



CERERE SĂPTĂMÂNALĂ PENTRU AJUTORUL DE ȘOMAJ PENTRU PERIOADA PANDEMIEI (PANDEMIC UNEMPLOYMENT ASSISTANCE , PUA)

Săptămâna pentru care solicitați prestații

Început (duminică)

Sfârșit (sâmbătă)

Nume solicitant (nume de familie, prenume, nume mijlociu)
(Vă rugăm utilizați numele înregistrat la Social Security Administration)

Număr de identificare client sau număr de asigurare socială

CERERE SOLICITANT

Solicitați prestații pentru „săptămâna pentru care solicitați prestații” (menționată mai sus). Sunteți eligibil pentru ajutorul de șomaj pentru perioada pandemiei (PUA) dacă sunteți șomer, inapt sau indisponibil pentru muncă drept consecință directă a urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19.

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări bifând căsuța (căsuțele) corespunzătoare și/sau furnizând informațiile suplimentare solicitate. Completați Secțiunile A și C dacă ați lucrat ca liber profesionist în timpul săptămânii. Mergeți direct la secțiunile B și C dacă nu ați lucrat ca liber profesionist.

A. Liber profesionist

5. Ați făcut orice muncă legată de activitatea dumneavoastră obișnuită de liber profesionist în această săptămână? DA NU

5a. Plata BRUTĂ primită, indiferent dacă serviciile au fost prestate sau nu în timpul săptămânii

\$

6. Munca a fost prestată ca efort pentru a RELUA activitatea dumneavoastră obișnuită de liber profesionist? DA NU

B. Angajat

7. Dacă nu ați lucrat ca liber profesionist, ați prestat alte servicii în timpul săptămânii pentru care solicitați prestații? DA NU

7a. Numărul de ore lucrate

7b. Suma BRUTĂ câștigată, indiferent dacă plata a fost primită sau nu

\$

C. Eligibilitate săptămânală

Ați aplicat pentru sau ați primit:

8. Orice plăți aferente asigurărilor pentru pierderea salariului din cauza unei boli sau dizabilități?

Dacă ați răspuns „DA”, menționați tipul de plată: _____

Perioadă asigurată: De la: _____ la _____

DA NU

9. Orice plăți aferente asigurării private de protecție a veniturilor?

Dacă ați răspuns „DA”, menționați tipul de plată: _____

Perioadă asigurată: De la: _____ la _____

DA NU

10. Orice plăți aferente unui ajutor de șomaj suplimentar?

Dacă ați răspuns „DA”, menționați tipul de plată: _____

Perioadă asigurată: De la: _____ la _____

DA NU

11. Vreuna dintre aceste sume plățibile dumneavoastră provine dintr-un plan de retragere, pensionare sau de anuitate la care angajatorul de la care ați primit plăți în 2019 a contribuit sau care a fost menținut de către acesta?

Dacă ați răspuns „DA”, menționați tipul de plată: _____

Perioadă asigurată: De la: _____ la _____

DA NU

12. Ați fost apt, disponibil și în căutare activă de muncă în această săptămână pe baza cerințelor statului nostru?

Dacă NU căutați un loc de muncă conform cerințelor sau nu puteți furniza dovezi ale activităților dumneavoastră de căutare a muncii atunci când vi se solicită, cererea dumneavoastră va fi respinsă și beneficiile vor înceta.

DA NU

13. Îngrijesc un membru al familiei sau un membru al gospodăriei mele care a fost diagnosticat cu COVID-19.

DA NU

14. Am fost diagnosticat cu COVID-19 sau am simptome de COVID-19 și aștept un diagnostic medical.

DA NU

15. Un membru al gospodăriei mele a fost diagnosticat cu COVID-19.

DA NU

16. Un copil sau o altă persoană din gospodăria mea pentru care sunt îngrijitorul principal nu poate participa la o școală care este închisă ca urmare a urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19 și o astfel de școală este necesară pentru mine, ca să pot lucra.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
17. Un copil sau o altă persoană din gospodăria mea pentru care sunt îngrijitorul principal nu poate merge la un centru care este închis ca urmare a urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19 și un astfel de centru de îngrijire este necesar pentru mine, ca să pot lucra.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
18. Am devenit susținătorul principal sau susținătorul major pentru gospodăria mea, deoarece șeful gospodăriei a murit ca rezultat direct al COVID-19.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
19. Nu pot să ajung la locul de muncă, deoarece am fost sfătuit de un furnizor de servicii medicale să mă carantinez din cauza preocupărilor legate de COVID-19.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
20. Nu pot să ajung la locul de muncă din cauza unei carantine impuse ca rezultat direct al urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
21. Am fost programat să încep munca și nu am un loc de muncă sau nu pot să ajung la locul de muncă ca rezultat direct al urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
a. Dacă ați răspuns „DA”, angajatorul dumneavoastră v-a rechemat la muncă?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
a. Dacă ați răspuns „DA”, ați revenit la muncă?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
22. Locul meu de muncă este închis ca rezultat direct al urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
a. Dacă ați răspuns „DA”, angajatorul dumneavoastră v-a rechemat la muncă?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
a. Dacă ați răspuns „DA”, ați revenit la muncă?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
<i>Răspunsul la această întrebare este solicitat de către U.S. Department of Labor. Întrebarea se aplică doar contractanților independenți sau liber profesioniștilor. Este responsabilitatea dumneavoastră să determinați ce înseamnă „semnificativ” atunci când faceți referire la o „reducere semnificativă a serviciilor din cauza urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19.” Această întrebare nu se aplică persoanelor angajate, ale căror ore de muncă au fost reduse.</i>	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
23. Sunt liber profesionist (inclusiv un contractor independent și un muncitor ocazional) și am cunoscut o reducere semnificativă a serviciilor mele obișnuite sau uzuale din cauza urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19		
24. Am demisionat de la locul meu de muncă drept urmare a urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
25. Ați refuzat oferte de muncă în timpul acestei săptămâni?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
26. Mi s-au refuzat ajutoarele de șomaj continuate, deoarece am refuzat să mă întorc la muncă sau să accept o ofertă de muncă la un loc de muncă care, în ambele cazuri, nu respectă standardele locale, de stat sau naționale de sănătate și siguranță legate direct de COVID-19. Acestea includ, dar nu se limitează la, standardele legate de purtarea măștii faciale, măsurile de distanțare fizică sau furnizarea de echipament de protecție personală în conformitate cu liniile directoare în materie de sănătate publică.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
27. Furnizez servicii unei instituții de învățământ sau unei agenții de servicii educaționale și sunt șomer sau parțial șomer din cauza volatilității programului de lucru care este cauzată direct de urgența din domeniul sănătății publice COVID-19. Acestea includ, dar nu se limitează la, modificări ale programelor și închideri parțiale.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
28. Sunt angajat și mi s-au redus orele sau am fost disponibilizat ca urmare directă a urgenței din domeniul sănătății publice COVID-19.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
29. Nicio afirmație de mai sus nu se aplică.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
a. Dacă ați răspuns „DA”, vă rugăm furnizați informații cu privire la motivul pentru care sunteți actualmente șomer _____		

FALSUL ÎN DECLARAȚII

Înțeleg că efectuarea certificării se află sub sancțiunea de sperjur și că falsul în declarații, în mod intenționat, pentru a obține plăți pe care nu am dreptul să le primesc poate face obiectul unei urmăriri penale.

Sunt de acord

CERTIFICAREA SOLICITANTULUI

Certific că informațiile pe care le-am furnizat mai sus, care vor fi utilizate pentru a determina eligibilitatea mea pentru ajutor pentru șomaj pentru perioada pandemiei, sunt corecte, conform cunoștințelor mele. Înțeleg că sunt supus unor sancțiuni administrative, inclusiv penalități pentru sperjur sau acțiuni în instanță, dacă se constată că am reținut sau am furnizat informații false pentru a obține plăți de asistență la care nu am dreptul.

Semnătură: _____ Data (luna, ziua, anul): _____

Vă rugăm să transmiteți aplicația completată la:
Adresă: Oregon Employment Department, PO Box 14165, Salem, OR 97311
Fax: (503) 371-2893

Departamentul de ocupare a forței din Orgeon (Oregon Employment Department) este un angajator/program care oferă șanse egale. Ajutoarele și serviciile auxiliare sunt disponibile la cerere pentru persoanele cu dizabilități. Asistența lingvistică este disponibilă gratuit pentru persoanele cu cunoștințe limitate de limba engleză.

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