

Заявление на эквивалентный план



Введение:

Эквивалентные планы – программы оплачиваемого отпуска, предлагаемые работодателем. В случае одобрения работодатели будут предоставлять своим сотрудникам оплачиваемый отпуск через утвержденный эквивалентный план вместо Программы оплачиваемого отпуска, которую предлагает штат Орегон. Эквивалентными планами могут быть программы, предоставляемые работодателем, или приобретенные страховые полисы с полным страхованием.

Лучшие практики 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 дается 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 заявок в бумажной форме. Если вы хотите платить по системе АСН, заполните заявление на эквивалентный план в режиме онлайн на сайте frances.oregon.gov. Спасибо, что связались с Департаментом по трудоустройству штата Орегон. Укажите "Заявление на эквивалентный план" в разделе "назначение" на вашем чеке.

Информация о сборах: Первоначальное утверждение эквивалентного плана составляет 250 долларов США.

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

- Повторное утверждение эквивалентного плана с существенными изменениями стоит 250 долларов США.
- Повторное утверждение эквивалентного плана с несущественными изменениями или без изменений стоит 150 долларов США.

Инструкции:

- **Поля, помеченные символом *, – обязательны**
- Пожалуйста, убедитесь, что ответы разборчивы
- Мы уведомим вас по почте после проверки вашего заявления
- Заполните эту форму черными или синими чернилами.
- Отправьте заполненную форму и необходимые документы по адресу, указанному внизу страницы 3

Вы должны заполнить заявление для каждого идентификационного номера предприятия (BIN).

Требования к заполнению заявления:

- Если вы подаете заявление на план, предоставляемый работодателем, заполните разделы А, С, 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 А, В, С, 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, предоставляемого работодателем, заполните разделы А, С, 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 А, В, С, 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 – СТРАХОВАНИЕ / ПОДРОБНОСТИ ПЛАНА

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию о вашем плане. Если вы хотите получить дополнительную информацию о различиях между планом с полным страхованием и планом, предоставляемым 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Если “да”, были ли внесены какие-либо изменения в план (включая переход от управления работодателем к полному страхованию)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> 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 вновь нанятых сотрудников, переходящих с работы, где есть страховое покрытие по утвержденному эквивалентному плану. Соответствует ли ваш план этим требованиям?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Ваш план должен предоставлять следующий временной период льгот для семейного, медицинского и безопасного отпуска: минимум 12 недель оплачиваемого отпуска вашему работнику в течение 52 календарных недель подряд (или 53 недель подряд, если это применимо), плюс дополнительные 2 недели оплачиваемого отпуска по беременности, родам и связанным с ними состояниям. Соответствует ли ваш план этим требованиям?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый медицинский отпуск, если они не могут работать по причине серьезного состояния здоровья. Соответствует ли ваш план этому требованию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый семейный отпуск 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый семейный отпуск для общения с ребенком в течение первого года после рождения, передачи в приемную семью или усыновления ребенка. Соответствует ли ваш план этому требованию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Ваш план должен предоставлять сотрудникам оплачиваемый безопасный отпуск в связи с домашним насилием, преследованием, сексуальным нападением или домогательством. Соответствует ли ваш план этому требованию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Ваш план должен предусматривать выплату сотрудникам, имеющим право на участие в программе, пособия, превышающие или равные тем, которые указаны в плане штата. Соответствует ли ваш план этому требованию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Имеются ли в плане пункт о разумных усилиях для проведения первой выплаты в рамках пособия работнику в течение двух недель после получения заявления о или начала отпуска, в зависимости от того, что наступит позже?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Взносы сотрудников	
12. Работодатель может взять на себя все или часть расходов, связанных с утвержденным эквивалентным планом. Собираетесь ли вы удерживать взносы из заработной платы своих сотрудников для финансирования плана?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Ваш план не может требовать, чтобы любой сотрудник вносил более 60% от общей ставки взносов. Соответствует ли ваш план этому требованию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Защита рабочих мест и медицинские пособия	
15. Ваш план должен обеспечить права на защиту рабочих мест сотруднику, находящемуся в отпуске (если он был трудоустроен в течение 90 дней). Соответствует ли ваш план этому требованию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16. Вы должны направить сотрудникам письменное уведомление, содержащее всю информацию, указанную в разделе OAR-471-070-2330 и представлен в шаблоне письма-уведомления департамента. Выполните ли вы это требование?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

17. Если в настоящее время вы делаете взносы на медицинские пособия для сотрудников, вы должны продолжать предоставлять те же самые медицинские пособия, пока работник находится в отпуске, при условии, что он может сохранить свою долю в расходах работников на медицинские страховые взносы. Если в настоящее время вы делаете взносы на медицинское пособия для сотрудников, соответствует ли ваш план этому требованию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---	--

РАЗДЕЛ E – ДОКУМЕНТАЦИЯ О ПЛАТЕЖЕСПОСОБНОСТИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

Работодатели с планами, управляемыми работодателями, должны предоставить доказательства платежеспособности, рассчитав сумму своих взносов, которая была бы в плане штата, 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 – СЕРТИФИКАТЫ

<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Я подтверждаю и соглашаюсь использовать взносы сотрудников исключительно для целей управления данным планом.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Я понимаю, что закон предусматривает наказание для работодателей, которые делают ложные заявления или не сообщают существенные факты, касающиеся требований работника на получение пособий в соответствии с этой главой.
<input type="checkbox"/> Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вышеизложенное верно и правильно. Выполнил(а) _____ в день _____, _____ в _____, _____. <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> месяц год город штат </div>

Имя (напечатано):	Название:
-------------------	-----------

Подпись:

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

На принятие решения отводится не менее 30 дней с момента получения заполненного заявления. Если потребуются 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?

Департамент занятости штата Орегон (OED) – агентства по обеспечению равных возможностей для всех. Каждый имеет право на пользование программами и услугами Департамента. Департамент предоставляет бесплатную помощь. Примерами могут служить услуги по сурдопереводу и устному переводу, предоставление письменных материалов на других языках, шрифтом Брайля, крупноформатных печатных материалов, аудио-материалов, а также материалы в других форматах. Если вам требуется помощь, позвоните по телефону 833-854-0166 (звонок бесплатный). Пользователи телетайпа могут связаться с нами по номеру 711. Вы также можете обратиться за помощью по адресу paidleave@oregon.gov.