



Mẫu Đơn Yêu Cầu: Những Thích Nghi Trong Môi Trường Làm Việc Đối Với Mang Thai, Sinh Con, và Các Bệnh Trạng Liên Quan

Nhân viên và đương đơn phải sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu những sự thích nghi hợp lý cần thiết vì mang thai, sinh con, và các bệnh trạng liên quan. ***Bạn nên điền mẫu đơn này càng sớm càng tốt.***

HƯỚNG DẪN ĐIỀN ĐƠN

Viết chữ in hoặc đánh máy thông tin được yêu cầu trên các trang sau đây. Để trống nếu không áp dụng hoặc không biết câu trả lời.

Gửi mẫu đơn của bạn cho Phòng Bảo Vệ Người Yếu Thế và Cơ Hội Bình Đẳng (Affirmative Action and Equal Opportunity Dept., AAEO) của OHSU qua email, fax bảo mật, phát tay, hoặc Bưu Điện Hoa Kỳ. Vui lòng gọi cho AAEO nếu có thắc mắc - **503 494-5148**.

Email: aaeo@ohsu.edu

Fax: 503 346-8037

Phát tay đến: Marquam Plaza, 2525 SW 3rd Avenue, Suite 240, Portland, OR 97201

Bưu Chính Hoa Kỳ: AAEO

Oregon Health & Science University

Mail code MP240

3181 SW Sam Jackson Park Road

Portland, OR 97239

CÁC QUYỀN CỦA BẠN

Nhân viên và ứng viên có quyền không bị phân biệt đối xử, quấy rối hoặc trả thù phi pháp vì mang thai, sinh con và các bệnh trạng liên quan. Bạn cũng có quyền yêu cầu sự thích nghi hợp lý và OHSU sẽ tìm hiểu các phương án cùng với bạn, khi thích hợp.

Nếu bạn có quan ngại về phân biệt đối xử, quấy rối hoặc trả thù, vui lòng liên hệ với AAEO qua điện thoại (**503 494-5148**) hoặc email (aaeo@ohsu.edu).

CÁC TÀI NGUYÊN BỔ SUNG

Chúng tôi khuyến khích bạn xem lại [Hướng Dẫn về Nghỉ Phép Liên Quan Đến Mang Thai, Sinh Con và Nhân Con Nuôi](#)¹ của OHSU và các trang web của OHSU về [Cuộc Sống Gia Đình](#)² và [Nhân Viên Mang Thai và Nuôi Con](#)³

Bạn có thể có thắc mắc về phúc lợi dành cho nhân viên. Vui lòng liên hệ với [Phòng Phúc Lợi](#) để họ có thể hỗ trợ bạn: benefits@ohsu.edu hoặc **503 494-7617**.

Bạn có thể đủ điều kiện nghỉ phép vì lý do y tế hoặc gia đình theo Đạo Luật Nghỉ Phép Vì Lý Do Gia Đình và Lý Do Y Tế (Family and Medical Leave Act, FMLA) và/hoặc Đạo Luật Nghỉ Phép Vì Lý Do Gia Đình của Oregon (Oregon Family Leave Act, OFLA). Để yêu cầu nghỉ phép [vì lý do gia đình và y tế](#), vui lòng gọi cho The Standard qua số 1-800-378-2390. The Standard là đơn vị quản lý nghỉ phép của OHSU và các đường dây điện thoại hoạt động 24/7.

¹ <https://o2.ohsu.edu/human-resources/documents/upload/pregnancy-birth-adoption-guide.pdf>

² <https://o2.ohsu.edu/spark/workplace-wellness/dependent-care.cfm>

³ <https://www.ohsu.edu/title-ix/pregnant-and-parenting/employees>

Mẫu Đơn Yêu Cầu: Những Sự Thích Nghi Trong Môi Trường Làm Việc Đối Với Mang Thai, Sinh Con, và Các Bệnh Trạng Liên Quan



Nhân viên và đương đơn phải sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu những sự thích nghi hợp lý cần thiết vì mang thai, sinh con, và các bệnh trạng liên quan.

Vui lòng **VIẾT KIỂU CHỮ IN RÕ** hoặc **ĐÁNH MÁY**, và đính kèm các giấy tờ bổ sung nếu cần.

Tên: _____

Địa Chỉ Nhận Thư: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Điện Thoại Nhà: _____ Điện Thoại Di Động: _____

Điện Thoại Nơi Làm việc: _____

Email Cá Nhân: _____

Email Công Việc: _____

Số ID Nhân Viên: _____ Chức Vụ: _____

Quản Lý/Quản Đốc: _____

Phòng: _____ Giờ Ca Làm Việc: _____

Các Ngày Nghỉ (vui lòng chọn tất cả các trường hợp phù hợp): ☐ Thứ Hai ☐ Thứ Ba ☐ Thứ Tư
☐ Thứ Năm ☐ Thứ Sáu ☐ Thứ Bảy ☐ Chủ Nhật ☐ Luân phiên

1. Vui lòng cho biết ngày dự sinh của bạn?

2. Vui lòng mô tả (những) sự thích nghi hợp lý mà bạn yêu cầu, và bạn cần bắt đầu sự thích nghi hợp lý đó khi nào. Hãy cho biết càng cụ thể càng tốt.

3. Có bất kỳ thông tin nào khác sẽ giúp chúng tôi đánh giá yêu cầu của bạn hay không?⁴

4. Bạn cho rằng bạn có thể thực hiện các chức năng thiết yếu của công việc của bạn cho dù có hoặc không có sự thích nghi?

Nếu bạn có giấy xác nhận gần đây của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn nêu các hạn chế trong môi trường làm việc hoặc sự thích nghi cần thiết và/hoặc thời gian dự kiến, vui lòng cung cấp giấy xác nhận đó với mẫu đơn này.

Với sự đồng ý bằng văn bản của bạn, Oregon Health & Science University (OHSU) có thể yêu cầu thông tin y tế cần thiết từ (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn. **Thông tin từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn có thể là cần thiết để giải quyết yêu cầu của bạn về sự thích nghi hợp lý. AAEO sẽ chỉ chia sẻ thông tin y tế trên cơ sở cần biết và những người mà AAEO có thể cho là cần biết bao gồm (nhưng không giới hạn ở) những người giám sát liên quan, phòng Nhân Sự, và Phòng Pháp Chế.**

Chúng tôi có đính kèm giấy cho phép tiết lộ thông tin y tế, cho phép OHSU thu thập thông tin y tế cần thiết để đánh giá một yêu cầu về sự thích nghi theo quy định của luật của tiểu bang về những sự thích nghi liên quan đến mang thai và/hoặc Đạo Luật về Người Mỹ Khuyết Tật (American with Disabilities Act, ADA). Tôi cho phép (các) nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tiết lộ thông tin y tế như được cho biết trên mẫu đơn đính kèm cho Phòng Bảo Vệ Người Yếu Thế và Cơ Hội Bình Đẳng của OHSU. Bản photocopy của giấy cho phép tiết lộ thông tin y tế đính kèm sẽ có cùng hiệu lực như bản gốc. attached medical release shall have the same force and effect as the original.

Signature of Person Requesting Chữ Ký của Người Yêu Cầu Sự Đáp Ứng::

Tên: _____

Ngày: _____

⁴ Đạo Luật Cấm Phân Biệt Đối Xử Dựa Trên Thông Tin Di Truyền (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) năm 2008 cấm các chủ lao động và các tổ chức khác chịu sự điều chỉnh của Khoản II của GINA có hành vi yêu cầu hay đòi hỏi thông tin di truyền của một cá nhân hay thành viên gia đình của cá nhân đó, trừ khi được GINA cho phép cụ thể. Để tuân thủ điều luật này, chúng tôi yêu cầu bạn không cung cấp bất kỳ thông tin di truyền nào khi trả lời một yêu cầu về thông tin y tế. "Thông tin di truyền" theo định nghĩa của GINA bao gồm bệnh sử gia đình của một cá nhân, kết quả xét nghiệm di truyền của một cá nhân hoặc thành viên gia đình, việc một cá nhân hay thành viên gia đình của cá nhân đó tìm kiếm hoặc nhận được các dịch vụ di truyền, và thông tin di truyền của một thai nhi của một cá nhân hay thành viên gia đình của một cá nhân hay bào thai hợp pháp của một cá nhân hay thành viên gia đình của một cá nhân là người nhận được các dịch vụ hỗ trợ sinh sản.

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Tôi cho phép [tên của (các) nhà cung cấp] _____ sử dụng và tiết lộ một bản sao của thông tin sức khỏe cụ thể được mô tả bên dưới về [tên của nhân viên/đương đơn] _____, ngày sinh _____, gồm có:

cho: Affirmative Action & Equal Opportunity Department (AAEO)
Oregon Health & Science University
Mail code MP240
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239

Thông tin này được cung cấp cho AAEO để đánh giá và tạo điều kiện đáp ứng nhu cầu về sự đáp ứng hợp lý.

Nếu thông tin cần tiết lộ chứa bất kỳ loại hồ sơ hoặc thông tin nào được liệt kê bên dưới, các điều luật bổ sung liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin có thể được áp dụng. Tôi hiểu và đồng ý rằng thông tin này sẽ được tiết lộ nếu tôi ký tắt vào chỗ trống phù hợp kể bên loại thông tin.

_____ Hồ sơ liên quan đến HIV/AIDS*

_____ Thông tin về sức khỏe tâm thần*

_____ Rối loạn, chẩn đoán, điều trị hoặc giấy giới thiệu liên quan đến rối loạn do lạm dụng dược chất**

* Phải được ký tắt để được đưa vào các tài liệu khác.

** Quy định liên bang, 42 CFR Phần 2, yêu cầu một bản mô tả về lượng thông tin và loại thông tin sẽ được tiết lộ.

Sự cho phép này không bao gồm, và thông tin sẽ được tiết lộ sẽ không chứa, thông tin di truyền. “Thông tin di truyền” gồm có: Thông tin về xét nghiệm di truyền của một người; Thông tin về xét nghiệm di truyền của các thành viên gia đình của một người; Thông tin về biểu hiện của một chứng bệnh hoặc rối loạn ở các thành viên gia đình của một người (tiền sử gia đình); Việc một người yêu cầu, hoặc nhận, các dịch vụ di truyền, hoặc việc một người hoặc một thành viên gia đình của một người tham gia nghiên cứu lâm sàng gồm có các dịch vụ di truyền; và Thông tin di truyền của một thai nhi của một người hoặc một phụ nữ mang thai là thành viên gia đình của người đó và thông tin di truyền của bất kỳ phôi thai nào được lưu giữ hợp pháp bởi người đó hoặc thành viên gia đình dùng một công nghệ hỗ trợ sinh sản.

Giấy cho phép này giới hạn ở sự điều trị sau đây:

Giấy cho phép này giới hạn ở sự điều trị y tế trong khoảng thời gian sau đây:

Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy cho phép này có thể bị tái tiết lộ và không còn được bảo vệ theo quy định của luật pháp liên bang. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật pháp liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế việc tái tiết lộ thông tin HIV/AIDS, thông tin về sức khỏe tâm thần, thông tin di truyền và chẩn đoán, điều trị hoặc thông tin giới thiệu liên quan đến sử dụng dược chất.

Bạn không buộc phải ký tên vào giấy cho phép này. Việc từ chối ký giấy cho phép sẽ không ảnh hưởng bất lợi đến khả năng bạn nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc hoàn tiền cho các dịch vụ. Trường hợp duy nhất trong đó việc từ chối ký tên có nghĩa là bạn sẽ không nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe là nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ vì mục đích cung cấp thông tin sức khỏe cho một người khác và không cần giấy cho phép để tiết lộ thông tin đó. Việc bạn từ chối ký giấy cho phép này sẽ không ảnh hưởng tiêu cực đến việc bạn ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc điều kiện nhận các quyền lợi chăm sóc sức khỏe, trừ phi thông tin được cho phép là cần thiết để xác định liệu bạn có đủ điều kiện ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe hay không.

Bạn có thể rút lại giấy cho phép bằng văn bản bất kỳ lúc nào. Nếu bạn rút lại giấy cho phép, thông tin được mô tả bên trên có thể không còn được sử dụng hay tiết lộ vì mục đích được mô tả trong giấy cho phép bằng văn bản này. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là khi một tổ chức thuộc diện điều chỉnh bởi giấy cho phép này đã có hành động dựa trên giấy cho phép hoặc giấy cho phép đã được lấy như một điều kiện để được bảo hiểm.

Để rút lại giấy cho phép này, vui lòng gửi tuyên bố bằng văn bản đến:

Affirmative Action & Equal Opportunity Department
Mail code MP240
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239
Fax: 503-494-8810
Email: aaeo@ohsu.edu

CHỮ KÝ

Tôi đã đọc và hiểu giấy cho phép này.

Tên Viết In: _____ Ngày Hết Hạn của
Giấy Cho Phép Tiết
Lộ Thông Tin Y Tế:*

Chữ ký: _____ Ngày Hôm Nay: _____

* Trừ khi được cho biết khác, giấy cho phép này hết hạn một năm kể từ ngày ký giấy cho phép tiết lộ thông tin này.