

自雇职业者承保终止申请



根据 ORS 6570B.010 (22) 之定义，您属于自雇职业者；以下情况下，您有资格申请取消您的“Oregon州带薪假期”计划：

- 您已提交自愿或非自愿破产申请。
- 您的就业状态发生变更，不再符合条件。
- 您上一纳税年度的自雇工作净收入不足\$1,000(总收入减去支出)。

您负责履行所有“Oregon州带薪假期”要求，包括计划费用配额，直至结束日期。

计划结束后，您不再符合作为一名自雇职业者获得“Oregon州带薪假期”福利的资格。如果目前是一名雇员，您仍有资格获得“Oregon州带薪假期”福利。

填写说明：

- 标有*的字段为必填项
- 请确保回复内容清晰可读
- 申请审核完成后，我们会向您寄发邮件予以告知
- 请用黑色或蓝色墨水填写此表
- 请将填妥的表格以及所需文件邮寄至第3页所述地址

身份识别

*名字：	*姓氏：
公司注册真名 (DBA)：	
*出生日期 (年月日)：	<input type="checkbox"/> 社会安全号 (SSN) 或者个人纳税
驾照州身份证号码： 所颁发的州驾驶执照：	<input type="checkbox"/> 识别号 (ITIN)
	*号码： _____ - _____ - _____

联系信息

电话所在国家：	电话类型 (请圈选一个)： 住宅 手机 公司 其他：
*电话号码：	电子邮箱地址：

实际地址

*街道地址 1：			
街道地址 2：			
单元类型：	单元号：	*城市：	
*州：	*邮编：	郡县：	收件人：

邮寄地址 (如果与实际地址不同)

*街道地址 1：			
街道地址 2：			
单元类型：	单元号：	*城市：	
*州：	*邮编：	郡县：	收件人：

终止原因和相关文件

请说明您取消自雇职业者“Oregon州带薪假期”计划的原因。
请随附所需文件。

- 我已提交自愿或非自愿破产申请。**
您必须随附相关文件证明您的破产申请。如果获批，您的取消申请将在相关部门收到完整申请以及所需文件的当日生效。
- 我的就业状态已经发生变更，不再是自雇职业者。**
您必须随附相关文件证明您的破产申请。如果获批，您的取消申请将在相关部门收到完整申请以及所需文件的当日生效。
- 就业变更
 - 合同结束日期
 - 表明您不再是自雇职业者的其他文件
- 您上一纳税年度的自雇工作净收入不足\$1,000。**
您必须提供相关文件，证明您上一纳税年度的自雇工作净收入不足\$1,000。您需要随附《**联邦个人所得税申报表（表 1040）**》和《**Oregon州表 OR-40**》或者《**Oregon州表 OR-40-P**》。您还必须将所有附表一并提交。
- 我已经参加了至少三年的计划承保，不想再参加“Oregon州带薪假期”的自雇职业者承保计划。**
无需任何文件。

如果获批，您的取消申请将在相关部门收到完整申请以及所需文件日期后的第 30 天生效

自雇职业者带薪假期承保终止证明

- 我证明，本人所提供的信息在本人所知所信范围内真实无误，否则会受到法律惩罚。我知道法律对以获取“Oregon州带薪假期”计划福利为目的做出虚假陈述的处罚力度。（ORS 657B.120）
- 我知道，只有存在以下一项或多项事实时，才能终止本人的自雇职业者个人选择性承保计划：
1) 我已经参加了至少三年的有效计划承保；2) 我提交了破产申请；3) 我的就业状态发生变更；或者，4) 我上一纳税年度的自雇工作净收入不足\$1,000。
- 我知道，我需要寄发计划承保终止申请，且必须提供“Oregon州带薪假期”计划的批准文件。（6570B.130；OAR 471-070-2170）
- 我知道，我必须继续缴纳计划费用配额，直至自雇职业者选择性承保计划终止申请被“Oregon州带薪假期”计划批准为止。

执行日期_____（月）_____年_____（日）_____月_____（时间）
城市_____州_____

签名：

日期：

请将本表以及所需附件一并交回至：

Oregon 州就业部
Oregon 州带薪假期自雇职业者申请
875 Union St NE
Salem, OR 97311

需要帮助？

“Oregon 州就业部 (OED) ” 是一个提供均等机会的机构。每个人都有权使用 OED 计划和服务。OED 提供免费帮助。例如手语和口语翻译、其他语种的书面材料、盲文、大字体、音频和其他格式文档。如需帮助，请致电 503-370-5800。TTY 用户请拨打 711。您也可以通过 paidleave@oregon.gov 寻求帮助