

## Benefit Trust

### استحقاقات الإجازة مدفوعة الأجر - تحديد المستفيد

يُرجى إكمال نموذج تحديد المستفيد هذا والمطبق على استحقاقاتك المدفوعة من الإجازات مدفوعة الأجر وفقاً لصندوق استحقاقات موظفي الرعاية المنزلية في ولاية أوريغون (المُشار إليه باسم "الصندوق"). ويمكنك تحديد مستفيد رئيسي وآخر مشروط سيتلقى أي استحقاقات متاحة في حال وفاة المستفيد الرئيسي قبلك. يُرجى تقديم الاسم الكامل للمستفيد المحدد الخاص بك، وكذلك عنوانه وعلاقته بك.

القسم 1. المستفيد الرئيسي.

بتوقيعي أدناه، أفوض بموجبه الشخص التالي باعتباره المستفيد الرئيسي بالنسبة لي بهدف تلقي استحقاقات الإجازة مدفوعة الأجر والواجبة الدفع نيابةً عني وفقاً للصندوق وذلك في حال وفاتي. وعلاوةً على ذلك، فإنني ألغي بموجبه أي تحديد سابق للمستفيد الرئيسي. وأفهم أن تحديد المستفيد هذا سيُصبح سارياً فقط عند استلامه من قبل الصندوق.

الاسم الكامل	العلاقة
عنوان الشارع	الرمز البريدي للمدينة والولاية
البريد الإلكتروني	رقم الهاتف

القسم 2. المستفيد المشروط.

بتوقيعي أدناه، أفوض بموجبه الشخص التالي باعتباره المستفيد المشروط بالنسبة لي بهدف تلقي استحقاقات الإجازة مدفوعة الأجر والواجبة الدفع نيابةً عني وفقاً للصندوق وذلك في حال وفاتي، بشرط أن يكون المستفيد الرئيسي المذكور أعلاه قد تُوفي أيضاً. وعلاوةً على ذلك، فإنني ألغي بموجبه أي تحديد سابق للمستفيد المشروط. وأفهم أن تحديد المستفيد هذا سيُصبح سارياً فقط عند استلامه من قبل الصندوق.

الاسم الكامل	العلاقة
عنوان الشارع	الرمز البريدي للمدينة والولاية
البريد الإلكتروني	رقم الهاتف

أفهم أنه إذا لم يعيش أي من المستفيدين المحددين أعلاه بعدي، فسيُدفع الصندوق استحقاقات الإجازة مدفوعة الأجر المتبقية عند وفاتي للوصي في ولايتي.

توقيع مقدم الطلب	التاريخ	الاسم المطبوع
------------------	---------	---------------

[014PT09]