

طبق تعریف مندرج در (22) ORS 657B.010، شما به عنوان یک فرد خویش فرما زمانی واجد شرایط درخواست ابطال پوشش مرخصی با حقوق اوریگان هستید که:

- برای اعلام ورشکستگی اختیاری یا غیر اختیاری تقاضا داده باشید.
- وضعیت اشتغال خود را تغییر داده باشید و دیگر واجد شرایط نباشید.
- در سال مالیاتی قبل درآمد خالص (درآمد ناخالص منهای مخارج) حاصل از خویش فرمایی کمتر از \$1,000 کسب کرده باشید.

شما تا تاریخ اتمام قرارداد در قبال تمامی الزامات مرخصی با حقوق اوریگان، از جمله پرداخت سهم‌های بیمه مسئول هستید.

بعد از اتمام اعتبار قرارداد، دیگر واجد شرایط دریافت مزایای مرخصی با حقوق اوریگان به عنوان یک فرد خویش فرما نمی‌باشید. چنانچه در حال حاضر یک کارمند هستید همچنان واجد شرایط دریافت مزایای مرخصی با حقوق اوریگان می‌باشید.

دستورالعمل‌ها:

- قسمت‌های دارای علامت * الزامی هستند
- لطفا حتما پاسخ‌ها را خوانا بنویسید
- بعد از بررسی تقاضای شما از طریق پست به شما اطلاع خواهیم داد
- این فرم را با خودکار مشکی یا آبی پر کنید
- فرم تکمیل شده و مدارک مورد نیاز را به آدرس مندرج در صفحه 3 پست کنید

تعریف

*نام کوچک:		*نام خانوادگی:	
انجام کسب و کار تحت عنوان (DBA):			
*تاریخ تولد (سال/روز/ماه):		<input type="checkbox"/> شماره تامین اجتماعی (SSN) یا <input type="checkbox"/> شماره شناسایی مالیات فردی (ITIN)	
شماره گواهینامه رانندگی/شماره شناسایی ایالتی:		*شماره: _____	
صدور گواهینامه رانندگی ایالتی:			

اطلاعات تماس

کد تلفن کشور:	نوع تلفن (دور یک مورد دایره بکشید): منزل همراه محل کار سایر:
*شماره تلفن:	آدرس ایمیل:

آدرس فیزیکی

*خیابان سطر 1:			
خیابان سطر 2:			
نوع واحد:	شماره واحد:	*شهر:	
*ایالت:	*کدپستی:	کانتی:	برسد به دست:

آدرس پستی (در صورت تفاوت با آدرس فیزیکی)

*خیابان سطر 1:			
خیابان سطر 2:			
نوع واحد:	شماره واحد:	*شهر:	
*ایالت:	*کدپستی:	کانتی:	برسد به دست:

دلیل فسخ و مدرک

لطفا اعلام کنید چرا می‌خواهید پوشش مرخصی با حقوق اوریگان خویش‌فرمایی خود را باطل کنید. مدرک مورد نیاز را ضمیمه کنید.

من تقاضای اعلام ورشکستگی دادم.

شما باید مدرکی که اعلام ورشکستگی شما را تایید می‌کند را ضمیمه نمایید. در صورت تایید، در تاریخ دریافت درخواست تکمیل شده و مدرک مورد نیاز شما توسط سازمان ابطال ترتیب اثر داده خواهد شد.

من وضعیت اشتغال خود را تغییر دادم و دیگر خویش‌فرما نیستم.

شما باید مدرکی که اعلام ورشکستگی شما را تایید می‌کند را ضمیمه نمایید. در صورت تایید، در تاریخ دریافت درخواست تکمیل شده و مدرک مورد نیاز شما توسط سازمان ابطال ترتیب اثر داده خواهد شد.

- تغییر اشتغال
- تاریخ اتمام قرارداد
- مدرک دیگری که نشان می‌دهد دیگر خویش‌فرما نیستید

من در سال مالیاتی قبل درآمد خالص حاصل از خویش‌فرمایی کمتر از \$1,000 کسب کردم.

شما باید مدرکی ارائه دهید مبنی بر اینکه در سال مالیاتی قبل درآمد خالص حاصل از خویش‌فرمایی \$1,000 کسب نکردید. شما موظف هستید اظهارنامه مالیاتی فدرال (فرم 1040) خود و فرم اوریگان OR-40، یا فرم اوریگان OR-40-P خود را ضمیمه کنید. همچنین باید تمام فرم‌های مالیاتی خود را لحاظ کنید.

من دارای پوشش حداقل سه ماهه هستم و دیگر نمی‌خواهم دارای پوشش مرخصی با حقوق اوریگان خویش‌فرمایی باشم. مدرک لازم نیست.

در صورت تایید، تاریخ ترتیب اثر ابطال شما 30 روز پس از تاریخ دریافت درخواست تکمیل شده و مدرک مورد نیاز شما توسط سازمان خواهد بود

گواهی فسخ پوشش مرخصی با حقوق اوریگان

اینجانب طبق مجازات قانونی بر اساس آنچه که می‌دانم و باور دارم صحت و درستی اطلاعات ارائه شده را تایید می‌کنم. من می‌دانم که قانون برای ارائه اظهارات کذب جهت دریافت مزایای برنامه مرخصی با حقوق اوریگان مجازاتی در نظر گرفته است. (ORS 657B.120)

من می‌دانم تنها در صورتی که یک یا چند مورد از شرایط زیر صدق کند، من می‌توانم پوشش اختیاری فردی خویش‌فرمایی خود را فسخ کنم: (1) دارای یک پوشش اختیاری خویش‌فرمایی دارای اعتبار حداقل سه ساله باشم، (2) تقاضای اعلام ورشکستگی داده باشم، (3) وضعیت اشتغال من تغییر کرده باشد، یا (4) در سال مالیاتی قبل درآمد خالص حاصل از خویش‌فرمایی حداقل \$1,000 کسب نکردم.

من می‌دانم که باید یک درخواست برای فسخ پوشش خود ارسال کنم و باید مدرکی که مورد تایید مرخصی با حقوق اوریگان ارائه دهم. (657B.130; OAR 471-070-2170)

من می‌دانم که تا تاریخ فسخ پوشش اختیاری خویش‌فرمایی خود که توسط برنامه مرخصی با حقوق اوریگان تایید می‌شود باید به پرداخت سهم بیمه خود ادامه دهم.

اجرا شده در _____ روز _____ ماه _____ سال _____ در _____ شهر _____ ایالت

تاریخ:

امضا:

لطفا این فرم و ضمیمه‌های مورد نیاز را به این نشانی برگردانید:

Oregon Employment Department
Paid Leave Oregon Self-Employed Application
875 Union St NE
Salem, OR 97311

به کمک نیاز دارید؟

اداره اشتغال اورگان (OED) یک مؤسسه ارائه فرصت برابر است. هر فرد حق دارد از برنامه‌ها و خدمات OED استفاده کند. OED به صورت رایگان کمک ارائه می‌دهد. مترجم زبان اشاره و زبان گفتاری، مطالب کتبی به سایر زبان‌ها، خط بریل، چاپ بزرگ، صوتی و قالب‌های دیگر چند نمونه از آن هستند. در صورت نیاز به کمک، با شماره 503-370-5800 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند. در paidleave@oregon.gov نیز می‌توانید درخواست کمک کنید.