



교육. 건강. 지원.

525 NE Oregon Street  
Portland, OR 97232

전화 1-844-503-7348

팩스 1-866-459-4623

웹사이트 carewellseiu503.org

이메일 carewellSEIU503benefits@  
RISEpartnership.com

Carewell SEIU 503은 SEIU 503 홈 케어 및 개인 지원 간병인이 삶의 질을 향상시키기 위해 힘들게 얻어낸 교육 및 혜택군입니다. 명확하고 쉽고 안정적으로 제공되는 이러한 혜택은 간병인이 누릴 수 있는 안정성, 건강, 기술 및 교육을 제공합니다.

모든 교육 및 혜택은 간병인 중심의 지원 서비스인 RISE Partnership에서 제공합니다.

## 유급 휴가(PTO) 수혜자 지정 양식

양식 ID: PT02-0620

Carewell SEIU 503 유급 휴가(PTO) 혜택에 적용되는 수혜자 지정 양식을 작성하십시오. 귀하는 1인의 1차 수혜자 뿐만 아니라, 1차 수혜자가 귀하보다 먼저 사망할 경우 혜택을 받을 수 있는 1인의 차순위 수혜자를 지정할 수 있습니다. 귀하가 지정한 수혜자의 전체 이름과 주소 및 귀하와의 관계를 알려주십시오.

### 제 1항. 1차 수혜자.

본인은 아래 서명함으로써 본인 사망 시 본인을 대신하여 지급되는 Carewell SEIU 503 유급 휴가(PTO) 혜택을 수령할 목적으로 다음 개인을 1차 수혜자로 지정합니다. 또한, 본인은 이로써 기존의 1차 수혜자 지정을 취소합니다. 본인은 본 수혜자 지정이 혜택 관리 사무소에 접수된 경우에만 유효함을 이해합니다.

성	이름	관계
주소	시	주
		우편 번호
이메일	전화 번호	

### 제 2항. 차순위 수혜자.

본인은 아래 서명함으로써, 상기에 명시한 1차 수혜자가 사망한 경우에, 본인 사망 시 본인을 대신하여 지급되는 Carewell SEIU 503 유급 휴가(PTO) 혜택을 수령할 목적으로 다음 개인을 차순위 수혜자로 지정합니다. 또한, 본인은 이로써 기존의 차순위 수혜자 지정을 취소합니다. 본인은 본 수혜자 지정이 혜택 관리 사무소에 접수된 경우에만 유효함을 이해합니다.

성	이름	관계
주소	시	주
		우편 번호
이메일	전화 번호	

본인은 상기에 지정한 수혜자 중 생존자가 없을 경우, 본인이 사망하는 경우에 잔여 유급 휴가(PTO) 혜택이 유산 집행자에게 지급된다는 사실을 이해합니다.

이름	간병인 번호
서명	날짜(mm/dd/yyyy)

이 양식을 온라인으로 작성하거나 이 양식과 증빙 서류를 팩스 또는 우편으로 보내주십시오.

우편: Benefits Administrative Office, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275  
팩스: 1-866-459-4623  
이메일: OHCWTPTO@vimly.com      제목: OHCWT PTO  
전화: 1-844-507-7554, 옵션 3, 그 다음에 옵션 2 선택

