

介紹：

這份用於獲得等效計劃批准的意向聲明(下稱「意向聲明」)的目的是給予僱主有意提供獲批等效計劃的文檔,其生效日期為 2023 年 9 月 3 日。

獲得批准的意向聲明將提供俄勒岡州有薪假期 (Paid Leave Oregon) 計劃的豁免,以根據 ORS 657B.340 提供有薪假期 (Paid Leave Oregon) 福利,並在意向聲明獲得批准後的期間免除向有薪假期 (Paid Leave Oregon) 計劃基金作出供款,直至不遲於 2023 年 9 月 3 日批准的等效計劃生效的最後期限。

如果僱主在 2023 年 5 月 31 日之前尚未提交完整的等效計劃申請,則意向聲明將被取消且不再有效。然後,僱主便有責任支付從 2023 年 1 月 1 日或之後開始由俄勒岡州託管的所有未支付的僱主供款和匯出所有未支付的僱員供款,並須繳納罰款和利息。僱主不得向僱員收取供款,以支付因僱主未能及時供款而被徵收的任何罰款或利息。

第 1 步:向該部門提交您的意向聲明

如果您已經繕制好待批准的等效計劃,則無需填寫意向聲明,此時您可以提交等效計劃申請。提交意向聲明並不提供等效計劃的預先批准,如果僱主在 2023 年 9 月 3 日沒有一個獲批的等效計劃,那麼他將有責任從 2023 年 1 月 1 日開始供款,直到一個獲批的計劃生效為止。閣下提交意向聲明的最後限期是 2022 年 11 月 30 日。

第 2 步:最終確定並提交您的等效計劃申請

您必須在 2023 年 5 月 31 日之前完成並將等效計劃申請提交給該部門,以符合計劃於 2023 年 9 月 3 日生效的批准截止日期。

指示：

- 標有 * 為必填欄目
- 請確保回覆清晰易讀
- 您的申請獲審核後,我們將透過郵件通知您
- 請用黑色或藍色筆填寫此表格
- 請將填妥的表格和所需文件郵寄至第 2 頁底部的地址

A 部分 - 聯絡資訊

如有任何問題,我們的工作人員將使用以下聯絡資訊。

*企業名稱：	*聯邦僱主識別編號 (FEIN): _____ - _____		
*企業識別編號 (BIN):	_____ - _____		
*名字：	*姓氏：		
*電話號碼：	*電郵：		
實際地址			
街道(第 1 行)：			
街道(第 2 行)：			
單位類型：	單位號碼：	*城市：	
*州：	*郵政編號：	國家：	

郵寄地址(如果與實際地址不同)			
*街道(第 1 行):			
街道(第 2 行):			
單位類型:	單位號碼:	*城市:	
*州:	*郵政編號:	國家:	
意向計劃類型(請勾選一項)			
<input type="checkbox"/> 全額保險的等效計劃 全額保險的等效計劃是指,僱主從俄勒岡州消費者和商業服務部(DCBS)金融監管司批准的銷售有薪假期(Paid Leave Oregon)產品的保險公司購買保單的等效計劃,與該計劃相關的福利透過保單進行管理。			
<input type="checkbox"/> 僱主管理等效計劃 僱主管理計劃是指僱主提供的等效計劃為私人計劃,在該私人計劃中,僱主承擔與等效計劃的福利和管理相關的所有財務風險,無論該計劃是由僱主還是第三方管理人作出管理。			
證明和聲明			
<input type="checkbox"/> 本人透過提交此意向聲明,證明我打算提供一份生效日期為 2023 年 9 月 3 日的等效計劃申請,並且將在 2023 年 5 月 31 日或之前向俄勒岡州有薪假期(Paid Leave Oregon)計劃提交完整的等效計劃申請,以符合此規定。			
<input type="checkbox"/> 本人透過提交此意向聲明,證明我確認並理解如果我的等效計劃申請未獲批准並未能於 2023 年 9 月 3 日生效,或者如果我未能在 2023 年 5 月 31 日之前提交等效計劃申請,我作為僱主,將根據 ORS 657B.150(僱主和僱員的州政府有薪假期計劃供款)承擔所有必需的供款(包括拖欠的供款、罰款和利息),追溯期可自 2023 年 1 月 1 日開始,而且我不可向員工收取追溯供款以滿足此規定。			
<input type="checkbox"/> 本人承認,如果我有意提供僱主管理的計劃,我必須根據規定,在申請等效計劃時提供足夠的償付能力證明。			
<input type="checkbox"/> 本人已閱讀並承認 ORS 第 657B 章和 OAR 471-070-2205 中規定的法律,並將遵守法規、行政規則和機構政策中針對僱主提供獲批准的等效計劃之所有現行和未來規定。			
<input type="checkbox"/> 本人謹此聲明上述內容真實無誤,否則將受偽證罪處罰。 於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 執行,地點為 _____ 市, _____ 州。			
姓名(印刷體):		職位:	
簽名:			
請將此表格和所需的附件寄回		Oregon Employment Department Paid Leave Oregon Equivalent Plan Application 875 Union St NE, Salem, OR 97311	
需要協助?			
俄勒岡州就業部(OED)是一個平等機會的機構。任何人都有權使用 OED 計劃和服務。OED 提供免費協助。當中一些例子包括手語和口語翻譯、其他語言的書面材料、盲文、大字體、音頻及其他格式。如需協助,請致電 833-854-0166(免費電話)。電傳打字機(TTY)用戶請撥打 711。您也可以透過 paidleave@oregon.gov 尋求協助。			