

**引言:**

本《获得同等计划批准的意向声明》(“意向声明”)的目的是提供雇主意向提供获批同等计划的文件,生效日期为 2023 年 9 月 3 日。

经批准的意向声明将免除俄勒冈州的带薪休假计划。根据 ORS 657B.340 的规定提供带薪休假福利,并在意向声明批准后的期间内(不迟于 2023 年 9 月 3 日批准的同等计划生效的截止日期),免除向带薪休假计划基金支付款项。

如果雇主未在 2023 年 5 月 31 日之前,提交完整的同等计划申请,则意向声明将被取消,并失效。此外,雇主有责任支付所有未支付的雇主款项,并汇出所有未支付的雇员款项,这些款项是在 2023 年 1 月 1 日或之后开始,且属于俄勒冈州托管,并要承担罚款和利息。雇主不得向雇员收取任何款项,以支付因雇主未及时缴款而征收的任何罚金或利息。

**第 1 步:向相关部门提交您的意向声明**

如果您有同等计划可供审批,则无需填写意向声明,此时只需提交同等计划申请。提交意向声明并不是提供同等计划的预先批准,在 2023 年 9 月 3 日没有批准的生效同等计划的雇主,将从 2023 年 1 月 1 日起负责缴款,直到批准的计划生效为止。您可以提交意向声明的截止日期是 2022 年 11 月 30 日。

**第 2 步:完成并提交您的同等计划申请**

同等计划申请必须在 2023 年 5 月 31 日之前完成,并提交给相关部门,以满足计划在 2023 年 9 月 3 日生效的批准截止期限。

**说明:**

- 标有 \* 的字段为必填项
- 请确保文字清晰可辨
- 在审查完您的申请后,我们将通过邮件通知您
- 请用黑色或蓝色墨水笔填写此表格
- 将填好的表格和所需文件邮寄到第 2 页底部显示的地址

**A 部分 - 联系信息**

如果我们有任何疑问,工作人员将通过此联系信息联系您。

*公司名称:	*联邦雇主识别号码 (FEIN):		
	_____ - _____		
*商业识别号码 (BIN):	_____ - _____		
*名:	*姓:		
*电话号码:	*电子邮箱:		
<b>实际地址</b>			
街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:	单元号:	*城市:	
*州:	*邮编:	国家:	

<b>邮寄地址(如果与实际地址不同)</b>			
*街道地址第 1 行:			
街道地址第 2 行:			
单元类型:	单元号:	*城市:	
*州:	*邮编:	国家:	
<b>预期计划类型(只能选择一项)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>完全保险的同等待计划</b> 完全保险的同等待计划是指雇主从销售带薪休假产品的保险公司处,购买的保险单的同等待计划,且该销售业务已获得俄勒冈州消费者和商业服务部(DCBS)金融监管司的批准。此外,与该计划有关的福利将通过保险单进行管理。			
<input type="checkbox"/> <b>雇主管理的同等待计划</b> 雇主管理的同等待计划是指雇主提供私人计划的同等待计划,雇主承担与同等待计划的福利和管理有关的所有财务风险,无论该计划是由雇主还是由第三方管理人员管理。			
<b>认证与声明</b>			
<input type="checkbox"/> 通过提交本意向声明,我证明我打算提供一份生效日期为 2023 年 9 月 3 日的同等待计划申请,并且我将在 2023 年 5 月 31 日或之前,向俄勒冈州带薪休假计划提交完整的同等待计划申请,以满足此要求。			
<input type="checkbox"/> 通过提交本意向声明,我证明我承认并理解,如果我的同等待计划申请没有获得批准,则我提交的意向声明会于 2023 年 9 月 3 日生效,或者,如果我未能在 2023 年 5 月 31 日之前提交同等待计划申请。我,即雇主,将根据 ORS 657B.150 (雇主和雇员的国家带薪休假计划款项)承担所有规定的款项(包括拖欠的缴款、罚款和利息)。相关款项将追溯到 2023 年 1 月 1 日,并且我不得向雇员收取追溯款项以满足此要求。			
<input type="checkbox"/> 我已知悉,如果我打算提供雇主管理的计划,我必须按规定在提出同等待计划申请时,提供足够的偿付能力证明。			
<input type="checkbox"/> 我已阅读并确认 ORS 第 657B 章和 OAR 471-070-2205 中规定的法律,并将遵循所有当前和未来的法规、行政规则和机构政策中关于雇主提供经批准的同等待计划的相关要求。			
<input type="checkbox"/> <b>我特此声明上述内容是真实的、正确的,否则将受到伪证处罚。</b> 在 _____ (州) _____ ((城市),于 _____ 年 _____ 月 _____ 日执行。			
姓名(打印):		头衔:	
签名:			
请将此表格和所需附件返回至:		<b>俄勒冈州沙连          东北联合街875号          俄勒冈州就业部          俄勒冈州的带薪假期申请办公室          邮编: 97311</b>	
<b>是否需要帮助?</b>			
俄勒冈州就业部(OED)是一个提倡机会均等的机构。每个人都有权使用俄勒冈州就业部(OED)的程序和服务。俄勒冈州就业部(OED)可为每个人提供一系列的免费帮助。比如手语和口语翻译、其他语言的书面材料、盲文、大字版、音频和其他格式。如果您需要帮助,请致电 833-854-0166(免费)。TTY 用户请拨打 711。您也可以通过 <a href="mailto:paidleave@oregon.gov">paidleave@oregon.gov</a> 寻求帮助。			