



ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЙ ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ В СВЯЗИ С ПАНДЕМИЕЙ (PANDEMIC UNEMPLOYMENT ASSISTANCE, ПБП)

Неделя заявки

Начало (воскресенье)

Окончание (суббота)

Имя и фамилия заявителя (фамилия, первое имя, второе имя)
(Используйте имя, указанное в документах Администрации социального обеспечения (Social Security Administration))

Идентификационный номер клиента или ваш номер социального обеспечения

ЗАПРОС ЗАЯВИТЕЛЯ

Вы запрашиваете пособия на «неделю заявки»(показано выше). Вы имеете право на получение ПБП, если вы безработный, не можете работать или недоступны для работы в результате чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19.

Ответьте на следующие вопросы, установив нужные флажки и/или предоставив дополнительную запрашиваемую информацию. Заполните разделы А и С, если на этой неделе вы занимались индивидуальной трудовой деятельностью. Переходите сразу к разделам В и С, если на этой неделе вы не занимались индивидуальной трудовой деятельностью.

А. Индивидуальная трудовая деятельность

5. На этой неделе вы выполняли какую-то работу, относящуюся к обычной индивидуальной трудовой деятельности? ДА НЕТ
- 5а. Была получена оплата ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ (независимо от того, оказывались ли услуги на этой неделе или нет) \$
6. Была ли эта работа выполнена в попытках ВОЗОБНОВИТЬ свою привычную индивидуальную трудовую деятельность? ДА НЕТ

В. Трудовая деятельность

7. Если вы не занимались индивидуальной трудовой деятельностью, выполняли ли вы другую работу в течение недели заявки? ДА НЕТ
- 7а. Количество отработанных часов
- 7б. Была заработана сумма ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ (независимо от того, получен платеж или нет) \$

С. Еженедельное право

Вы подавали заявку на получение или получили:

8. Любые страховые выплаты в связи с потерей заработной платы из-за болезни или инвалидности?
Если «ДА», укажите тип выплаты: _____
Покрываемый период: с: _____ по _____ ДА НЕТ
9. Любые страховые выплаты по защите личных доходов?
Если «ДА», укажите тип выплаты: _____
Покрываемый период: с: _____ по _____ ДА НЕТ
10. Любые выплаты дополнительного пособия по безработице?
Если «ДА», укажите тип выплаты: _____
Покрываемый период: с: _____ по _____ ДА НЕТ
11. Были ли вам перечислены какие-либо суммы из пенсионных или аннуитетных выплат плана, спонсируемого или поддерживаемого работодателем, от которого вы получали платежи в 2019 году?
Если «ДА», укажите тип выплаты: _____
Покрываемый период: с: _____ по _____ ДА НЕТ
12. У вас была возможность и доступность для работы в эту неделю на основе наших **требований штата**? ДА НЕТ
13. Я ухаживаю за членом семьи или домохозяйства, у которого диагностирован COVID-19. ДА НЕТ
14. Мне поставили диагноз COVID-19 или я испытываю симптомы COVID-19 и мне нужно поставить диагноз. ДА НЕТ
15. У члена моего домохозяйства диагностирован COVID-19. ДА НЕТ

16. Ребенок или другое лицо в моем домохозяйстве, для которого я являюсь основным опекуном, не может посещать школу, которая закрыта в результате чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19, и посещение им школы необходимо мне для работы.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
17. Ребенок или другое лицо в моем домохозяйстве, для которого я являюсь основным опекуном, не может посещать учреждение, которое закрыто в результате чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19, и присмотр за ним в учреждении необходим мне для работы.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
18. Я стала кормильцем или основным источником поддержки своего домохозяйства, поскольку глава домохозяйства скончался непосредственно в результате COVID-19.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
19. Я не могу поехать на работу, потому что лечащий врач посоветовал мне уйти на карантин из-за опасений, связанных с COVID-19.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
20. Я не могу поехать на работу из-за карантина в результате чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
21. Мне нужно было начать трудовую деятельность, но у меня нет работы или я не могу поехать на работу в результате чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19. а. Если «ДА», ваш работодатель позвал вас на работу? а. Если «ДА», вы вернулись на работу?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕТ
22. Мое место работы закрыто в результате чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19. а. Если «ДА», ваш работодатель позвал вас на работу? а. Если «ДА», вы вернулись на работу?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕТ
<i>На этот вопрос нужно ответить по требованию U.S. Department of Labor. Он касается только независимых подрядчиков и индивидуальных предпринимателей. Вы обязаны сами определить, что понимается под словом «значительный», когда речь идет о «значительном сокращении услуг из-за чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19». Этот вопрос не касается наемных работников, у которых было сокращено рабочее время.</i> 23. Я самозанятый (независимый подрядчик, временный работник), и у меня значительно сократился обычный объем услуг из-за чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
24. Я уволился с работы в результате COVID-19.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
25. Вы отказывались от какой-либо работы на этой неделе?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
26. Мне было отказано в продолжении выплаты пособия по безработице, потому что я отказался вернуться на работу или принять предложение о работе на рабочем месте, которое в обоих случаях не соответствует местным, национальным стандартам здравоохранения и безопасности или стандартам штата, непосредственно связанным с COVID-19. Сюда входят, помимо прочего, те стандарты, которые связаны с ношением лицевых масок, мерами физического дистанцирования или предоставлением средств индивидуальной защиты в соответствии с рекомендациями общественного здравоохранения.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
27. Я оказываю услуги образовательному учреждению или агентству по оказанию образовательных услуг, и я безработный или частично безработный из-за нестабильности в графике работы, непосредственно вызванной чрезвычайной ситуацией в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19. Сюда входят, помимо прочего, изменения в расписании и частичные закрытия.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
28. Я наемный работник, и мои часы были сокращены или меня уволили непосредственно в результате чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, связанной с COVID-19.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
29. Ни одно из приведенных ниже утверждений ко мне не относится. а. Если «ДА», укажите, почему вы в настоящее время безработны _____	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НЕДОСТОВЕРНЫХ СВЕДЕНИЙ

Я понимаю, что при подтверждении я несу ответственность за предоставление заведомо неверных сведений и что умышленное искажение фактов с целью получения платежей, на получение которых я не имею права, может быть предметом уголовного преследования.

Я понимаю

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Я подтверждаю, что предоставленная мною выше информация, на основе которой будет определяться мое право на получение Помощи по безработице в связи с пандемией, по моим данным, верна. Я понимаю, что мне грозят административные санкции, включая штрафы за лжесвидетельство, или судебный иск, если будет установлено, что я утаивал информацию или предоставлял ложную информацию для получения пособий, на которые я не имею права.

Подпись: _____ Дата (месяц, день, год): _____

Заполненную форму заявления можно отправить:
почтой: Oregon Employment Department, PO Box 14165, Salem, OR 97311 Факс: (503) 371-2893

Департамент трудоустройства штата Орегон (Oregon Employment Department) является работодателем, предоставляющим равные возможности в рамках аналогичных программ. Людям с ограниченными возможностями по запросу предоставляются вспомогательные средства и услуги. Лицам с ограниченным знанием английского языка бесплатно предоставляется языковая помощь.

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.