

درخواست هفتگی برای دریافت «مساعدت برای بیکاری ناشی از همه‌گیری» (PANDEMIC UNEMPLOYMENT) (ASSISTANCE PUA)

هفته درخواست شده

روز شروع هفته (یکشنبه)	روز پایان هفته (شنبه)

نام متقاضی (نام خانوادگی، نام، نام میانی) (لطفاً از نامی که در پرونده «Social Security Administration» ثبت شده است استفاده کنید)
 «شماره شناسایی مشتری» یا «شماره تأمین اجتماعی»

درخواست متقاضی

شما برای «هفته درخواست شده»، مساعدت معیشتی درخواست می‌کنید (در بالا نشان داده شده است). در صورتی واجد شرایط دریافت PUA هستید که در نتیجه تأثیر مستقیم وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹ بیکار شده باشید، قادر به کار کردن نباشید یا برای کار کردن در دسترس نباشید.
 لطفاً با علامت زدن کادر(های) مربوطه و/یا ارائه اطلاعات تکمیلی درخواست شده، به سؤالات زیر پاسخ دهید. اگر در طول هفته مدنظر خوداشتغالی داشته‌اید، بخش A و C را کامل کنید. اگر خوداشتغالی نداشته‌اید، مستقیماً به بخش B و C بروید.

A. خوداشتغالی

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	5. آیا کاری مرتبط با خوداشتغالی معمول خود در طول این هفته انجام داده‌اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	5a. درآمد «ناخالص» دریافتی، بدون توجه به اینکه خدماتی در طول هفته انجام شده است یا خیر \$
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	6. آیا کار انجام شده تلاشی برای «از سرگیری» فعالیت معمول شما در زمینه خوداشتغالی بوده است؟
B. اشتغال		
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	7. اگر خوداشتغال نیستید، آیا در طول هفته درخواست شده کاری انجام داده‌اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	7a. مجموع ساعات کار در هفته
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	7b. درآمد «ناخالص» کسب شده، بدون توجه به اینکه به شما پرداخت شده است یا خیر

C. واجد شرایط بودن هفتگی

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	آیا متقاضی هر یک از این مزایا بوده‌اید یا آن‌ها را دریافت کرده‌اید: 8. هرگونه پرداخت بیمه برای جبران از دست دادن دستمزد به‌علیل بیماری یا ناتوانی؟ اگر پاسخ «بله» است، نوع پرداخت را مشخص کنید: _____ دوره تحت پوشش: از: _____ تا: _____
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	9. هر پرداختی از بیمه محافظت از درآمد خصوصی؟ اگر پاسخ «بله» است، نوع پرداخت را مشخص کنید: _____ دوره تحت پوشش: از: _____ تا: _____
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	10. هر مبلغی به‌عنوان مزایای تکمیلی بیکاری؟ اگر پاسخ «بله» است، نوع پرداخت را مشخص کنید: _____ دوره تحت پوشش: از: _____ تا: _____
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	11. آیا هرگونه مبلغ قابل پرداخت به شما از هر نوع حقوق بازنشستگی، مستمري یا مقرری سالانه 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: _____
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	12. 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 کاریابی خود نباشید، مطالبه شما رد و مزایای شما متوقف می‌شود.
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	13. از یکی از اعضای خانواده یا خانوار که به کووید-۱۹ مبتلا شده است مراقبت می‌کنم.
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	14. به کووید-۱۹ مبتلا شده‌ام یا علائم کووید-۱۹ را دارم و به دنبال تشخیص پزشکی هستم.
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	15. یکی از کسانی که با آن‌ها در خانوار زندگی می‌کنم به کووید-۱۹ مبتلا شده است.

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>16. کودک یا فرد دیگری از خانوارم که من مسئول اصلی مراقبت از او هستم، به دلیل تعطیلی مدرسه در نتیجه وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹ مجبور است در خانه باشد و به همین دلیل قادر به کار کردن نیستم.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>17. کودک یا فرد دیگری از خانوارم که من مسئول اصلی مراقبت از او هستم، به دلیل بسته شدن مرکز نگهداری در نتیجه وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹ مجبور است در خانه باشد و به همین دلیل قادر به کار کردن نیستم.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>18. به دلیل فوت سرپرست خانوار در اثر کووید-۱۹، نان آور خانواده شده‌ام یا تأمین‌کننده اصلی نیازهای خانواده هستم.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>19. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی به دلیل نگرانی‌های مربوط به کووید-۱۹ به من توصیه کرده است خودم را قرنطینه کنم و به همین دلیل نمی‌توانم در محل کارم حاضر باشم.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>20. به دلیل قرنطینه شده‌ی ناشی از وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹، قادر نیستم در محل کارم حضور یابم.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>21. قرار بر این بود که بزودی مشغول به کار شوم، اما به دلیل وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹ کارم را از دست دادم یا نمی‌توانم در آن محل کار حاضر شوم. a. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا کارفرما شما را به کار فراخوانده است؟ a. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا به کار خود برگشتید؟</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>22. محل کارم به دلیل وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹ بسته شده است. a. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا کارفرما شما را به کار فراخوانده است؟ a. اگر پاسخ شما «بله» است، آیا به کار خود برگشتید؟</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>«وزارت کار ایالات متحده» پاسخ به این سؤال را الزامی کرده است. این سؤال فقط به پیمانکاران مستقل یا افراد خوداشتغال مربوط می‌شود. این وظیفه شما است که هنگام اشاره به «کاهش قابل‌ملاحظه خدمات‌دهی به دلیل وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹»، مشخص کنید «قابل‌توجه» به چه معنا است. این سؤال برای افرادی نیست که کارفرمایان شما شخص ثالث است و ساعات کاری‌شان کم شده است. 23. من خوداشتغال هستم (شامل پیمانکار مستقل و نیروی «گیگ») و به دلیل وضعیت اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹ با کاهش قابل‌ملاحظه در میزان خدمات‌دهی معمول یا عادی خود روبرو شده‌ام.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>24. به دلیل اثر مستقیم همه‌گیری کووید-۱۹ از شغل خود استعفا دادم.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>25. آیا در طول این هفته، پیشنهاد کاری را رد کردید؟</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>26. به دلیل نپذیرفتن برگشتن به کار یا نپذیرفتن پیشنهاد کار در محلی که، در هر دو مورد، مغایر با استانداردهای ایمنی و سلامتی مستقیماً مرتبط با همه‌گیری کووید-۱۹ در سطح محلی، ایالتی یا ملی است، با درخواست مزایای پیوسته بیمه بیکاری من مخالفت شد. این مغایرت می‌تواند شامل، اما نه محدود به، مغایرت با استانداردهای مربوط به پوشیدن ماسک صورت، اقدامات فاصله‌گذاری اجتماعی یا تهیه تجهیزات محافظت شخصی، مطابق با دستورالعمل‌های بهداشت عمومی باشد.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>27. خدمات‌دهی من به مؤسسات آموزشی یا سازمان‌های خدمات تحصیلی است و به دلیل نوسان در برنامه کاری که مستقیماً به شرایط اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹ مربوط است، بیکار یا نیمه‌بیکار شده‌ام. این موضوع شامل، اما نه محدود به، تغییر در زمان‌بندی‌ها و نیمه‌تعطیل شدن این مراکز می‌شود.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>28. من کارمندی هستم که به دلیل شرایط اضطراری سلامت عمومی ناشی از کووید-۱۹، ساعات کاری‌ام کاهش یافته است یا از کار برکنار شده‌ام.</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>29. هیچ‌یک از موارد بالا برای من صدق نمی‌کند. a. اگر پاسخ شما «بله» است، لطفاً اطلاعاتی درخصوص اینکه چرا در حال حاضر بیکار هستید، ارائه کنید.</p>

ارائه اطلاعات نادرست (القای شبهه)

متوجه هستم که ارائه شهادت مقید به قانون مجازات شهادت دروغ است و ارائه عمدی اطلاعات نادرست (القای شبهه) برای رسیدن به مزایایی که از حق قانونی دریافت آن‌ها برخوردار نیستم، می‌تواند پیگرد قانونی داشته باشد.

متوجه هستم

گواهی متقاضی

گواهی می‌دهم اطلاعاتی که در بالا 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 هستم که اگر مشخص شود برای دریافت مساعدتی که از نظر قانونی واجد شرایط دریافت آن نیستم، اطلاعات لازمی را ارائه نکرده‌ام یا اطلاعات غلط ارائه کرده‌ام، مشمول مجازات اداری شامل مجازات شهادت دروغ یا اقدامات قانونی هستم.

امضا: _____ تاریخ (ماه، روز، سال): _____

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

Oregon Employment Department برنامه/کارفرمایی با ارائه فرصت‌های برابر است. کمک‌ها و خدمات تکمیلی، در صورت درخواست، برای افراد دچار معلولیت در دسترس است. کمک‌زبانی رایگان برای افرادی که تسلط کافی به زبان انگلیسی ندارند، در دسترس است.

El Departamento de Empleo de Oregon es un empleador/programa que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de servicios o ayudas auxiliares, formatos alternos y asistencia de idiomas para personas con discapacidades o conocimiento limitado del inglés, a pedido y sin costo.