

大规模流行病失业援助

初次申请表

A. 申请信息

申请人姓名（姓、名、中间名）		社会保障号码	出生日期（月，日，年）	
申请人邮寄地址：（街道或邮政编码）		电话号码	性别（勾选一项） <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
城市	州	邮政编码	您是西班牙裔或拉丁裔吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
申请人电子邮件地址		种族：（勾选所有适用项）		
首选联系方式 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 电子邮件		<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加本地人 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷本地人或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 其他		

我们将用计算机与社会保障局登记的所有社会保障号码匹配。如果匹配不成功，您的失业保障申请将无法完成。

《美国国内税收法》和Oregon的行政法规要求。在申请失业补偿时必须公开社会保障号码。您的社会保障号码将用于向美国国税局和Oregon税务局申报失业福利金，作为应纳税收入。该号码将发送至社保局进行身份验证。该号码可用于国家机构的债务催收活动，并可发送至美国银行，为您发放一张RliaCard VISA卡，您将通过该卡获得福利。

B. 申请人就业

为获得每周大规模流行病失业援助的福利金额，兹证明，在过去18个月内我曾从事以下工作和/或自营职业。

雇主名称 (或自营职业)	雇主地址	电话号码	就业时间	
			自	至

C. 资格审查

您是否打算从事新职业，但该工作因 COVID-19 公共卫生事件的直接影响而结束？ 是 否
如果回答为“是”，请填写您预计开始工作的日期、新工作结束的日期以及企业名称。

您是否曾申请、接收或有资格接收：

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| (1) 任何州或联邦法律规定的失业补偿金？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (2) 因疾病或残疾，工资减少，因而获得保险金？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (3) 任何类型的私人收入保障？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (4) 补充性质的失业救济金？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

您是否正在领取退休金或在未来 12 个月内将领取退休金（社保除外）？ 是 否

如果回答“是”，请提供维持或参与本退休计划的雇主姓名。	
您是否被诊断感染 COVID-19，或者是否有 COVID-19 的症状并寻求医疗诊断？ 如果选择“是”，请输入您的诊断日期或开始出现症状的时间	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您有家人被诊断出患有 COVID-19 吗？ 如果选择“是”，请输入家庭成员的确诊日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否正在照料确诊患有 COVID-19 的家庭成员或合租人？ 如果选择“是”，请输入家庭成员的确诊日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您家中是否有儿童或其他主体（您对其负有主要监护责任），因 COVID-19 公共卫生紧急事件的直接影响，其学校或其他护理设施关闭，且必须依赖您来提供护理服务？ 如果选择“是”，请填写关闭设施的名称和关闭日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否因为户主直接死于 COVID-19，您成为家庭的主要收入来源或主要赡养者？ 如果选择“是”，请填写您成为家庭主要收入来源的日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的工作单位是否因为 COVID-19 公共卫生事件的直接影响而关闭？ 如果选择“是”，请填写您工作单位关闭的日期及企业名称。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否因为 COVID-19 的直接影响而辞职？ 如果选择“是”，请填写辞职日期，企业名称及自愿离职的原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
出于对 COVID-19 疫情的担忧，保健提供者是否建议您自我隔离，从而导致您无法到达上班地点？ 如果选择“是”，请填写您无法到达工作地点的原因和此情况的开始日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
由于 COVID-19 公共卫生事件，您是否被强制隔离，从而无法到达上班地点？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果选择“是”，请填写您无法到达工作地点的原因和此情况的开始日期。		
您是否有能力在家工作，且在此过程中继续获得工资？ 如果选择“是”，请填写您拒绝进行电子办公的原因。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否享受带薪病假或其他带薪休假福利？ 如果选择“是”，请填写您开始领取带薪病假或带薪休假福利的日期，以及您从何处领取这笔款项。如果您知道结束日期，请填写该日期。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您现在是个体户吗？ 如果选择“是”，您必须回答 D 部分的问题。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
D. 个体经营信息		
在疫情时期，此类个体经营职业是您的主要职业和主要谋生手段吗？ 如果选择“否”，请详细说明。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您提供什么服务？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您注册了公司名称吗？ 如果选择“是”，请填写您的公司名称。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您提交商业申报表吗？（例如：附表 C、1120 或 a 1065） 如果选择“是”，请列出提交的申报表。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否自行决定服务的提供方式？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您有权雇佣他人来帮助您履行职责吗？ 如果选择“是”，您可以解雇他们吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否自行决定服务的提供地点？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否自行决定赔偿比例？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否在工具、设备等方面有投资？ 如果选择“是”，您投资的具体金额为？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

您提供服务的公司能否终止与你的合同? 是 否

您是否有多于一位的客户? 是 否

 如果选择“是”，您有多少客户?

E. 代扣代缴税款授权书

如果您需要提交纳税申报表，您获得的任何失业保险福利都完全属于应纳税的收入范畴。您可能需要估计应纳税额。有关估计应纳税额的更多信息，请联系美国国税局。有关州税信息，请联系 Oregon 州税务局。

您可以选择将收到援助金额的 10%用于缴纳联邦税和/或 6%用于缴纳州税。

您是否选择将失业救济金的 10%用于缴纳联邦所得税? 是 否

您是否选择将失业救济金的 6%用于缴纳州所得税? 是 否

在 Oregon 州就业部门收到您的书面终止通知之前，本授权书对本申请仍然有效。

F. 追溯归档

为申请 PUA 援助，请在下面列出在疫情发生后，您因疫情原因而完全或相对失业的具体各周日期。同时请上报就业总收入和自营职业总收入。

该周结束日期	工作小时数	总收入	收入类别	该周结束日期	工作小时数	总收入	收入类别
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

对于您申请援助的各周时间，请回答下列问题，勾选相应的方框。如果在下面第 1 项中的任何问题，您的回答为“是”，请填写下文付款框中要求填写的信息。

1. 您是否申请或收到:

- a. 因疾病或残疾，工资减少，因而获得保险金? 是 否
- b. 私人收入保障保险付款? 是 否
- c. 额外的失业救济金? 是 否
- d. 2019年您工作的公司是否提供或延续相关计划，支付给您一定金额的退休金、养老金或年金? 是 否

各应付款项类别	持续时间	
	自	至

2. 根据本周要求，本周您有能力工作吗? 是 否

- a. 如果您选择“否”，那么现在您是否因为COVID-19公共卫生紧急事件而受到影响? 是 否
- i. 如果您回答“是”，请详细陈述。

3. 申请援助的各周时间内，您是否曾拒绝接受工作机会? 是 否

G. Reliacard 披露信息

U. S. Bank ReliaCard®获得前信息披露

项目名称 Oregon 州失业保险

参考日期: 2017 年 6 月

您可以选择如何接收付款金额, 包括直接存入您的银行帐户或存入这张预付卡。
您可向代理询问可选选项并选择付款方式。

月费	每次购买	ATM 取款	现金充值
\$0	\$0	\$0 网络内 \$2.00* 网络外	不适用
ATM 余额查询 (网络内或网络外)			\$0
客户服务 (自动回复或人工客服)			\$0 每次通话
无活动 (持续 365 天无交易)			\$2.00 每月

我们额外收取三类费用。

*根据使用方式和地点的不同, 费用可能会更低。
请参阅随附的费用表, 了解如何免费获得资金及余额信息。

无透支/信贷功能。

您的资产可参加 FDIC 保险项目。

有关预付账户的一般信息, 请访问 cfpb.gov/prepaid。

在预付卡套餐中查找所有费用和服务的详细信息和条件, 拨打 1-855-279-1270 或访问 usbankreliacard.com。

U. S. Bank ReliaCard®费用表

项目名称 Oregon 失业保险

有效日期: 2018 年 5 月

所有费用	金额	具体信息
获取现金		
ATM 取款 (网络内)	\$0	这是每次取款的费用。“网络内”指 U. S. Bank 或 MoneyPass®ATM 网络。可访问 usbank.com/Locations 或 moneypass.com/atm-locator 获取 ATM 位置。
ATM 取款 (网络外)	\$2.00	这是每次取款的费用。您每月前两次提款可免收此费用, 包括提款 (网络外) 和国际提款。“网络外”指在 U. S. Bank 或 MoneyPass®ATM 网络外的所有 ATM。即使您没有完成交易, ATM 接线员也可能向您收取费用。
柜台取现	\$0	这是从支持 Visa®的银行或信用合作社的出纳员处提款时的费用。
问询		
ATM 余额查询 (网络内)	\$0	这是每次问询的费用。“网络内”指 U. S. Bank 或 MoneyPass®ATM 网络。可访问 usbank.com/Locations 或 moneypass.com/atm-locator 获取 ATM 位置。
ATM 余额查询 (网络外)	\$0	这是每次问询的费用。“网络外”指在 U. S. Bank 或 MoneyPass®ATM 网络外的所有 ATM。ATM 操作人员也可能向您收取费用。
在美国境外使用预付卡		
国际交易	3%	当您购买外国商品及在外国 ATM 取款时, 我们将收取上文所示百分比的交易费用, 具体为货币兑换后交易金额的百分比。根据适用的网络规则, 某些商户和 ATM 交易 (即使您和/或商户或 ATM 位于美国) 被视为外国交易, 我们不控制这些商户、ATM 和交易的分类方式。

国际 ATM 取款	\$2.00	这是每次取款的费用。您每月前两次提款可免收此费用，包括提款（网络外）和国际提款。即使您没有完成交易，ATM 接线员也可能向您收取费用。
其他		
换卡	\$0	我们将以标准送货方式（最多 10 个工作日）邮寄给您，卡片的更换费用如上。
换卡速递费用	\$15.00	如需加急送货（最多 3 个工作日）则需要额外收取费用，该费用与换卡费用不同，为另行收费。
不活跃	\$2.00	如果您连续 365 天未曾使用您的卡完成交易，我们将每月收取如上费用。
<p>您的资产可参加 FDIC 保险项目。您的资金将存放在美国联邦存款保险公司（FDIC）保险机构美国银行全国协会（U.S. Bank National Association）中，如果美国银行倒闭，FDIC 将为您提供高达\$250,000 的保险赔偿。详见 fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html。</p> <p>无透支/信贷功能。</p> <p>若要与持卡服务部联系，请致电 1-855-279-1270，向 P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 邮寄信件，或访问 usbankreliacard.com。</p> <p>了解相关预付账户信息，请访问 cfpb.gov/prepaid。如果您希望对此账户进行投诉，请拨打消费者金融保护局的电话 1-855-411-2372 或者访问 visit cfpb.gov/complaint。</p>		
<input type="checkbox"/> 我已经阅读了 ReliaCard 的相关信息		
H. 虚假陈述		
本人明白虚假陈述会被判伪证罪，而为取得本人无权收取的款项而故意作虚假陈述，可能会被刑事检控。		
<input type="checkbox"/> 我同意		
I. 申请人证明		
<p>兹证明，本人在本表格中提供的信息准确无误，且提供信息出于本人个人意愿，旨在获得大规模流行病失业援助。本人了解资金由联邦政府提供，根据法案，如果本人无权获得援助款项，将根据法律规定因故意歪曲或隐瞒重要事实而受到处罚。劳动部收集的信息可授权其他州和联邦机构使用，验证是否符合其他计划的申请资格。因此，本人授权劳动部为劳动部法律所授权的目的，向任何信息来源公布有关资料。此外，本人依据伪证罪证明：</p>		
<p>我是美国公民或国民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果选择“否”，您的移民身份是否完备合法？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 外国人注册号码 # _____</p>		
<p>签字 _____ 日期（月、日、年） _____</p>		
<p>如果经认定，您可以申请 PUA 援助，我们将最低给予您\$205 的援助金额。如果您希望我们通过您增加每周援助福利金额的申请，则需要提供 2019 纳税年度的收入证明。如果想要获得更高的索赔，2019 年的收入必须超过\$16,480。您可以根据 196PUA 表格来确定您可以获得多少援助金额。</p>		
请将填妥的申请书递交至：		
<p>Oregon 州劳动部 PO Box 14165 Salem, OR 97311</p>	<p>传真：(503) 371-2893</p>	<p>问题：OED_PUA_INFO@oregon.gov 免责声明：如果电子邮件发送信息，可能有安全隐患。</p>
<p><i>Oregon 州劳动部致力于为所有人提供平等的机会。根据要求，可免费提供以下服务：为残疾人士提供辅助性帮助或服务及其他形式文件，为英语能力有限的人士提供语言援助。欲获得更多详细信息，请咨询工作人员。</i></p>		