

申请人说明:

请使用此表格向带薪家事假DC办公室申请家事假福利。此表格用于确定您的家庭成员是否有DC的带薪休假法律所定义的“严重健康状况”，以及您的家庭成员是否需要您的照料或陪伴。您必须填妥表格的第一部分，要求您提供有关您（申请人）和您的家庭成员的信息。治疗您的家庭成员的医生或授权医疗保健提供者必须填妥表格的第二部分。只有在您填妥此表并由您家庭成员的医生签名后，您才能完成家事假的申请流程。请使用 dos.pflbas.dc.gov 上的在线带薪家事假福利门户网站处申请，系统会您在申请过程中提示您通过适当的网站下载此表格。

第1部分 (由申请人在第2部分之前填妥)

姓氏	名字	中间名
出生日期(月/日/年) ____/____/____	社会保险号或个人税号码 (ITIN)	
申请人为家庭成员提供的护理的信息		
申请人会提供照顾的家庭成员的姓名		
姓氏	名字	中间名
该家庭成员与申请人的关系:		
请说明将提供给家庭成员的照顾或陪伴的性质。		

<input type="checkbox"/> 我确认我在此申请中提供的信息真实及完整。		
签名: _____		日期: _____

第2部分 (由授权医疗保健提供者填妥)

医疗保健提供者说明:

您的患者的家庭成员正在要求哥伦比亚特区的带薪家庭休假福利, 以便为您的患者提供护理或陪伴。填妥这张表格的目的是为了定义您的病人的家庭成员是否有资格享有带薪家事假法之下的家事假福利。以下几个问题需要您以“是或否”回答, 然后加上日期(如果适用)。是否有资格享有福利取决于具体情况。回答“是”并不一定能让申请人有资格享有这项福利。

医疗保健提供者信息	
所有栏位皆为必填, 备注则除外	
姓氏	名字 中间名
邮寄地址	街道 城市 州 邮编
电话号码	电子邮件地址
执业类型/医学专科	
许可证号码	国家提供者标识符(可选)
病人的健康状况信息	
诊断名称或健康状况的症状说明	
<hr/> <hr/>	
主要健康状况ICD-10代码	次要ICD-10代码(非必填)
<hr/>	<hr/>
诊断健康状况日期	是 否
<hr/> (月/日/年)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 健康状况是否为怀孕? <hr/> (月/日/年) 如果“是”的话, 预产期是什么时候?
是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 您是否认为您的患者是否因健康状况而无法或无法工作、上学或进行其他日常活动, 或无法接受健康状况的治疗?	

是 否

3. 患者预计(或确定)会于何时康复?

_____(月/日/年) 如果“是”的话,患者预计(或确定)会于何时康复?

如果“否”的话,是没有预计患者会康复,又或者是预计会康复但日期未定?

没有预计会康复

预计康复,但确切日期未知

是 否

4. 您的患者是否需要在医院、临终关怀医院或住宅医疗机构中住院至少一夜以治疗这种健康状况的住院治疗?

如果“是”的话,住院日期为哪些天?

是 否

5. 这种健康状况是否会导致您的患者连续至少三(3)天持续丧失工作能力?

如果“是”的话,由这种健康状况引起的能力丧失或需要治疗这样的健康状况会在那个日期或曾在哪个日期进行?

是 否

6. 患者是否有或者需要针对这种情况进行复诊?

如果“是”的话,目前有什么疗程安排?

是 否

7. 这个健康状况是慢性健康状况吗?

是 否

如果“是”的话,您是否预计患者的基础疾病会无预警发作,从而导致突然无法工作、上学或进行其他日常活动?

是 否

8. 病人是否需要每年两次(2)或更多次定期回访以治疗这种健康状况?

如果“是”的话,目前有什么疗程安排(如有)?

是 否

9. 在没有治疗的情况下, 您是否预计这种情况会导致您的患者连续至少三 (3) 天持续丧失工作能力或结果死亡?

是 否

10. 您的患者是否因意外或其他伤害而需要进行手术以康复身体机能?
如果“是”的话, 目前手术日期安排在什么时候?

是 否

11. 从医疗的角度您是否建议, 认为患者需要申请人的照顾或陪伴吗?

是 否

12. 从医疗的角度您是否建议认为在第一部分中申请人所描述的照顾或陪伴性质是合理且必要的?

13. 请提供有关状况和/或治疗的任何其他信息。

14. 请解释并添加有关所需护理的任何其他信息。

我确认我是一家正在治疗该患者的授权医疗保健提供机构, 并且在此表格上提供的信息是真实而完整的。

签名: _____ 日期: _____