

Benefit Trust

طلب استحقاقات الإجازات مدفوعة الأجر

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____

العنوان: _____

تاريخ الميلاد: _____ رقم الهاتف: _____

رقم مقدم الخدمة: _____

الساعات المطلوبة: _____

أفهم أنه من خلال استكمال هذا النموذج وتوقيعه فإنني أطلب استحقاقات دخل خاضعة للضريبة. كما أفهم أنه لن يتم سداد استحقاقات الإجازات مدفوعة الأجر لي إلا إذا قُدمت نموذج W-9 مستكمل إلى المكتب الإداري للصندوق. وأفهم أن أي استحقاقات للإجازات مدفوعة الأجر مستحقة لي في عام تقويمي ولم أتقدم للحصول عليها سيتم ترحيلها لي في اليوم الخامس عشر من فبراير من العام التالي طالما قُدمت نموذج W-9 مستكمل إلى المكتب الإداري للصندوق بحلول 31 يناير. وتم تصميم استحقاقات الإجازات مدفوعة الأجر هذه لك كي تستخدمها فيما يتعلق بأخذ وقت راحة من وظيفتك كموظف رعاية منزلية.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

يُرجى إرسال هذا النموذج عبر البريد أو الفاكس بالإضافة إلى المستندات الداعمة إلى:

● البريد: Oregon Homecare Workers Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275

● الفاكس: Oregon Homecare Workers Trust, 1-866-459-4623

● البريد الإلكتروني: OHCWPTO@vimly.com الموضوع: OHCWT PTO

● الهاتف: 844.507.7554 الخيار 3 ثم حدد الخيار 2

006PTO9

The benefits of the Homecare Workers Supplemental and Benefit Trusts were negotiated by SEIU Local 503 homecare and personal support workers through their bargaining team.

P.O. BOX 6, MUKILTEO, WASHINGTON 98275 website: orhomecaretrust.org

Trust Administration: 844-507-7554 fax: 866-459-4623 email: OHCWT@vimly.com