄວາມຜິດຂອງທ່ານແລະ ການຈ່າຍເງິນຄືນແມ່ນຄວາມຍາກລຳບາກທີ່ບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນສຳລັບທ່ານ.

ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານສາມາດຂອງການຍົກເວັ້ນໄດ້, ຖ້າທ່ານ Employment Department (ພະແນກຈ້າງງານ) ໄດ້ຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໂຄງການ Pandemic Emergency Unemployment Compensation (ເງິນຊົດເຊີຍການຫວາງງານສູກເສີນຈາກການແພລະບາດ, PEUC), Federal Pandemic Unemployment Compensation (ເງິນຊົດເຊີຍການຫວາງງານຈາກການແພລະບາດຂອງລັດຖະບານກາງ, FPUC), Pandemic Unemployment Assistance (ການຊ່ວຍເຫຼືອການຫວາງງານຈາກການແພລະບາດ, PUA) ຫຼື Lost Wages Assistance (ການຊ່ວຍເຫຼືອການສູນເສຍຄ່າຈ້າງ LWA) ໃຫ້ແກ່ທ່ານ ແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນກໍພົບວ່າຕາມຄວາມເປັນຈິງແລງທ່ານແມ່ນບໍ່ມີສິດສຳລັບຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານັ້ນ (ຫຼື ເອີ້ນວ່າ “ການຈ່າຍເງິນເກີນ”). ຫຼັງຈາກທ່ານສົງການຊໍຍົກເວັ້ນ, ພວກເຮົາຈະຕັດສິນວ່າກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍເງິນທີ່ຈ່າຍເກີນນັ້ນຄືນຫຼືບໍ່ (ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ “ການຍົກເວັ້ນການຈ່າຍເງິນຄືນ”).

ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບເຫດຜົນທີ່ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນການຈ່າຍເງິນສ່ວນເກີນຂອງທ່ານລວມມີ:

1. Employment Department (ພະແນກຈ້າງງານ) ໄດ້ເຮັດຜິດພາດໃນຂັ້ນຕອນການຂໍຮັບເງິນຂອງທ່ານ.
2. Employment Department (ພະແນກຈ້າງງານ) ໄດ້ໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂໍຮັບເງິນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ.
3. ທ່ານບໍ່ໄດ້ເຮັດໃຫ້ເກີດມີການຈ່າຍເງິນເກີນ ແລະ ການຈ່າຍເງິນຄືນອາດໝາຍຄວາມວ່າທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ໂດຍປາສະຈາກສິ່ງຈຳເປັນພື້ນຖານ.
4. ທ່ານບໍ່ໄດ້ເຮັດໃຫ້ເກີດມີການຈ່າຍເງິນເກີນ ແລະ ທ່ານມີບັນຫາສຸຂະພາບ ຫຼື ພິການທີ່ອາດຈະເຮັດໃຫ້ການຈ່າຍເງິນຄືນເປັນເລື່ອງທີ່ລຳບາກ.

ເພື່ອຂໍການຍົກເວັ້ນ, ຕື່ມໃສ່ແບບຟອມຢູ່ລຸ່ມນີ້ ແລະ ສົ່ງໄປທີ່:
OED_OVERPAYMENT_UNIT@oregon.gov.

ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງແບບຟອມໄດ້ໂດຍການແຟັກໄປທີ່
(503) 947-1811 ຫຼື

ສົ່ງທາງໄປສະນີຫາ:
Oregon Employment Department
PO Box 14130, Salem OR 97309

ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຍືນຍັນ, ຖ້າທ່ານທ່ານສົ່ງແບບຟອມຂອງທ່ານໂດຍການແຟັກ ຫຼື ທາງໄປສະນີ.

1. ຕອນນີ້ທ່ານກຳລັງເຮັດວຽກບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າທ່ານບໍ່, ການຫວາງງານຂອງທ່ານແມ່ນເກີດຈາກການແພລະບາດຂອງໂຄວິດ-19 ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
2. ການຈ່າຍຄືນເງິນເກີນຈຳນວນນີ້ເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມຍາກລຳບາກຕໍ່ທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານບໍ່?
3. ການໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານີ້ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ເຮັດໃນບາງສິ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດໄດ້, ຖ້າປາສະຈາກການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນີ້ແມ່ນບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ມັນເປັນແນວໃດ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

4. ຕຳແໜ່ງຂອງທ່ານໄດ້ປ່ຽນແປງໃນທາງທີ່ບໍ່ດີກວ່າເກົ່າຍ້ອນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານີ້ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ມັນເປັນແນວໃດ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
5. ທ່ານມີບັນຫາສຸຂະພາບ ຫຼື ພິການທີ່ເຮັດໃຫ້ການຈ່າຍເງິນຄືນເປັນເລື່ອງທີ່ລຳບາກບໍ່?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
6. ທ່ານມີເງິນທີ່ຈະຈ່າຍເງິນເກີນຈຳນວນນີ້ຄືນບໍ່?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
7. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນເກີນຈຳນວນຄືນ, ສິ່ງຈຳເປັນອັນໃດທີ່ທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ໂດຍປາສະຈາກມັນ (ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກຕ້ອງ)? ຄຳເຂົ້າ/ຄຳຈຳນຳ ລ້ຽງດູລູກ ອາຫານ ການປິ່ນປົວທາງການແພດ ອື່ນໆ (ຕ້ອງລະບຸ):		
8. ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນການຈ່າຍເງິນເກີນຈຳນວນຄືນ. ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າເຫດຜົນຂອງທ່ານຕ້ອງປະກອບມີສິ່ງທີ່ລະບຸວ່າທ່ານບໍ່ຜິດແນວໃດ ແລະ ການທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນເກີນຈຳນວນເຫຼົ່ານີ້ຄືນອາດຈະຂັດຕໍ່ຄວາມເທົ່າທຽມ ແລະ ຄວາມສຳນຶກໃນສິ່ງທີ່ຖືກຜິດ (ເບິ່ງເຫດຜົນທີ່ລະບຸໄວ້ຢູ່ຂ້າງເທິງ).		
ມັນອາດຈະໃຊ້ເວລາເຖິງ 2-3 ອາທິດຈາກວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຈົນຮອດເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນ. ຢ່າສົ່ງຄຳຮ້ອງໄປຫຼາຍຄັ້ງ ຫຼື ຖາມກ່ຽວກັບສະຖານະຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າເວລາໄດ້ຜ່ານໄປເກີນສີ່ອາທິດ ແລະ ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ທາທ່ານ, ຖ້າຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ຈະມີຂໍ້ມູນລວມຢູ່ໃນຄຳຕັດສິນຂອງທ່ານທີ່ຈະແນະນຳທ່ານກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ, ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ອອກໃຫ້.		
ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມນີ້ຜ່ານໜ້າ Contact Us (ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ) ຂອງພວກເຮົາ, ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການແບບຟອມໃນຮູບແບບອື່ນ.		
ພະແນກການຈ້າງງານລັດໂອເຣກອນແມ່ນນາຍຈ້າງ/ໂຄງການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ. ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມແມ່ນມີໃຫ້ຄົນພິການແຕ່ລະຄົນຕາມການຂໍ. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ຄົນທີ່ມີຄວາມຮູ້ທາງດ້ານພາສາອັງກິດຈຳກັດ.		
ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງແມ່ນໄດ້ຮັບການກະກຽມຢ່າງເຕັມໃຈ ແລະ ຂອບຂໍສະໝັກການຂໍຍົກເວັ້ນການຈ່າຍເງິນຄືນທີ່ຈັດຕັ້ງໂດຍລັດໂອເຣກອນ. ຂອບຍິນຍັນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ໃຫ້ນັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂອບ:		
ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ _____	ວັນທີ _____	
ຊື່ແຈ້ງ _____	ເບີໂທລະສັບ _____	
ເລກບັດປະຈຳຕົວລູກຄ້າ (CID#): _____		