

Conditional premium waiver

Introduction/Introducción

Per RCW 50A.04.120 and WAC 192-510-080, this form will grant you and the employee listed below exemption from the payment of paid family and medical leave premiums in Washington state provided the employee meets these specific and limited requirements:

- ✓ Physically based outside of the state of Washington; and
- ✓ Employed in Washington state on a limited or temporary basis; and
- ✓ Not expected to be employed by any employer in the state for 820 hours or more in a qualifying period (four consecutive reporting quarters).

Please keep in mind:

- The 820 hours are cumulative, regardless of the number of employers or jobs someone has in the state of Washington during the qualifying period.
- If the employee works 820 or more hours in a qualifying period, the waiver expires, and both the employee and employer must pay the missed premiums. The Employment Security Department (ESD) will send a bill to both parties on the missed premiums. Interest and penalties will accrue if not paid timely.

Por RCW 50A.04.120 y WAC 192-510-080, este formulario va a concederle usted y a su empleado, que se nombra a continuación, a ser exento de pagar la prima para el permiso de cuidado familiar y médico en el estado de Washington siempre y cuando el empleado satisfaga estos requisitos específicos:

- ✓ Situados físicamente afuera del estado de Washington y
- ✓ Temporalmente empleado en el estado de Washington y
- ✓ No se espera que vaya a trabajar en el estado de Washington por más de 820 horas con cualquier empleador durante el período de calificación (los próximos cuatro trimestres consecutivos).

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- Las 820 horas son acumulables, no importa el número de empleadores o trabajos que tenga en el año.
- Si el empleado trabaja más de 820 horas durante el período de calificación, el convenio condicional se hace inválido y el empleado y empleador tienen que pagar las primas pendientes. Si las primas se pagan tarde, va a haber una multa más intereses.

Washington
Paid Family & Medical Leave

- The employee will be credited for the hours worked and may be eligible for benefits once the premiums have been paid.
 - Employers must still submit quarterly reporting information to ESD for the waived employee. For more information on reporting requirement go to paidleave.wa.gov/employers.
- Una vez que las primas se hayan pagado, el empleado va a ser acreditado con las horas trabajadas y podrá calificar para los beneficios.
 - Los empleadores todavía tienen que repórter salarios, horas trabajadas y otra información a ESD para los empleados que han sido aprobado con este convenio condicional.

Section 1: Employer information/Sección 1: Información del empleador

All fields are required. /Complete todos los casilleros.

Legal Entity Name/Nombre de la entidad jurídica

Unified Business Identifier number/ Número de identificación de negocio:

Employer Identification Number/ Número de identificación de empleador:

Or/O

Phone Number/Teléfono:

Email Address/Correo electrónico:

First Name/Nombre:

Last Name/Apellido:

Section 2: Employee information/Sección 2: Información del empleado

All fields are required. /Complete todos los casilleros.

First Name/Nombre:

Last Name/Apellido:

Social Security Number/Número de seguro social:

Individual Taxpayer Identification Number/Número de Identificación Personal del contribuyente

Or/O

Email Address/Correo electrónico:

Permanent Address/ Dirección permanente:

City/Ciudad:

State/Estado:

Zip/Código Postal:

Temporary Address (if different)/ Dirección provisional (si es diferente):

City/Ciudad:

State/Estado:

Zip/Código Postal:

Section 3: Signatures/ Sección 3: Firmas

The individual listed meets all the requirements:

- Physically based outside of the state of Washington; and

La persona nombrada en esta forma cumple con todos estos requisitos:

Situados físicamente afuera del estado de Washington y

Employer Initials/Iniciales del empleador: _____

Employee Initials/ Iniciales del empleado: _____

- Employed in the state on a limited or temporary basis; and

Temporalmente empleado en el estado de Washington y

Employer Initials/Iniciales del empleador: _____

Employee Initials/ Iniciales del empleado: _____

Washington
Paid Family & Medical Leave

- ❑ Not expected to be employed by any employer in the state for 820 hours or more in a qualifying period (four consecutive reporting quarters).

No va a trabajar en el estado de Washington por más de 820 horas con cualquier empleador durante el periodo de calificación (los próximos cuatro trimestres consecutivos).

Employer Initials/Iniciales del empleador: _____

Employee Initials/ Iniciales del empleado: _____

- Premiums must be assessed and paid until the waiver is granted. Reporting shall be remitted to ESD as per reporting requirements.
 - The employee listed on this form will be considered exempt from family and medical leave premium assessments beginning the first day of the quarter in which the waiver was granted by ESD.
 - Both parties represent they fully understand their right to review all aspects of this waiver with attorneys of their choice, that they have had the opportunity to consult with attorneys of their choice, that they have carefully read and fully understand all the provisions of this waiver and that they are freely, knowingly and voluntarily entering into this waiver.
 - A person may not **intimidate, threaten, restrain, coerce, blacklist, discharge, or in any manner discriminate against any person who refuses to sign this waiver.** WAC 192-510-080(5)
 - In order for conditional waiver requests to be approved signatures are required from the employer and employee.
- Hasta que el convenio condicional ha sido aprobado por ESD las primas tienen que ser pagada por el empleado. Los reportes deben cumplir con los requisitos del departamento.
 - El empleado en este formulario va a ser exento de las primas del permiso de cuidado familiar y médico el primer día del trimestre que fue aprobado el convenio condicional por ESD.
 - Ambas partes entienden que tienen derechos a revisar este documento con sus abogados, que han leído y entienden todas las provisiones de este convenio condicional y que están voluntaria y libremente firmando este convenio.
 - No pueden ser intimidados, amenazados, forzados o discriminados por negarse a firmar este convenio.
 - La única manera que un convenio condicional puede ser aprobado es si está firmado por el empleado y empleador.

Washington
Paid Family & Medical Leave

- The department may require the employer to submit additional documentation as necessary. WAC 192-510-080(6)

- El departamento puede requerir que el empleador entregue documentación adicional.

I certify (or declare) under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct.

Bajo pena de perjurio y según las leyes del estado de Washington, certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.

Employer Signature /Firma del empleador:		Date /Fecha:
Printed Name /Nombre impreso:		
Unified Business Identifier Number /Número de identificación de negocio:	Employer Identification Number /Número de identificación de empleador:	
Or/O		
Employee Signature /Firma del empleado:		Date /Fecha:
Printed Name /Nombre impreso:		

Next steps/Próximos pasos:

Submit completed forms by fax **833-999-7365** or by mail:

Employment Security Department
 Paid Family and Medical Leave
 P.O. Box 19020
 Olympia, WA 98507

You will be notified via email when your conditional waiver has been granted.

Envíe el formulario completo por fax al **833-999-7365** o por correo al:

Employment Security Department
 Paid Family and Medical Leave
 P.O. Box 19020
 Olympia, WA 98507

Se le notificará vía correo electrónico cuando su convenio condicional haya sido autorizado.