

等效計劃申請



介紹：

等效計劃是僱主提供的有薪假期計劃。如果獲得批准，僱主將透過獲批准的等效計劃而不是俄勒岡州提供的有薪假期 (Paid Leave Oregon) 計劃，向其僱員提供有薪假期 福利。等效計劃可以是僱主管理或購買的全額保險的保單。

提交等效計劃的最佳做法和提示：

- 透過查看 paidleave.oregon.gov 上的等效計劃指南 (Equivalent Plan Guidebook)，在開始申請之前熟悉所有計劃要求
- 至少留出 30 天的時間等待決定。如果獲得批准，您的等效計劃將在下個季度的第一天開始生效。
- 如有任何問題，請致電 1-833-854-0166 與我們聯絡。

付款資訊：

- 我們只就紙質申請接受支票付款。如果您想透過自動結算所 (ACH) 方式付款，請在 frances.oregon.gov 網上填寫您的等效計劃申請。支票抬頭請註明收款人為「Paid Leave Oregon - Employment Department」，在支票的備註部分寫上「等效計劃申請」。

費用資訊：

- 等效計劃的初始審批費用為 \$250 美元。

如果僱主提交作重新審批的計劃有實質性或非實質性變化，僱主將會收到通知，並評估相關的重新審批費用：

- 重新審批具有實質性更改的等效計劃的費用為 \$250 美元。
- 重新審批無實質性更改或無變化的等效計劃的費用為 \$150 美元。

說明：

- 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 4 頁上的地址

您必須為每個企業識別編號 (BIN) 填寫一份申請。一份完整的申請需要：

- 如果您正在申請僱主管理的計劃，請填寫 A、C、D、E、F 部分，並郵寄您的申請表、等效計劃、償付能力證明文件的副本和付款支票。
- 如果您申請的是全額保險計劃，請填寫 A、B、C、D、F 部分，並郵寄您的申請表、等效計劃或保單的副本和付款支票。
- 如果您申請重新審批您的僱主管理計劃，請填寫 A、C、D、E、F 部分，並郵寄您的申請表、等效計劃、償付能力證明文件的副本和付款支票。
- 如果您申請重新審批您的全額保險計劃，請填寫 A、B、C、D、F 部分，並郵寄您的申請表、等效計劃或保險單的副本和付款支票。

A 部分 - 聯絡資訊

如果對您的等效計劃申請有任何疑問，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：

郵寄位址 (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：

B 部分 - 保險公司聯絡資訊 (如適用)

*保險公司名稱：	
*保險連絡人姓名：	
*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：

郵寄位址 (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：

C 部分 - 保單/計劃詳情

請提供有關您計劃的下列詳細資訊。如果您想瞭解更多有關全額保險計劃或僱主管理計劃之間差別的資訊，請參閱等效計劃指南。

計劃類型： <input type="checkbox"/> 全額保險：(保單/表格編號 _____) 或 <input type="checkbox"/> 僱主管理
保單承保開始日期 (MM/DD/YYYY)：
保單承保結束日期 (MM/DD/YYYY)：

D 部分 - 問卷調查

計劃詳情	
1. 您目前是否有該部門批准的等效計劃？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 如果「是」,該計劃是否有任何變更(包括從僱主管理改為全額保險)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用
最低計劃要求	
3. 您的計劃必須提供給您連續僱用 30 天的所有俄勒岡州員工(包括全職、兼職、永久或臨時員工)。您的計劃必須立即為新聘用的員工提供保險,這些員工的工作是在獲批准的等效計劃下承保的。您的計劃是否符合這些規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您的計劃必須為與家庭假、醫療假和安全假有關的假期提供以下福利:在連續 52 個日曆周(或在適用的情況下連續 53 周)內,您的僱員至少有 12 周的有薪假期,另外還有額外 2 周的懷孕、分娩和相關情況的有薪假期。您的計劃是否符合所有這些規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您的計劃必須允許以工作周或工作天為單位的休假。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 如果員工因自身嚴重的健康狀況原因無法工作,您的計劃必須為他們提供有薪病假。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您的計劃必須為僱員提供有薪家庭假,以照顧與具有嚴重健康狀況的受保人密切聯絡的家庭成員或任何有血緣或姻親關係的個人。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 您的計劃必須為員工提供有薪家庭假,以便在孩子出生、寄養或收養後的第一年與孩子建立聯繫。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 您的計劃必須為員工提供與家庭暴力、跟蹤、性侵犯或騷擾相關的有薪安全假。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 您的計劃必須向合資格的員工支付高於或等同州府計劃的福利。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 您的計劃是否有作出合理努力,在收到索賠或休假開始後的兩星期內向員工發放第一筆福利(以較晚者為準)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
員工供款	
12. 僱主可能要承擔與獲批准等效計劃全部或部分的相關費用。您是否打算從員工的工資中預扣供款以資助該計劃？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 您的計劃不可要求任何員工供款超過總供款率的60%。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14. 從等效計劃涵蓋來自員工的預扣供款必須單獨使用以便為等效計劃提供資金,並且在任何情況下都不得視為僱主資產的一部分。您是否會遵守這項規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
工作保護和健康福利	
15. 您的計劃必須為休假員工提供工作保護權利(如果他們已經受僱90天)。您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

16. 您必須向員工提供書面通知，當中包括 OAR-471-070-2330 中詳述的所有資訊，並在該部門的書面通知範本中提供。您是否會遵守這項規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
17. 如果您目前為員工的健康福利提供了供款，您必須繼續在員工休假期間提供相同的健康福利，只要他們能夠維持他們在員工醫療保險費中的份額。如果您目前為員工的健康福利提供了供款，您的計劃是否符合此規定？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

E 部分 - 償付能力證明文件(如適用)

擁有僱主管理計劃的僱主，必須透過計算其在州府計劃中的供款金額並提供文件（銀行結單、債券等）來作為償付能力證明，以驗證等效計劃的償付能力。

請附上適當的文件，以證明上述計算的總金額的償付能力。這些文件可以包括債券、資產證明或不可撤銷的信用證。

F 部分 - 證明

- 透過提交此付款，本人謹此證明，申請費用不可退還，而且如果我的申請被拒絕，我將必須為任何未來的等效計劃申請費用提交額外付款。
- 本人證明並同意，僅將員工供款用於本計劃的管理目的。
- 本人已閱讀並承認 ORS 第 657B 章中規定的法律，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。
- 本人瞭解法律規定對作出虛假陳述或未報告有關僱員根據本章要求獲得福利的重要事實的僱主進行處罰。
- 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：

確認

在收到您完整的申請後，請至少留出 30 天的時間等待決定。若需進一步的資訊，該部門將向所提供的聯絡人發出通知。

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。