Оплачиваемый отпуск в Орегоне

Заявление на эквивалентный план

Введение:

Эквивалентные планы – это программы оплачиваемого отпуска, предлагаемые работодателем. В случае одобрения работодатели будут предоставлять своим сотрудникам оплачиваемый отпуск через утвержденный эквивалентный план, а не через программу «Оплачиваемый отпуск в Орегоне», которую предлагает штат Орегон. Эквивалентными планами могут быть программы, предоставляемые работодателем, или приобретенные страховые полисы с полным страхованием.

Практические приемы и советы по представлению эквивалентного плана:

- Ознакомьтесь со всеми требованиями Программы до подачи заявления, изучив Руководство по эквивалентным планам по ссылке paidleave.oregon.gov.
- На принятие решения предусмотрено не менее 30 дней. В случае одобрения ваш эквивалентный план вступит в силу в первый день следующего квартала.
- Если у вас возникли вопросы, свяжитесь с нами по телефону 1-833-854-0166.

Информация об оплате:

- Мы принимаем чеки только для заявлений поданых в бумажной форме. Если вы хотите произвести оплату по системе ACH, заполните заявление на эквивалентный план в режиме онлайн на сайте frances.oregon.gov. Пожалуйста, выписывайте чеки на имя ‘Paid Leave Oregon - Employment Department’. Укажите «Equivalent plan application» в разделе «Memo» (назначение) на вашем чеке.

Информация о сборах:

- Первоначальное утверждение эквивалентного плана составляет $250.

Работодатели, подающие планы на повторное утверждение, будут уведомлены о наличии существенных или несущественных изменений в их плане и получат оценку соответствующих сборов за повторное утверждение:

- Повторное утверждение эквивалентного плана с существенными изменениями составляет $250.
- Повторное утверждение эквивалентного плана с несущественными изменениями или без изменений составляет $150.

Инструкции:

- **Поля, помеченные символом *, – обязательны для заполнения**
- Пожалуйста, убедитесь, что ответы разборчивы
- Мы уведомим вас по почте после того, как ваше заявление будет рассмотрено
- Заполните эту форму черными или синими чернилами
- Отправьте заполненную форму и необходимые документы по почте по адресу, указанному внизу страницы 4

Вы должны заполнить заявление для каждого идентификационного номера предприятия (BIN). Требования к заполнению заявления:

- Если вы подаете заявление на план, управляемый работодателем - заполните разделы A, C, D, E, F и отправьте по почте копию вашего заявления, эквивалентный план, документы о платежеспособности и чек об оплате.
- Если вы подаете заявление на план с полным страхованием - заполните разделы A, B, C, D, F и отправьте по почте копию заявления, эквивалентный план или страховой полис, а также чек об оплате.
- Если вы подаете заявление на повторное утверждение плана, управляемого работодателем -заполните разделы A, C, D, E, F и отправьте по почте копию вашего заявления, эквивалентный план, документы о платежеспособности и чек об оплате.
- Если вы подаете заявление на повторное утверждение вашего плана с полным страхованием - заполните разделы A, B, C, D, F и отправьте по почте копию вашего заявления, эквивалентный план или страховой полис, а также чек об оплате.

РАЗДЕЛ А – КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ *(Контактная информация будет использоваться персоналом, если у нас возникнут вопросы по поводу вашего заявления на эквивалентный план)*	
*Наименование компании:	*Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN): ____ - _____
*Идентификационный номер предприятия (BIN): _____ - ____	
*Имя:	*Фамилия:
*Номер телефона:	*Эл. почта:

ФИЗИЧЕСКИЙ АДРЕС		
*Улица, строка 1:		
Улица, строка 2:		
Тип объекта:	Номер объекта:	*Город:
*Штат:	*Почтовый индекс:	Округ:

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС *(если отличается от физического адреса)*		
*Улица, строка 1:		
Улица, строка 2:		
Тип объекта:	Номер объекта:	*Город:
*Штат:	*Почтовый индекс:	Округ:

РАЗДЕЛ В – КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ *(Если применимо)*	
*Название страховой компании:	
*Имя контактного лица страховой компании:	
*Номер телефона:	*Эл. почта:

ФИЗИЧЕСКИЙ АДРЕС		
*Улица, строка 1:		
Улица, строка 2:		
Тип объекта:	Номер объекта:	*Город:
*Штат:	*Почтовый индекс:	Округ:

Почтовый адрес *(Если отличается от физического адреса)*		
*Улица, строка 1:		
Улица, строка 2:		
Тип объекта:	Номер объекта:	*Город:
*Штат:	*Почтовый индекс:	Округ:

РАЗДЕЛ С – СРАХОВАНИЕ / ПОДРОБНОСТИ ПЛАНА
Пожалуйста, предоставьте следующую информацию о вашем плане. Если вы хотите получить дополнительную информацию о различиях между планом с полным страхованием и планом, управляемым работодателем, пожалуйста, ознакомьтесь с Руководством по эквивалентным планам.
Тип плана: ❑ Полное страхование: (Идентификационный номер полиса/бланка _____) **ИЛИ** ❑ Управление работодателем
Дата начала страхового покрытия *(ММ/ДД/ГГГГ)*:
Дата окончания страхового покрытия *(ММ/ДД/ГГГГ)*:

РАЗДЕЛ D – АНКЕТА

Подробности плана		
1.	Есть ли у вас в настоящее время утвержденный департаментом эквивалентный план?	❑ Да ❑ Нет
2.	Если “да”, были ли внесены какие-либо изменения в план (включая переход от управления работодателем к полному страхованию)?	❑ Да ❑ Нет ❑ Не прим.
Минимальные требования к плану		
3.	Ваш план должен быть доступен для всех ваших сотрудников в штате Орегон (включая сотрудников, работающих полный и неполный рабочий день, постоянно или временно), которые непрерывно работали у вас в течение 30 дней. Ваш план должен сразу же обеспечивать страховое покрытие для новонанятых сотрудников, переходящих с работы, где есть страховое покрытие по утвержденному эквивалентному плану. Соответствует ли ваш план этим требованиям?	❑ Да ❑ Нет
4.	Ваш план должен предоставлять следующий временной период льгот для отпуска по семейным обстоятельствам, медицинским показаниям и отпуска для обеспечения безопастности: минимум 12 недель оплачиваемого отпуска вашему работнику в течение 52 последовательных календарных недель (или 53 последовательных недель, если это применимо), плюс дополнительные 2 недели оплачиваемого отпуска по беременности, родам и связанным с ними состояниям. Соответствует ли ваш план этим требованиям?	❑ Да ❑ Нет
5.	Ваш план должен предусматривать отпуск, который может быть взят как в течение рабочей недели, так и в течение рабочего дня. Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да ❑ Нет
6.	Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый отпуск по медицинским показаниям, если они не могут работать по причине серьезного состояния здоровья. Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да ❑ Нет
7.	Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам для ухода за членом семьи или любым лицом, связанным кровным родством или родственными связями, чья тесная связь с покрываемым лицом, имеющим серьезное заболевание, эквивалентна семейным отношениям. Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да ❑ Нет
8.	Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам для укрепления эмоциональной связи с ребенком в течение первого года после рождения, устройства в приемную семью или усыновления/удочерения ребенка. Ваш план также должен предоставлять сотрудникам время, необходимое для проведения необходимых мероприятий до устройства ребенка в приемную семью или усыновления/удочерения. Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да ❑ Нет
9.	Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый отпуск для обеспечения безопастности в связи с сексуальным нападением, домашним насилием, домогательствами, преступлениями на почве предубеждения или преследованием. Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да ❑ Нет
10.	Ваш план должен предусматривать выплату сотрудникам, имеющим право на льготы, пособия, превышающие или равные тем, которые указаны в плане штата. Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да ❑ Нет
11.	Имеется ли в плане пункт о разумных усилиях для проведения первой выплаты пособия работнику в течение двух недель после получения заявления или начала отпуска, в зависимости от того, что наступит позже?	❑ Да ❑ Нет
Взносы сотрудников		
12.	Работодатель может взять на себя все или часть расходов, связанных с утвержденным эквивалентным планом. Намерены ли вы удерживать взносы из заработной платы своих сотрудников для финансирования плана?	❑ Да ❑ Нет

13.	Ваш план не может требовать, чтобы любой сотрудник вносил более 60% от общей ставки взносов. Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да	❑ Нет
14.	Взносы, удерживаемые с работников, охваченных эквивалентным планом, должны использоваться исключительно для финансирования эквивалентного плана и не считаются частью активов работодателя для использования в каких-либо целях. Выполните ли вы это требование?	❑ Да	❑ Нет
Сохранение рабочих мест и медицинские пособия			
15.	Ваш план должен обеспечить права на сохранение рабочего места сотруднику, находящемуся в отпуске (если он был трудоустроен в течение 90 дней). Соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да	❑ Нет
16.	Вы должны направить сотрудникам письменное уведомление, содержащее всю информацию, указанную в разделе OAR-471-070-2330 и представленную в шаблоне письма-уведомления департамента. Выполните ли вы это требование?	❑ Да	❑ Нет
17.	Если в настоящее время вы делаете взносы на медицинские пособия для сотрудников, вы должны tпродолжать предоставлять те же самые медицинские пособия, пока работник находится в отпуске, при условии, что он может продолжать покрывать свою долю расходов работников на медицинские страховые взносы. Если в настоящее время вы делаете взносы на медицинское пособия для сотрудников, соответствует ли ваш план этому требованию?	❑ Да	❑ Нет

РАЗДЕЛ E – ДОКУМЕНТАЦИЯ О ПЛАТЕЖЕСПОСОБНОСТИ *(Если применимо)*

Работодатели с планами, управляемыми работодателем, должны предоставить доказательства платеже- способности, рассчитав сумму своих взносов в рамках государтсвенного плана, и предоставив документы (выписки из банка, облигации и т.д.) для подтверждения платежеспособности эквивалентного плана.

Пожалуйста, приложите соответствующие документы, подтверждающие платежеспособность на общую сумму, рассчитанную выше. Документы могут включать залог, подтверждение активов или безотзывный аккредитив.

РАЗДЕЛ F – ЗАВЕРЕНИЯ

❑ Совершая эту оплату, я подтверждаю, что сбор по заявлению не подлежит возврату, и что если мое заявление будет отклонено, я должен буду отправить дополнительную оплату любых будущих сборов по заявлению на эквивалентный план.

❑ Я подтверждаю и соглашаюсь использовать взносы сотрудников исключительно для целей управления данным планом.

❑ Я прочитал и принимаю законы, изложенные в главе 657B ORS и буду соблюдать все текущие и будущие требования закона, административных правил и политики агентства для работодателей, предлагающих утвержденные эквивалентные планы.

❑ Я понимаю, что закон предусматривает наказание для работодателей, которые делают ложные заявления или не сообщают существенные факты, касающиеся заявлений работников на получение пособий в соответствии с этой главой.

❑ **Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вышеизложенное верно и правильно.**

Заключено в _____ день _____, _____ в _____, _____.
месяц год город штат

Имя и фамилия (*напечатано*):	Должность:

Подпись:

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

На принятие решения отводится не менее 30 дней с момента получения заполненного заявления. Если потребуется дополнительная информация, департамент уведомит об этом указанное контактное лицо.

Пожалуйста, отправьте эту форму и необходимые приложения к ней по адресу:

Oregon Employment Department
Paid Leave Oregon Equivalent Plan Application
875 Union St NE
Salem, OR 97311

Нужна помощь?

Далее приведена чрезвычайно важная информация. Департамент занятости штата Орегон (OED) является агентством по обеспечению равных возможностей. Департамент занятости штата Орегон (OED) оказывает бесплатную помощь, чтобы вам было легче воспользоваться нашими услугами. Например: услуги сурдо- и устных переводчиков, предоставление письменных материалов на других языках, материалов с использованием крупного шрифта, а также материалов в аудио- и других форматах. Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 833-854-0166 (звонок бесплатный). Пользователям телетайпов (TTY) следует звонить по номеру 711. Вы также можете отправить нам электронное сообщение по эл. почте: access.paidleave@oregon.gov.