

**INSTRUCTIONS POUR LE DEMANDEUR :**

Utilisez ce formulaire pour déposer une demande de bénéfices de Congé familial auprès de l'Office of Paid Family Leave. Ce formulaire est utilisé pour déterminer si le membre de votre famille souffre d'une « sérieuse pathologie » tel que défini par la loi sur les Congés rémunérés de DC et si le membre de votre famille requiert vos soins ou votre accompagnement. Vous devez remplir la première partie du formulaire, qui demande des informations sur vous (le demandeur) et sur le membre de votre famille. Le médecin ou le prestataire de soins de santé agréé qui traite le membre de votre famille doit remplir la deuxième partie du formulaire. Vous ne pouvez terminer la procédure de demande de bénéfices de Congé familial qu'une fois le formulaire rempli et signé par le médecin du membre de votre famille. Lorsque vous utiliserez le portail en ligne des bénéfices de Congé familial rémunéré disponible sur [does.pflbas.dc.gov](https://does.pflbas.dc.gov), le système vous demandera de télécharger ce formulaire au moment opportun du processus de dépôt de demande.

**SECTION 1 (à remplir par le demandeur avant la section 2)**

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / _____	Numéro de sécurité sociale ou numéro individuel d'identification fiscale (Individual Tax Identification Number, ITIN)	
<b>INFORMATIONS SUR LES SOINS À FOURNIR AU MEMBRE DE LA FAMILLE DU DEMANDEUR</b>		
Nom du membre de la famille à qui le demandeur fournira des soins		
Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Relation entre le membre de la famille et le demandeur :		
Décrivez la nature des soins ou de l'accompagnement que le demandeur fournira au membre de la famille.		
_____		
_____		
_____		
<input type="checkbox"/> Je certifie que les informations que j'ai fournies dans le présent formulaire sont exactes et complètes.		
Signature : _____		Date : _____

**SECTION 2 : (À remplir par le prestataire de soins de santé agréé)**

**INSTRUCTIONS POUR LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ :**

Un membre de la famille de votre patient(e) demande des bénéfices de Congé familial rémunéré au District of Columbia afin de fournir des soins ou un accompagnement à votre patient(e). Le présent formulaire a pour objectif de déterminer si le membre de la famille de votre patient(e) est éligible aux bénéfices de Congé familial en vertu de la loi sur le Congé familial rémunéré. Certaines des questions suivantes requièrent une réponse par oui ou par non, suivie de dates, le cas échéant. L'éligibilité aux bénéfices dépend des cas particuliers. Il n'est pas nécessaire de répondre par « oui » à chaque question pour que le demandeur soit éligible aux bénéfices.

INFORMATIONS SUR LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ				
Tous les champs sont obligatoires, sauf où indiqué				
Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom
Adresse postale	Rue	Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone		Adresse e-mail		
Type de cabinet / spécialisation médicale				
Numéro d'agrément		Numéro d'identification nationale de prestataire (facultatif)		
INFORMATIONS SUR LA PATHOLOGIE DU PATIENT				
Nom du diagnostic ou énoncé des symptômes de la pathologie				
_____				
_____				
Code primaire ICD-10 de la pathologie		Code secondaire ICD-10 (facultatif)		
_____		_____		
Date du diagnostic de la pathologie		Oui Non		
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. La pathologie est-elle une grossesse ?		
(JJ/MM/AAAA)		_____ Dans l'affirmative, quelle est la date prévue d'accouchement ?		
		(JJ/MM/AAAA)		
Oui Non				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Estimez-vous que votre patient(e) est, ou a été dans l'incapacité de travailler, d'aller à l'école ou d'effectuer d'autres activités courantes en raison de sa pathologie, ou d'un traitement pour cette pathologie ?				

Oui Non

3. Y a-t-il une date de guérison prévue (ou réelle) de la pathologie ?

\_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA) Dans l'affirmative, quelle est date de guérison prévue (ou réelle) de la pathologie ?

Dans le cas contraire, la guérison n'est-elle jamais attendue, ou encore, la guérison est-elle attendue avec une date inconnue ?

- Pas attendue  Attendue sans date précise

Oui Non

4. Votre patient(e) a-t-il/elle requis des soins hospitaliers dans un hôpital, un hospice ou un établissement de soins médicaux résidentiels pendant au moins une nuit pour traiter cette pathologie ?

Dans l'affirmative, quelles étaient les dates d'hospitalisation ?

\_\_\_\_\_

Oui Non

5. Cette pathologie a-t-elle entraîné une période d'incapacité continue de votre patient(e) pendant au moins trois (3) jours consécutifs complets ?

Dans l'affirmative, quelles étaient ou quelles sont les dates d'incapacité causée par cette pathologie ou la nécessité de recevoir un traitement pour cette pathologie ?

\_\_\_\_\_

Oui Non

6. Le patient/La patiente a-t-il/elle ou va-t-il/elle requérir un traitement de suivi pour cette pathologie ?

Dans l'affirmative, quel est le calendrier actuel de traitement ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oui Non

7. Cette pathologie est-elle une maladie chronique ?

Oui Non

- Dans l'affirmative, pensez-vous que le patient/la patiente connaisse des épisodes imprévisibles de maladie sous-jacente qui entraînent une incapacité ponctuelle à travailler, à aller à l'école ou à effectuer d'autres activités courantes ?

Oui Non

8. Le patient/La patiente requiert-il/elle deux (2) visites périodiques ou plus par an pour traiter cette pathologie ?

Dans l'affirmative, quelles sont les dates de traitement prévues, le cas échéant ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oui Non

9. En l'absence de traitement, pensez-vous que cette pathologie entraînera une période d'incapacité continue de votre patient(e) d'au moins trois (3) jours consécutifs complets, voire sa mort ?

Oui Non

10. Votre patient(e) requiert-il/elle une intervention chirurgicale pour rétablir sa capacité fonctionnelle à la suite d'un accident ou autre blessure ?

Dans l'affirmative, quelles sont les dates d'intervention chirurgicale actuellement prévues ?

\_\_\_\_\_

Oui Non

11. Selon votre avis médical, pensez-vous que le patient/la patiente requiert des soins ou un accompagnement de la part du demandeur ?

Oui Non

12. Selon votre avis médical, estimez-vous que la nature des soins ou de l'accompagnement décrite par le demandeur ci-dessus à la Section 1 soit raisonnable et nécessaire ?

13. Veuillez fournir toute information supplémentaire concernant l'état de santé ou le traitement.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Veuillez expliquer et ajouter toute information supplémentaire concernant les soins nécessaires.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Je certifie être un prestataire de soins de santé agréé qui traite le patient/la patiente, et que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_