



YÊU CẦU TRỢ CẤP THẤT NGHIỆP DO ĐẠI DỊCH (PANDEMIC UNEMPLOYMENT ASSISTANCE PUA) THEO TUẦN

Tuần yêu cầu trợ cấp

Bắt đầu (Chủ nhật)

Kết thúc (Thứ Bảy)

Tên người yêu cầu (Họ, tên, tên đệm)
(Vui lòng sử dụng tên trong hồ sơ tại Social Security Administration)

Mã số định danh hoặc số an sinh xã hội của khách hàng

YÊU CẦU CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

Quý vị đang yêu cầu trợ cấp cho "tuần đã yêu cầu" (nếu ở trên). Quý vị đủ điều kiện nhận PUA nếu quý vị thất nghiệp, không thể làm việc hoặc không có việc làm do ảnh hưởng trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau bằng cách chọn (các) ô thích hợp và/hoặc cung cấp thông tin được yêu cầu khác. Hoàn thành Phần A và C nếu quý vị tư doanh trong tuần đó. Đi thẳng đến phần B và C nếu quý vị không tư doanh.

A. Tư doanh

5. Quý vị có làm bất kỳ công việc nào liên quan đến công việc tư doanh thông thường của quý vị trong tuần này không? CÓ KHÔNG

5a. Chi trả GỘP nhận được, dù dịch vụ có được thực hiện trong tuần hay không

\$

6. Công việc này có được thực hiện nhằm TIẾP TỤC hoạt động tư doanh thông thường của quý vị không? CÓ KHÔNG

B. Việc làm

7. Nếu quý vị không tư doanh, quý vị có làm công việc nào khác trong tuần quý vị yêu cầu trợ cấp không? CÓ KHÔNG

7a. Số giờ làm việc

7b. Số tiền GỘP kiếm được, dù khoản chi trả đã được nhận hay chưa

\$

C. Tính đủ điều kiện để nhận trợ cấp theo tuần

Quý vị đã nộp đơn hoặc nhận:

8. Các khoản bảo hiểm được trả do mất tiền lương do ốm đau hoặc khuyết tật?

Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết Loại chi trả: _____

Thời gian được bảo hiểm: Từ: _____ đến _____

CÓ KHÔNG

9. Các khoản chi trả từ bảo hiểm bảo vệ thu nhập tư nhân?

Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết Loại chi trả: _____

Thời gian được bảo hiểm: Từ: _____ đến _____

CÓ KHÔNG

10. Các khoản chi trả trợ cấp thất nghiệp bổ sung?

Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết Loại chi trả: _____

Thời gian được bao trả: Từ: _____ đến _____

CÓ KHÔNG

11. Có phải các khoản tiền hưu trí, lương hưu hoặc niên kim mà quý vị có quyền nhận từ chương trình do chủ lao động chi trả lương cho quý vị đóng góp hoặc duy trì là trong năm 2019 không?

Nếu trả lời "CÓ", hãy cho biết Loại chi trả: _____

Thời gian được bao trả: Từ: _____ đến _____

CÓ KHÔNG

12. Quý vị có khả năng và có sẵn sàng làm việc trong tuần này theo các yêu cầu của tiểu bang của chúng ta không? CÓ KHÔNG

13. Tôi đang chăm sóc một thành viên gia đình hoặc một thành viên trong gia đình tôi đã được chẩn đoán mắc COVID-19. CÓ KHÔNG

14. Tôi đã được chẩn đoán mắc COVID-19 hoặc đang gặp các triệu chứng của COVID-19 và đang mong muốn được chẩn đoán y tế. CÓ KHÔNG

15. Một thành viên trong gia đình tôi được chẩn đoán mắc COVID-19. CÓ KHÔNG

16. Một trẻ nhỏ hoặc người khác trong gia đình tôi mà tôi là người chăm sóc chính không thể đến trường vì trường đã đóng cửa do ảnh hưởng trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19 và trường học đó phải mở cửa thì tôi mới có thể đi làm.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
17. Một trẻ nhỏ hoặc người khác trong gia đình tôi mà tôi là người chăm sóc chính không thể đến một cơ sở vì cơ sở đã đóng cửa do ảnh hưởng trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19 và cơ sở đó phải mở cửa thì tôi mới có thể đi làm.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
18. Tôi đã trở thành trụ cột gia đình hoặc là người hỗ trợ chính cho gia đình tôi vì chủ hộ đã qua đời do ảnh hưởng trực tiếp từ COVID-19.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
19. Tôi không thể đến nơi làm việc vì tôi đã được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khuyến nghị nên tự cách ly do các lo ngại liên quan đến COVID-19.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
20. Tôi không thể đến được nơi làm việc của mình vì bị cách ly do ảnh hưởng trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
21. Tôi đã được sắp xếp để bắt đầu làm việc và không có việc làm hoặc không thể tiếp cận việc làm do ảnh hưởng trực tiếp bởi tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19 a. Nếu trả lời "Có", chủ lao động của quý vị đã gọi quý vị trở lại làm việc chưa? a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có trở lại làm việc không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG
22. Nơi làm việc của tôi bị đóng cửa do ảnh hưởng trực tiếp từ tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19. a. Nếu trả lời "CÓ", chủ lao động của quý vị đã gọi quý vị trở lại làm việc chưa? a. Nếu trả lời "CÓ", quý vị có trở lại làm việc không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG
<i>Câu hỏi này do U.S. Department of Labor yêu cầu. Nó chỉ áp dụng cho những người làm việc theo hợp đồng hoặc những cá thể tư doanh. Quý vị có trách nhiệm xác định xem "đáng kể" nghĩa là gì khi nói đến "cắt giảm đáng kể các dịch vụ do tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19". Câu hỏi này không áp dụng cho những người được tuyển dụng bởi những người đã bị giảm giờ làm.</i>	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
23. Tôi tư doanh (bao gồm thầu độc lập và nhân viên hợp đồng) và bị cắt giảm đáng kể các dịch vụ thông thường hoặc thường xuyên của tôi do tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
24. Tôi đã nghỉ việc do ảnh hưởng trực tiếp của COVID-19.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
25. Quý vị có từ chối công việc nào trong tuần này không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
26. Tôi bị từ chối tiếp tục chi trả trợ cấp thất nghiệp do tôi từ chối trở lại làm việc hoặc từ chối chấp nhận đề nghị làm việc tại một cơ sở làm việc không tuân thủ các tiêu chuẩn về sức khỏe và an toàn của địa phương, tiểu bang hoặc quốc gia liên quan trực tiếp đến COVID-19. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở những vấn đề liên quan đến đeo khẩu trang, các biện pháp giãn cách vật lý hoặc cung cấp thiết bị bảo vệ cá nhân phù hợp với các hướng dẫn y tế cộng đồng.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
27. Tôi cung cấp dịch vụ cho một tổ chức giáo dục hoặc cơ quan dịch vụ giáo dục và đang thất nghiệp hoặc thất nghiệp một phần do có sự thay đổi về lịch làm việc có nguyên nhân trực tiếp là tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở những thay đổi về lịch làm việc và việc đóng cửa một phần.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
28. Tôi là nhân viên và số giờ làm việc của tôi đã bị giảm hoặc tôi bị cho thôi việc do tác động trực tiếp của tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng COVID-19.	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
29. Không có điều nào ở trên phù hợp với tôi. a. Nếu trả lời "CÓ", vui lòng cho biết thông tin về lý do khiến quý vị đang bị thất nghiệp _____	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG

TRÌNH BÀY SAI

Tôi hiểu rằng việc xác nhận sẽ bị chi phối bởi hình phạt khai man và rằng việc cố tình trình bày sai sự thật nhằm nhận được các khoản trợ cấp mà tôi không có quyền nhận có thể bị truy tố hình sự.

Tôi đã hiểu

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp ở trên, sẽ được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận Trợ cấp thất nghiệp do đại dịch của tôi, là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi phải chịu các hình phạt hành chính, bao gồm cả hình phạt về tội khai man hoặc biện pháp pháp lý nếu tôi bị xác định rằng đã giấu hoặc cung cấp thông tin sai lệch nhằm nhận được các khoản trợ cấp mà tôi không được hưởng.

Chữ ký: _____ Ngày (Tháng, ngày, năm): _____

Vui lòng gửi đơn đăng ký đã hoàn chỉnh của quý vị tới:
Thư: Sở việc làm Oregon, Hộp thư 14165, Salem, HOẶC 97311 Fax: (503) 371-2893

Oregon Employment Department là nhà tuyển dụng/chương trình cơ hội bình đẳng. Các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ cho người khuyết tật sẽ được cung cấp khi có yêu cầu. Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp cho người có trình độ tiếng Anh hạn chế.

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.