



แบบฟอร์มคำขอ: ที่พักในสถานที่ทำงานสำหรับผู้ที่ตั้งครรภ์ คลอดบุตรและมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

พนักงานและผู้สมัครควรใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อยื่นขอที่พักตามสมควร อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง คุณควรกรอกแบบฟอร์มนี้โดยเร็วที่สุด

คำแนะนำสำหรับแบบฟอร์ม

เขียนหรือพิมพ์ข้อมูลที่ขอในหน้าต่อไปนี้ โดยเว้นว่างไว้ หากไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ทราบคำตอบ

ส่งแบบฟอร์มของคุณไปยัง OHSU Affirmative Action and Equal Opportunity Dept. (AAEO) ทางอีเมล แฟกซ์ที่เป็นความลับ การจัดส่งด้วยตัวเองหรือทางบริการไปรษณีย์สหรัฐอเมริกา ไปรษณียบัตรสอบถาม AAEO - 503 494-5148.

อีเมล: aaeo@ohsu.edu

แฟกซ์: 503 346-8037

ส่งถึงมือ: Marquam Plaza, 2525 SW 3rd Avenue, Suite 240, Portland, OR 97201

บริการไปรษณีย์สหรัฐอเมริกา: AAEO

Oregon Health & Science University
Mail code MP240
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239

สิทธิของคุณ

พนักงานและผู้สมัครมีสิทธิที่จะเป็นอิสระจากการเลือกปฏิบัติ

ล่วงละเมิดหรือการตอบโต้ที่ผิดกฎหมายอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้คุณยังมีสิทธิ์ขอที่พักตามสมควรและ OHSU จะสำรวจตัวเลือกต่าง ๆ ร่วมกับคุณตามความเหมาะสม

หากคุณมีข้อกังวลเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ การล่วงละเมิดหรือการตอบโต้ โปรดติดต่อ AAEO ทางโทรศัพท์ (503 494-5148) หรืออีเมล (aaeo@ohsu.edu).

แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

คุณควรอ่าน [คู่มือการตั้งครรภ์ การคลอดและการรับบุตรบุญธรรม](#)¹ ของ OHSU และเว็บไซต์ OHSU สำหรับ [ชีวิตครอบครัว](#)² และ [พนักงานที่ตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร](#)³

คุณอาจมีคำถามเกี่ยวกับสวัสดิการของพนักงาน โปรดติดต่อ [ฝ่ายสวัสดิการ](#) เพื่อให้พวกเขาสามารถช่วยเหลือคุณได้: benefit@ohsu.edu หรือ 503 494-7617

คุณอาจมีสิทธิ์ลาด้วยเหตุผลทางการแพทย์หรือครอบครัวภายใต้พระราชบัญญัติการลาเกี่ยวกับครอบครัวและการแพทย์ (FMLA) และ/หรือพระราชบัญญัติการลาเกี่ยวกับครอบครัวของรัฐโอเรกอน (OFLA) หากต้องการยื่นขอการลาเกี่ยวกับ [ครอบครัวและ การลาเนื่องจากเหตุผลทางการแพทย์](#) โปรดโทรติดต่อ The Standard ที่ 1-800-378-2390 The Standard คือผู้ดูแลระบบการลาของ OHSU และการติดต่อทางโทรศัพท์เปิดให้บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง

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>

**แบบฟอร์มคำขอ: ที่พักในสถานที่ทำงานสำหรับผู้ที่ตั้งครรภ์
คลอดบุตรและมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง**



พนักงานและผู้สมัครควรใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อขอที่พักตามสมควรอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์
การคลอดบุตรและปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

โปรดเขียนหรือพิมพ์ให้ชัดเจนและแนบเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็น

ชื่อ: _____

ที่อยู่สำหรับส่งจดหมาย: _____

เมือง: _____ รัฐ: _____ รหัสไปรษณีย์: _____

โทรศัพท์บ้าน: _____ โทรศัพท์มือถือ: _____

โทรศัพท์ที่ทำงาน: _____

อีเมลส่วนตัว: _____

อีเมลที่ทำงาน: _____

รหัสพนักงาน #: _____ ตำแหน่งงาน: _____

ผู้จัดการ/หัวหน้างาน: _____

แผนก: _____ ชั่วโมงการทำงานในกะ: _____

วันหยุด (โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง): จ อ พ พฤ ศ ส อา การสับเปลี่ยน

1. วันครบกำหนดของคุณคือเมื่อไหร่

2. โปรดอธิบายที่พักที่เหมาะสมที่คุณต้องการและคุณต้องการเข้าพักเมื่อไหร่ ระบุให้เฉพาะเจาะจงให้ได้มากที่สุด.

3. มีข้อมูลอื่นที่จะช่วยให้เราประเมินค่าขอของคุณได้หรือไม่⁴

4. คุณคิดว่าคุณสามารถทำหน้าที่สำคัญในงานของคุณได้โดยมีหรือไม่มีที่พักรักษาได้หรือไม่

หากคุณมีคำชี้แจงล่าสุดจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณที่ระบุข้อจำกัดในสถานที่ทำงานหรือที่พักที่จำเป็นและ/หรือระยะเวลาที่คาดการณ์ไว้ โปรดระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้

ด้วยความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณ ทาง Oregon Health & Science University (OHSU)

อาจขอข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณ

ข้อมูลจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณอาจจำเป็นในการดำเนินการตามคำขอของคุณสำหรับที่พักที่สมเหตุสมผล AEO จะแบ่งปันข้อมูลทางการแพทย์ตามความจำเป็นที่จะต้องรู้เท่านั้นและบุคคลที่ AEO อาจถือว่าจำเป็นต้องรู้ได้แก่ (แต่ไม่จำกัดเพียง) ผู้บังคับบัญชาที่เกี่ยวข้อง ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและฝ่ายกฎหมาย

เอกสารแนบเป็นเอกสารเผยแพร่ทางการแพทย์ที่อนุญาตให้ OHSU

ได้รับข้อมูลทางการแพทย์ซึ่งจำเป็นในการประเมินค่าขอที่พักภายใต้กฎหมายว่าด้วยการตั้งครุฑของรัฐและ/หรือพระราชบัญญัติเกี่ยวกับผู้พิการชาวอเมริกัน (ADA)

ฉันอนุญาตให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ของฉันเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ดังที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มที่แนบมาให้แผนกปฏิบัติการยืนยันและโอกาสที่หาเทียมกันของ OHSU สำเนาเอกสารเผยแพร่ทางการแพทย์ที่แนบมาจะต้องยังมีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้ขอที่พัก:

ชื่อ: _____

วันที่: _____

⁴ พระราชบัญญัติการไม่เลือกปฏิบัติข้อมูลทางพันธุกรรมปี 2008 (GINA) ห้ามมิให้นายจ้างและหน่วยงานอื่น ๆ ที่อยู่ภายใต้ GINA Title II ร้องขอหรือต้องการข้อมูลทางพันธุกรรมของบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวของแต่ละบุคคล ยกเว้นตามที่ GINA อนุญาตโดยเฉพาะ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายนี้ เราขอไม่ให้คุณให้ข้อมูลทางพันธุกรรมใด ๆ เมื่อตอบสนองต่อการร้องขอข้อมูลทางการแพทย์นี้ "ข้อมูลทางพันธุกรรม" ตามที่กำหนดโดย GINA รวมถึงประวัติทางการแพทย์ของครอบครัวของแต่ละบุคคล ผลการทดสอบทางพันธุกรรมของบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว ข้อเท็จจริงที่ว่าบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวของแต่ละบุคคลแสวงหาหรือรับบริการทางพันธุกรรมและข้อมูลทางพันธุกรรมของทารกในครรภ์ โดยบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวของแต่ละบุคคลหรือตัวอ่อนที่บุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวเลี้ยงไว้โดยชอบด้วยกฎหมายที่ได้รับบริการช่วยเหลือการเจริญพันธุ์

**การอนุญาตให้ใช้และเปิดเผยข้อมูล
ด้านสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง**

ฉันอนุญาตให้ [ชื่อผู้ให้บริการ] _____

ใช้และเปิดเผยสำเนาข้อมูลสุขภาพเฉพาะที่อธิบายไว้ด้านล่างเกี่ยวกับ [ชื่อพนักงาน/ผู้สมัคร]

_____, วันเดือนปีเกิด _____, ซึ่งประกอบไปด้วย:

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

ข้อมูลนี้จะถูกส่งไปยัง AAEO เพื่อวัตถุประสงค์ในการประเมินและอำนวยความสะดวกสำหรับความต้องการที่พิกที่เหมาะสม

หากข้อมูลที่จะเปิดเผยมีประเภทของบันทึกหรือข้อมูลที่ระบุไว้ด้านล่างอาจมีการบังคับใช้กฎหมายเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการใช้และการเปิดเผยข้อมูล
ฉันเข้าใจและยอมรับว่าข้อมูลนี้จะถูกเปิดเผยหากฉันใส่ชื่อย่อของฉันในช่องว่างที่เกี่ยวข้องถัดจากประเภทของข้อมูล

_____ บันทึกเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์*

_____ ข้อมูลสุขภาพจิต*

_____ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด การวินิจฉัย การรักษาหรือการส่งต่อ**

* ต้องเขียนชื่อย่อเพื่อรวมไว้ในเอกสารอื่น ๆ

** ระเบียบของรัฐบาลกลาง 42 CFR ตอนที่ 2 กำหนดให้มีคำอธิบายว่าจะเปิดเผยข้อมูลมากน้อยเพียงใดและประเภทใด

การอนุญาตนี้ไม่ครอบคลุมและข้อมูลที่ต้องเปิดเผยไม่ควรมีข้อมูลทางพันธุกรรม “ข้อมูลทางพันธุกรรม” ประกอบด้วย:
ข้อมูลเกี่ยวกับการทดสอบทางพันธุกรรมของแต่ละบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการทดสอบทางพันธุกรรมของสมาชิกในครอบครัวของแต่ละบุคคล
ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคหรือความผิดปกติในสมาชิกในครอบครัวของแต่ละบุคคล (ประวัติทางการแพทย์ของครอบครัว)
คำขอของแต่ละบุคคลสำหรับหรือรับบริการทางพันธุกรรมหรือการมีส่วนร่วมในการวิจัยทางคลินิกซึ่งรวมถึงบริการทางพันธุกรรมของบุคคลหรือ
สมาชิกในครอบครัวของแต่ละบุคคล
และข้อมูลทางพันธุกรรมของทารกในครรภ์ที่ดำเนินการโดยบุคคลหรือโดยหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของแต่ละบุคคลและข้อมูลทาง
พันธุกรรมของตัวอ่อนที่บุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวถือครองตามกฎหมายโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

การอนุญาตนี้จำกัดเฉพาะการรักษาพยาบาลต่อไปนี้:

การอนุญาตนี้จำกัดเฉพาะการรักษาพยาบาลในช่วงเวลาต่อไปนี้:

