

**ՎՃԱՐՈՎԻ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԱՐՁԱԿՈՒՐԴԻ (PFL) ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ
ՀԱՄԱՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎՈՂ
ՀԱՅՑԻ ՁԵՎԻ ԼՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

State Disability Insurance, SDI (Հաշմանդամության պետական ապահովագրություն) առաջարկում է PFL հայցերի լրացման ապահով և հարմարավետ առցանց տարբերակներ: Ավելի արագ մշակման համար հայցի ձևը և փաստաթղթերը ներկայացրեք SDI Online ծառայության www.edd.ca.gov/disability կայքէջում:

Հայցը տպագիր դիմումի տեսքով ներկայացնելու դեպքում ուշացումներից խուսափելու համար հետևեք ստորև տրված ընդհանուր ցուցումներին: Նկատի ունեցեք, որ բավականաչափ ժամանակ է հարկավոր հայցի մշակման համար (սովորաբար, երկու շաբաթ): Հավելյալ տեղեկատվություն ստանալու համար կարդացեք *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits*, DE 2501F («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց») տրված դեղին հրահանգներն ու տեղեկատվական թերթիկը, դիմեք PFL-ի գրասենյակին 1-877-238-4373 հեռախոսահամարով կամ այցելեք EDD կայքը www.edd.ca.gov/disability:

Հայցի տեսակը. PFL-ը նպաստներ է տրամադրում իրավունակ աշխատակիցներին, ովքեր կարիք ունեն մնալու տանը՝ լուրջ հիվանդ ընտանիքի անդամին խնամելու կամ նոր երեխայի հետ կապվածություն հաստատելու համար: Կապվածության և խնամատարության հայցերը մի ներկայացրեք միևնույն ձևաթղթով կամ միևնույն ժամանակաշրջանի համար:

Կապվածություն նոր մանկան հետ հղիության հետ կապված Անաշխատունակության ապահովագրության (DI) պահանջից հետո.

Նոր մայրացած կանանց համար, ովքեր ստացել են հղիության հետ կապված Disability Insurance, DI (Անաշխատունակության ապահովագրություն) նպաստներ PFL-ի համար դիմելուց առաջ:

- *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits - New Mother*, DE 2501FP («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց - նոր մայրացած կին») ձևը ձեզ կուղարկվի փոստով առանձին ծրարի մեջ, ձեր վերջնական DI վճարումը կատարելու հետ միաժամանակ:
- Երբ Դուք վերականգնվեք ծննդաբերությունից հետո, ներկայացրեք Ձեր *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits - New Mother*, DE 2501FP («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց - նոր մայրացած կին») ձևը:
- Լրացրեք *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits - New Mother*, DE 2501FP («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց - նոր մայրացած կին») ձևի բոլոր բաժինները և փոստով ուղարկեք կապվածության հայցը սկսելու ամսաթվից հետո ոչ ուշ, քան 41 օրվա ընթացքում:
- Եթե չստանաք այս ձևը, գանգահարեք 1-800-480-3287, PFL-ի գրասենյակ՝ 1-877-238-4373 հեռախոսահամարով:

Կապվածություն նոր երեխայի հետ.

Նոր մայրացած կանայք՝ առանց հղիության հետ կապված անաշխատունակության ապահովագրության նախկին հայցի, նոր հայրեր, գրանցված քաղաքացիական գուզրնկերներ, հովանավորյալ խնամք կամ որդեգրում:

- Լրացրեք և ստորագրեք *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits*, DE 2501F («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց») 1-ին էջի A մասը և 3-րդ էջի B մասը և փոստով ուղարկեք կապվածության հայցը սկսելու նախատեսված ամսաթվից հետո ոչ ուշ, քան 41 օրվա ընթացքում:
- Կից ներկայացրեք այն երեխայի հետ ձեր հարաբերությունը հաստատող փաստաթղթերը, ում հետ ցանկանում եք կապվել:
 - Ծնունդը հաստատող փաստաթուղթը **պետք է** պարզորոշ ցույց տա երեխայի անունը, ծննդյան թվականը, սեռը և նպաստներ հայցող ծնողի անունը:
 - **Պետք է** կից ներկայացնել նոր հովանավորյալ խնամքի կամ որդեգրման հանձնելու վերաբերյալ փաստաթղթեր, որտեղ նշված կլինի երեխան ձեր խնամքի տակ հանձնման ամսաթիվը:
- Կապվածության նպաստները վճարվում են երեխայի ծննդից կամ խնամքի տակ հանձնելուց հետո մեկ տարվա ընթացքում:

Խնամք.

Նպատակը՝ ծանր հիվանդ երեխայի, ծնողի, կնոջ կամ ամուսնու ծնողի, տատիկի կամ պապիկի, թոռան, քրոջ կամ եղբոր, ամուսնու կամ գրանցված քաղաքացիական գուզրնկերոջ խնամք:

- Ներկայացրեք *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits*, DE 2501F («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց»)՝
 - Լրացրեք և ստորագրեք 1-ին էջի A մասը:
 - Խնամառուն **պետք է** լրացնի և ստորագրի 2-րդ էջն ու 3-րդ էջի C մասը:
 - Խնամառուի բժիշկը կամ թերապևտը **պետք է** լրացնի և ստորագրի 4-րդ էջի D մասը:

- Եթե խնամառուն ֆիզիկապես կամ մտավոր անկարող է ստորագրել, նրա անունից կարող է ստորագրել լիազոր ներկայացուցիչը: Հայցվորի կամ խնամառուի անունից որպես լիազոր ներկայացուցիչ հանդես գալու դեպքում զանգահարեք 1-877-238-4373 հեռախոսահամարով, որպեսզի հրահանգներ և անհրաժեշտ ձևաթղթեր ստանաք **նախքան** հայցը ներկայացնելը:

Մասնակի նպաստներ.

Եթե ձեր աշխատանքի ժամանակացույցը կրճատվել է, և դուք աշխատավարձի կորուստ եք կրել:

- Խնդրում ենք «այո» նշել *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits, DE 2501F* («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց») ձևի մեջ (հարց A13) կամ *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits - New Mother, DE 2501FP* («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց - նոր մայրացած կին») ձևի մեջ (հարց 6), եթե շարունակում եք աշխատել ընտանեկան խնամքի համար տրված արձակուրդի ընթացքում:
- Կցեք առանձին նամակ, եթե ի վիճակի լինեք աշխատել ոչ լրիվ դրույքով կամ արձակուրդ վերցնել ժամանակ առ ժամանակ: Անպայման ներառեք ձեր սոցիալական ապահովության քարտի համարը, անունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, կանոնավոր աշխատանքային ժամերը, դրույքը և այն ժամաքանակը, որը մտադիր եք բաց թողնել յուրաքանչյուր շաբաթ:

Աշխատավարձ ձեր գործատուից

Եթե ձեր գործատուն շարունակում է ձեզ աշխատավարձ վճարել ձեր հայցի ընթացքում:

- Եթե ձեր գործատուն վճարում է ձեզ PLF-ի նպաստների և ամբողջական աշխատավարձի տարբերությունը, գրեք “INTEGRATE” *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits, DE 2501F* («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց») հարց A21-ում կամ *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits - New Mother, DE 2501FP* («Վճարովի ընտանեկան արձակուրդի (PFL) նպաստների համար ներկայացվող հայց - նոր մայրացած կին») հարց 6-ում:

Ձեր պարտականությունները.

Հայցը և բոլոր մյուս անհրաժեշտ ձևաթղթերը ներկայացրեք ամբողջովին, ստույգ և ժամանակին լրացված:

- Եթե հնարավոր է, օգտագործեք սև թանաք:
- Մի առանձնացրեք հայցի երեք էջանոց ձևը:
- Հայցի ձևաթուղթը ներկայացրեք այն ժամանակ, երբ սկսում եք կապվածությունը կամ խնամատարությունը: Մենք չենք կարող ընթացք տալ ապագա մեկնարկի թվականով թվագրված հայցերին:
- Հայցի ձևաթուղթն ուշ ներկայացնելու դեպքում պետք է ներառեք ուշացման պատճառի (պատճառների) գրավոր բացատրությունը, որպեսզի խուսափեք իրավագրկումից:
- Հայցի ձևաթուղթը փոստով ուղարկեք նախապես հասցեագրված ծրարով: Եթե չունեք հայցի ձևաթղթի հետ միասին տրվող նախապես հասցեագրված ծրար, ձեր հայցն ու թղթակցությունն ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ EDD-Paid Family Leave, PO Box 989315, West Sacramento, CA 95798-9315:

PFL-ի անվճար հեռախոսահամարներ՝

Անգլերեն	1-877-238-4373
Իսպաներեն	1-877-379-3819
Կանտոներեն	1-866-692-5595
Վիետնամերեն	1-866-692-5596
Հայերեն	1-866-627-1567
Փենջաբերեն	1-866-627-1568
Թաիլանդերեն	1-866-627-1569

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք EDD-ի կայքը՝ www.edd.ca.gov/disability:

EDD-ն հավասար հնարավորություններ ընձեռող գործատու-ծրագիր է: Ըստ պահանջի՝ օժանդակ օգնություն և ծառայություններ են հասանելի հաշմանդամ անհատներին: Ծառայությունների, օգնության և (կամ) այլընտրանքային ձևաչափերի վերաբերյալ հարցումները պետք է կատարվեն՝ զանգահարելով 1-866-490-8879 (ձայնային) կամ Կալիֆոռնիայի Կոմունտառային ծառայության միջոցով՝ 711:

Այս ուղեցույցը միայն ընդհանուր տեղեկություններին ծանոթանալու համար է և չունի օրենքի, իրավական նորմի կամ կանոնակարգի ուժ և հետևանք: