

Declaration of Intent



Introducción:

El propósito de esta Declaración de Intención de Obtener la Aprobación de un Plan Equivalente (“Declaración de Intención”) es proporcionar documentación de la intención de un empleador en proporcionar un plan equivalente aprobado con una fecha de vigencia del 3 de septiembre de 2023.

Una Declaración de Intención aprobada proporcionará una exención del programa de Permiso Pagado de Oregon para la provisión de beneficios de permiso pagado bajo ORS 657B.340 y la exención del pago de contribuciones al fondo del programa de Permiso Pagado durante el período posterior a la aprobación de la Declaración de Intención hasta no más tarde de la fecha límite del 3 de septiembre, 2023 cuando entre en vigor un plan equivalente aprobado.

Si un empleador no presenta una solicitud de plan equivalente completa antes del 31 de mayo de 2023, la declaración de intención se cancela y ya no es efectiva. El empleador es responsable de pagar todas las contribuciones del empleador no pagadas y remitir todas las contribuciones no pagadas de los empleados que se mantuvieron en un fondo para el Estado de Oregon durante períodos que comienzan a partir del 1 de enero de 2023, y está sujeto a multas e intereses. El empleador no puede cobrar contribuciones de los empleados para pagar las multas o intereses impuestos debido a que el empleador no hizo contribuciones oportunas.

Paso 1: Presente su Declaración de Intención ante el Departamento

Si tiene un plan equivalente listo para su aprobación, no necesita completar una Declaración de intención y puede enviar su solicitud de plan equivalente en este momento. La presentación de una Declaración de Intención no proporciona una aprobación previa para el plan equivalente, y un empleador que no tiene un plan equivalente aprobado en vigor el 3 de septiembre de 2023, será responsable de las contribuciones desde el 1 de enero de 2023 hasta que un plan aprobado esté en validez. El último día en que puede presentar una Declaración de Intención es el 30 de noviembre de 2022.

Paso 2: Finalice y envíe su solicitud de plan equivalente

Una solicitud de plan equivalente debe completarse y enviarse al departamento antes del 31 de mayo de 2023 para cumplir con los plazos de aprobación para que un plan entre en validez el 3 de septiembre de 2023.

Instrucciones

- Los campos marcados con * son obligatorios
- Asegúrese de que las respuestas sean legibles
- Le notificaremos por correo después de que se revise su solicitud
- Complete este formulario en tinta negra o azul
- Envíe por correo el formulario completo y los documentos requeridos en la parte inferior de la página 2

SECCIÓN A- INFORMACIÓN DE CONTACTO

La información de contacto será utilizada por el personal si tenemos alguna pregunta.

*Nombre de la empresa:	*Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN): ____ - _____
*Número de identificación comercial (BIN):	_____ - _____
*Nombre:	*Apellido:
*Número de teléfono:	*Correo electrónico:

DIRECCIÓN FÍSICA

Calle Línea 1:		
Calle Línea 2:		
Tipo de vivienda:	Número de vivienda:	*Ciudad:
*Estado:	*Código postal:	Condado:

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN FÍSICA)		
*Calle Línea 1:		
Calle Línea 2:		
Typo de vivienda:	Numero de vivienda:	*Ciudad:
*Estado:	*Código postal:	Condado:
TIPO DE PLAN PREVISTO (Marque uno)		
<input type="checkbox"/> Plan equivalente totalmente asegurado Plan equivalente totalmente asegurado significa un plan equivalente en el que el empleador compra una póliza de seguro de una compañía de seguros aprobada para vender productos de permiso pagado por el Departamento de Consumidores y Negocios de Oregon. La División de Regulación Financiera de Servicios (DCBS) y los beneficios relacionados con el plan se administran a través de la póliza de seguro.		
<input type="checkbox"/> Plan equivalente administrado por el empleador Plan administrado por el empleador significa un plan equivalente en el que el empleador ofrece un plan privado en el que el empleador asume todos los riesgos financieros asociados con los beneficios y la administración del plan equivalente, ya sea administrado por el empleador o por un administrador externo.		
CERTIFICACIONES Y DECLARACIÓN		
<input type="checkbox"/> Certifico, mediante la presentación de esta Declaración de Intención, que tengo la intención de presentar una solicitud de plan equivalente para su aprobación con una fecha de vigencia del 3 de septiembre de 2023, y que presentaré la solicitud de plan equivalente completa al programa Permiso Pagado de Oregon en o antes del 31 de mayo de 2023 para cumplir con este requisito.		
<input type="checkbox"/> Certifico, mediante la presentación de esta Declaración de Intención, que reconozco y entiendo que si mi solicitud de plan equivalente no es aprobada y está vigente el 3 de septiembre de 2023, o, si no presento la solicitud de plan equivalente antes del 31 de mayo de 2023, yo, el empleador, será responsable de todas las contribuciones requeridas (incluidas las contribuciones morosas, las multas y los intereses) de conformidad con ORS 657B.150 (las contribuciones del plan de permiso pagado del estado para el empleador y el empleado), retroactivo al 1 de enero de 2023, y que no puedo cobrar contribuciones retroactivas de los empleados para satisfacer este requisito.		
<input type="checkbox"/> Reconozco que si tengo la intención de ofrecer un plan administrado por el empleador, debo proporcionar una prueba de solvencia suficiente con la solicitud de plan equivalente, según sea necesario.		
<input type="checkbox"/> He leído y reconozco las leyes establecidas en el capítulo 657B de ORS y en OAR 471-070-2205 y seguiré todos los requisitos actuales y futuros en el estatuto, la regla administrativa y la política de la agencia para los empleadores que ofrecen planes equivalentes aprobados.		
<input type="checkbox"/> Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto. Presentado el ____ día de _____, ____ at _____, _____. <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> month year city state </div>		
Nombre:	Título:	
Firma:		
Por favor, devuelva este formulario y los archivos adjuntos requeridos a:	Oregon Employment Department Paid Leave Oregon Equivalent Plan Application 875 Union St NE, Salem, OR 97311	
¿NECESITA AYUDA?		
El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. Toda persona tiene derecho a utilizar los programas y servicios de OED. OED proporciona ayuda gratuita. Algunos ejemplos son los intérpretes de lenguaje de señas y lenguaje hablado, materiales escritos en otros idiomas, braille, letra grande, audio y otros formatos. Si necesita ayuda, llame al 833-854-0166 (llamada gratuita). Los usuarios de TTY llaman al 711. También puedes pedir ayuda en paidleave@oregon.gov .		