

Si trabaja en Oregón, puede enviar una solicitud para el Seguro de permiso familiar y médico pagado (Paid Family and Medical Leave Insurance, PFMLI) de Oregón. Arch Insurance evaluará todas las solicitudes para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que envía una solicitud para un permiso de ausencia deberá completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Esta solicitud ("reclamo") la completa la persona que solicita los beneficios de permiso de ausencia pagado (el "solicitante"). Las solicitudes pueden presentarse hasta 30 días antes del comienzo del permiso de ausencia solicitado, y hasta 30 días después de su comienzo. Una solicitud de beneficios totalmente completada incluye una declaración del solicitante, una declaración del empleador, una certificación relacionada con el tipo de permiso de ausencia que se solicita y la documentación que justifique el permiso de ausencia. Los reclamos presentados fuera de este plazo serán denegados a menos que se dé una causa justificada para la presentación tardía. La presentación del reclamo es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios de permiso de ausencia pagado. El solicitante es responsable de dar cualquier otra información que se pida, o que falte, durante el proceso de reclamo y es responsable de informar a todas las partes necesarias de cualquier cambio en los planes del permiso de ausencia.

Antes de enviar una solicitud para OR PFMLI...



Consulte los requisitos de elegibilidad para el permiso de ausencia



Planifique su permiso de ausencia. El permiso de ausencia se puede tomar de manera continua (también conocido como permiso de ausencia en bloque), o intermitentemente, de acuerdo con OR PFMLI.



Informe a su empleador de OR al menos 30 días antes del comienzo del permiso de ausencia (si el permiso de ausencia es previsible). De lo contrario, informe a su empleador lo antes posible.

Complete sus formularios de reclamo y adjunte la documentación necesaria



El empleado completa la Parte A, Declaración del solicitante, en su totalidad. Firme y feche el formulario, conserve una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamo a su empleador para que pueda completar la Parte B.



Su empleador de Oregón completa la Parte B, Declaración del empleador, en su totalidad. Él debe hacer una copia del reclamo para sus archivos y devolverle a usted la declaración del empleador completada.



El empleado completa la Certificación de permiso de ausencia por seguridad y adjunta la documentación de respaldo.



Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamo completado a:
Arch Insurance Company
P.O. Box 26316
Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979
Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

* Los beneficios mencionados aquí están respaldados por Arch Insurance Company, n.º de NAIC 11150, una compañía miembro de Arch Insurance Group, Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para obtener más información sobre los términos y condiciones. La información que presente a Arch en este formulario se usará para administrar los beneficios de Permiso Pagado de Oregón. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y la cantidad del beneficio, Arch puede compartir su información con sus empleadores actuales o anteriores y con los socios de Permiso Pagado de Oregón. Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al 877-369-0979 o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia por seguridad

Parte A: Información del empleado (La debe completar el empleado que solicita el permiso de ausencia)

Información demográfica

- 1 **Nombre legal del empleado:** _____
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

- 2 **Dirección postal del empleado:**
Calle _____
Línea de dirección 2 _____
Ciudad _____ **Estado** | __ __ | **Código postal** | __ __ __ __ __ |

- 3 **Número de Seguro Social:** _ _ - _ - _ _ _ _

- 4 **Fecha de nacimiento del empleado:** | m / | m / | d / | d / | a / | a / | a / | a / |

- 5 **Sexo del empleado:** Masculino Femenino No designado/otro

- 6 **Teléfono del empleado:** (_ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ |

- 7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** _____

Información del permiso de ausencia

- 8 **Motivo de la solicitud de PFML:**
 Permiso de ausencia por seguridad para mí o para mi hijo debido a violencia doméstica, acoso, agresión sexual, o crimen de prejuicio

- 9 **La relación del familiar con el empleado (solicitante) es:**
 Él mismo Hijo

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia por seguridad

Parte A, continúa

10 Patrón del permiso de ausencia y períodos solicitados:

Continuo: Fecha de comienzo del permiso de ausencia Fecha de finalización del permiso de ausencia

 m m / d d / a a a a m m / d d / a a a a

 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ | | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Intermitente: Fecha de comienzo del permiso de ausencia Fechas solicitadas:

 m m / d d / a a a a _____

 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ | _____

Aviso al empleado:

Para los permisos de ausencia previsible es necesario dar con antelación un aviso a su empleador. Para los permisos de ausencia imprevisibles (por emergencia o inesperados) es necesario dar a su empleador un aviso en el plazo de 24 horas después del comienzo del permiso de ausencia, y por escrito en el plazo de 3 días después de su comienzo.

11 ¿Le dio a su empleador un aviso con 30 días de antelación para este permiso de ausencia?

Sí Fecha en que dio aviso al empleador m m / d d / a a a a

 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

No Motivo: _____

12 Otros tipos de permisos de ausencia:

Dé información sobre otros tipos de beneficios/permisos de ausencia tomados o solicitados en las 52 semanas anteriores, y si se prolongarán durante el período de permiso de ausencia solicitado actual cubierto por este reclamo.

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. Ley de Licencia Familiar de Oregón (OFLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. OR PFML/Permiso Pagado de Oregón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia por seguridad

Parte A, continúa

Información del empleo

Términos clave:

Año de beneficios: significa un período de 52 semanas consecutivas que comienza el domingo inmediatamente anterior al día en que comienza el permiso de ausencia familiar, el permiso de ausencia médico o el permiso de ausencia por seguridad para el solicitante, excepto que el año de beneficios será de 53 semanas si un año de beneficios de 52 semanas diera como resultado una superposición de cualquier trimestre calendario del año base de un reclamo válido de beneficios de PFML presentado previamente. Un solicitante solo puede tener un año de beneficios válido a la vez

Año base: los cuatro primeros de los cinco últimos trimestres calendario completos anteriores al año de beneficios

Salario: tiene el significado que se le da a ese término en ORS 657.105, incluyendo, entre otros: comisión o salario garantizado, pago compensatorio, bonificaciones, pago por vacaciones/PTO/enfermedad/día festivo, propinas y gratificaciones, asignaciones por despido o separación.

El salario no incluye: reembolso de gastos de comidas/viajes, pensiones, pago de jurado, donaciones que no sean propinas/gratificaciones, beneficios pagados mediante un plan de cafetería

Ejemplo: Jada envía una solicitud al OR PFML para un permiso de ausencia para vinculación afectiva con fecha de comienzo el 9/20/2023. Su año de beneficios comenzará el 9/17/2023, que es el domingo anterior al comienzo del permiso de ausencia el 9/20/2023. El año base de Jada para reportar el salario son los **(4) primeros** de los **(5) trimestres anteriores completados**. Basándose en su fecha de comienzo, los trimestres retroactivos son **1. 4/1 - 6/30/22 2. 7/1 - 9/30/22 3. 10/1 - 12/31/22 4. 1/1 - 3/31/23 5. 4/1 - 6/30/23**. El salario bruto de estos 4 primeros trimestres (4/1/2022-3/31/2023) se usará para determinar su salario semanal promedio. El salario bruto de Jada durante ese período fue de \$39,000, lo que hace que sus ingresos semanales base sean de \$750. Esta cantidad se usará para calcular su tasa de beneficio semanal según OR PFML.

13 Dé el nombre y la información de sus empleadores recientes:

Si tuvo más de un empleador en el año base (los cuatro primeros de los cinco últimos trimestres calendario completos anteriores al año de beneficios), nombre a todos los empleadores. Salario es la suma total de su salario bruto (antes de impuestos) en los 4 primeros de los 5 últimos trimestres anteriores a su solicitud de permiso de ausencia, para ese empleador. El salario solo debe reflejar el salario recibido en el empleo de OR. El promedio de horas y días trabajados por semana está basado en su horario de trabajo habitual, un promedio de las 12 semanas anteriores a su último día trabajado antes del permiso de ausencia.

Nombre del empleador n.º 1

Calle

Línea de dirección 2

Ciudad Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ |

N.º promedio de horas trabajadas/semana | __ | N.º promedio de días trabajados/semana | __ |

Salario promedio (\$) | __ |

Días de la semana generalmente trabajados:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Nombre del empleador n.º 2

Calle

Línea de dirección 2

Ciudad Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ |

N.º promedio de horas trabajadas/semana | __ | N.º promedio de días trabajados/semana | __ |

Salario promedio (\$) | __ |

Días de la semana generalmente trabajados:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Si son más de 3 empleadores de OR recientes, incluya la información en una hoja aparte.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia por seguridad

Parte A, continúa

14 **Consentimiento para obtener el salario de todos los empleadores de OR:** (Solo complete esta pregunta si tuvo más de 1 empleador de OR durante el año base).

Si tuvo más de un empleador de OR en el año base, ¿tenemos su consentimiento para comunicarnos con el Departamento de Empleo de Oregón (Oregon Employment Department, OED) para obtener todo el salario reportado en el año base, incluyendo el de sus otros empleadores?

- Sí, doy mi consentimiento. No, no doy mi consentimiento.

Escriba sus iniciales aquí: _____

Declaración y firma:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas o con intención de defraudar o facilitar un fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud o reclamos de seguro que contengan información falsa, engañosa o equívoca puede ser culpable de fraude de seguros.

Por la presente envío una solicitud de beneficios según el Seguro de permiso familiar y médico pagado de Oregón. Con mi firma declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado: _____

Fecha: | m | m | / | d | d | / | a | a | a | a |

Fin de la Parte A

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](https://www.archinsurance.com/disability)

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia por seguridad

Parte B: Información del empleador (La debe completar el empleador para el empleado mencionado arriba que solicita OR PFML)

- 1 Información del empleador:**

Nombre legal completo del negocio _____

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ |

País (si no es EE. UU.): _____
- 2 Número de póliza:**

- 3 Número federal de identificación de empleador (FEIN) del negocio:**

- 4 Persona de contacto del empleador (nombre y cargo) para esta solicitud de permiso de ausencia:**

- 5 Teléfono del contacto: (__ __ __) - | __ __ __ | - | __ __ __ __ |**

- 6 Dirección de correo electrónico del contacto:**

- 7 Situación laboral actual del empleado:**

Empleado activo-no despedido

Despedido del empleo — Fecha del despido: | m m / | d d / | a a a a |
- 8 Fecha de contratación del empleado:**

Fecha: | m m / | d d / | a a a a |
- 9 Último día de trabajado antes del permiso de ausencia:**

Fecha: | m m / | d d / | a a a a |
- 10 ¿Se reincorporó el empleado al trabajo?**

Sí No

Fecha de reincorporación al trabajo: | m m / | d d / | a a a a | Real Aproximada
- 11 Cargo y descripción del puesto del empleado:**

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregon – Permiso de ausencia por seguridad

Parte B, continúa

12 Verificación de empleo en Oregon ("OR"):

- a. ¿Se reportan los ingresos del empleado al final del año en el formulario W-2 del IRS? Sí No (responda a la pregunta 12b)
- b. ¿Está el empleado sujeto a las obligaciones del Seguro de desempleo en OR? Sí No (responda a la pregunta 12c)
- c. ¿Está el servicio del empleado localizado (lo presta en su totalidad) en OR? Sí No (responda a la pregunta 12d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿está la base de operaciones del empleado en OR y parte del trabajo lo hace en OR? Sí No (responda a la pregunta 12e)
- e. Si no hay una base de operaciones, ¿presta empleado algunos de los servicios en OR y recibe dirección y control de OR? Sí No (responda a la pregunta 12f)
- f. Si no existe un lugar de dirección y control, ni servicios localizados ni base de operaciones en OR, ¿reside el empleado en OR? Sí No

13 Seleccione los días de la semana que generalmente trabaja el empleado:

- Lunes
 Martes
 Miércoles
 Jueves
 Viernes
 Sábado
 Domingo

14 Presente la historia de los ingresos del empleado durante los 5 trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de permiso de ausencia:

Final del trimestre (mm/aaaa)	Salario bruto (\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

15 Dé las horas de trabajo programadas de las últimas 4 semanas en las que el empleado se presentó a trabajar antes del permiso de ausencia:

- Semana 1
- Semana 2
- Semana 3
- Semana 4
- Promedio:

16 ¿Se usará el permiso de ausencia de manera continua o intermitente? Dé la información abajo.

Permiso de ausencia en bloque/permiso de ausencia continuo:

Fecha de comienzo (mm/dd/aaaa) Hasta (mm/dd/aaaa)

Fechas solicitadas:

Permiso de ausencia intermitente:

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia por seguridad

Parte B, continúa

17 ¿Le comunicó el empleado que solicitaba el permiso de ausencia previsible con 30 días de antelación?

Sí No

Fecha en que se dio aviso al empleador: | m m d d a a a a |
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

18 ¿Ha recibido o reclamado el empleado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo (CESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación de los trabajadores debido a una enfermedad/lesión relacionada con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. Permiso Pagado de Oregón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (Permiso de ausencia por enfermedad/vacaciones/PTO u otros tipos de permisos de ausencia que da el empleador. Especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

19 Permiso de ausencia pagado que da el empleador durante el período de permiso de ausencia

Si el empleador da un permiso de ausencia pagado acumulado u otra continuación de salario al empleado elegible durante un período de PFML, el empleador es responsable de pagar solamente la cantidad de permiso de ausencia pagado acumulado u otra continuación de salario que cuando se combina con la cantidad de beneficio semanal sea igual o menor que el salario semanal promedio del empleado elegible, de manera que el empleado elegible no reciba más del 100 % de su salario semanal promedio. Un empleado elegible debe dar su consentimiento para el uso del permiso de ausencia pagado acumulado durante los períodos de PFML.

“Permiso de ausencia pagado acumulado” significa el permiso ganado por, o de otra manera, dado a un empleado elegible según un plan o política de beneficios que ofrece el empleador, incluyendo, entre otros, pago por enfermedad (incluyendo el Permiso de ausencia pagado por enfermedad de Oregón), permiso de ausencia anual, pago por vacaciones, permiso de ausencia personal, permiso de ausencia compensatorio o tiempo libre pagado. El permiso de ausencia pagado acumulado no incluirá (i) una política o programa por discapacidad del empleador; o (ii) una política de permiso familiar o médico pagado del empleador.

a. ¿Usará el empleado algún permiso de ausencia pagado acumulado **durante el período de permiso de ausencia solicitado?**

Sí (responda a la pregunta b) No

b. ¿Recibirá el empleado un reemplazo de salario **durante todo o parte del período de permiso de ausencia solicitado?**

Sí (responda a la pregunta i) No

i. Dé información sobre el tipo de reemplazo de salario y las fechas en las que se pagará:

Declaración y firma:

AVISO: Cualquier persona que, a sabiendas o con intención de defraudar o facilitar un fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud o reclamos de seguro que contengan información falsa, engañosa o equívoca puede ser culpable de fraude de seguros.

Soy la persona autorizada para firmar como empleador del empleado que solicita beneficios según el programa de Seguro de permiso de ausencia pagado de Oregón. Con mi firma confirmo que, a mi leal saber y entender, la información que presenté es verdadera, precisa y completa. Cualquier declaración falsa, o no dar información veraz, precisa y completa, puede dar como resultado penalizaciones monetarias y de otro tipo, y a la posibilidad de un proceso penal.

Firma del empleado:

Fecha: | m m d d a a a a |
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Fin de la Parte B

Oregón - Certificación de permiso de ausencia por seguridad

El permiso de ausencia por seguridad permite a una persona elegible tomar un permiso de ausencia razonable del empleo para cualquiera de los siguientes propósitos relacionados con, o que son consecuencia de, violencia doméstica, agresión sexual, acoso o crimen de prejuicio:

- (1) Para buscar asistencia legal o de las fuerzas de orden público, o recursos para garantizar la salud y seguridad del solicitante o del hijo menor de edad o del dependiente del solicitante, incluyendo la preparación y participación en procedimientos de órdenes de protección u otros procedimientos legales civiles o penales.
- (2) Para buscar tratamiento médico o recuperarse de lesiones causadas por violencia doméstica, agresión sexual, acoso o crimen de prejuicio al solicitante elegible o al hijo menor de edad o al dependiente del solicitante.
- (3) Para obtener, o ayudar a un hijo menor de edad o dependiente a obtener, consejería de un profesional de salud mental autorizado en relación con una experiencia de violencia doméstica, acoso, agresión sexual o crimen de prejuicio.
- (4) Para obtener servicios de un proveedor de servicios para las víctimas para el solicitante elegible o para el hijo menor de edad o para el dependiente del solicitante.
- (5) Para trasladarse o tomar medidas para asegurar una casa existente para garantizar la salud y seguridad del solicitante elegible o del hijo menor de edad o del dependiente del solicitante.

NOTA: Si más de un hijo menor de edad necesita la atención relacionada con el permiso de ausencia por seguridad, complete un formulario de Certificación de permiso de ausencia por seguridad para cada hijo que necesite la atención.

Sección 1: Información del empleado (la debe completar la persona que solicita el permiso de ausencia por seguridad)

1 Nombre legal del empleado: _____
 (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2 Número de Seguro Social: _ _ _ - _ _ - _ _ _

3 Número de reclamo (si está disponible): _____

4 Motivo de la solicitud del permiso de ausencia por seguridad: (se pueden seleccionar una o más opciones, continúa en la siguiente página)

Permiso de ausencia por seguridad para cuidar a mi hijo*
 Edad del hijo: _____ Primer nombre y apellido del hijo: _____
 Seleccione el tipo de cuidado dado:

- Buscar atención médica para mi hijo (incluyendo consejería) por lesiones o discapacidades físicas o psicológicas para ayudar a mi hijo a recuperarse de lesiones causadas por violencia doméstica, agresión sexual, acoso o crimen de prejuicio.
- Obtener servicios para mi hijo de un proveedor de servicios para las víctimas.
- Trasladar a mi hijo o tomar medidas para asegurar una casa existente.
- Participar, o apoyar a mi hijo, durante procedimientos civiles, penales o administrativos relacionados o que son consecuencia de la violencia doméstica, la agresión sexual, el acoso o crimen de prejuicio.

*"Hijo" es una persona descrita en ORS 657B.010 (a) – (c) y es menor de 18 años; o es mayor de 18 años como adulto dependiente sustancialmente limitado por una discapacidad física o mental como se define en ORS 659A.104.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Oregón - Certificación de permiso de ausencia por seguridad

Continúa

- Permiso de ausencia por seguridad **para mí mismo** para buscar **atención médica** (incluyendo consejería) por lesiones o discapacidades físicas o psicológicas o para **recuperarme de lesiones** causadas por violencia doméstica, agresión sexual, acoso o crimen de prejuicio.
- Permiso de ausencia por seguridad **para mí mismo** para
 - Obtener servicios de un proveedor de servicios para las víctimas
 - Trasladarme o tomar medidas para asegurar una casa existente
 - Participar en procedimientos civiles, penales o administrativos relacionados o que son consecuencia de violencia doméstica, agresión sexual, acoso o crimen de prejuicio.

5 Documentación necesaria para el permiso de ausencia por seguridad (Incluya por lo menos uno (1) de los documentos mencionados abajo con esta solicitud para respaldar la solicitud del permiso de ausencia):

- Una copia de un reporte policial o una queja formal ante el coordinador del Título IX de la escuela indicando que usted o su hijo fueron víctimas de violencia doméstica, acoso, agresión sexual o crimen de prejuicio.
- Una copia de una orden de protección u otra evidencia de que usted o su hijo comparecieron o se prepararon para un procedimiento civil, penal o administrativo relacionado con violencia doméstica, acoso, agresión sexual o crimen de prejuicio.
- Documentación por escrito de un abogado, representante de las fuerzas de orden público, proveedor de atención médica, profesional o consejero de salud mental autorizado, miembro del clero o proveedor de servicios para las víctimas que afirme que usted o su hijo estaban recibiendo tratamiento u orientación, obteniendo servicios o trasladándose como consecuencia de violencia doméstica, acoso, agresión sexual o crimen de prejuicio.

6 Descripción por escrito del propósito de este permiso de ausencia (la debe completar el solicitante si no hay otra documentación disponible)

Si ninguna de la documentación mencionada arriba está disponible por causa justificada (por ejemplo, debido a la falta de acceso a los servicios o preocupaciones por la seguridad del solicitante o del hijo del solicitante), el solicitante puede presentar una declaración por escrito firmada que certifique que está tomando un permiso de ausencia por uno de los siguientes motivos:

1. Para buscar atención médica o consejería psicológica o de otro tipo por lesiones o discapacidades físicas o psicológicas,
2. Para obtener servicios de una organización de servicios para las víctimas,
3. Para trasladarse debido a violencia doméstica, acoso, agresión sexual o crimen de prejuicio,
4. Para participar en cualquier procedimiento civil o penal relacionado o que sea consecuencia de violencia doméstica, acoso, agresión sexual, o crimen de prejuicio.

Declaración y firma:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con intención de defraudar o facilitar a sabiendas un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa de un hecho material, puede ser culpable de fraude de seguros. Además, certifico que, si se pagan beneficios por una cantidad superior a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios la cantidad que se pagó en exceso, y reconozco que el incumplimiento de esta obligación puede dar como resultado la acumulación de intereses y otras penalizaciones.

Por la presente envío una solicitud de beneficios según el Seguro de permiso familiar y médico pagado de Oregón. Con mi firma declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma: _____

Fecha: | m m / | d d / | a a a a |

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Oregón - Certificación de permiso de ausencia por seguridad

Continúa

Declaración y firma:

Certifico que yo soy un abogado, un empleado de la Oficina de Servicios a las Víctimas del Poder Judicial (Judicial Branch's Office of the Victim Services) o de la Oficina del Defensor de las Víctimas (Office of the Victim Advocate), o un profesional médico autorizado u otro profesional autorizado. Certifico que la persona arriba mencionada es una víctima de violencia doméstica, acoso, agresión sexual o crimen de prejuicio.

Nombre en letra de molde: _____

Nombre de la organización: _____

Firma: _____

Fecha en que se firmó: | m | m | d | d | a | a | a | a |
| _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability