

클레임 청구자를 위한 안내:

DC 유급 가족휴가 담당실에 가족휴가 혜택을 제출하려면 이 양식을 이용하십시오. 이 양식은 귀하의 가족이 DC의 유급휴가 법에서 정의한 “심각한 건강 상태”(serious health condition)에 해당되는지 그리고 해당 가족을 귀하가 케어하거나 함께 있어야 하는지를 판단하는데 이용됩니다. 귀하는 자신(클레임 청구자)과 귀하의 가족에 대한 정보를 제공하는 양식의 섹션 1을 작성해야 합니다. 귀하의 가족을 치료하고 있는 의사나 인가된 의료 서비스 제공자가 양식의 섹션 2를 작성해야 합니다. 이 양식을 작성하고 귀하의 가족의 담당의사가 서명한 후에만 가족휴가 혜택을 받기 위한 제출 절차를 완료할 수 있습니다. does.pflbas.dc.gov에서 이용 가능한 온라인 유급 가족휴가 혜택 포털을 이용할 때, 제출 절차의 적절한 단계에서 이 양식을 업로드하도록 시스템이 요청할 것입니다.

섹션 1(섹션 2를 작성하기 전에 클레임 청구자가 작성)		
성	이름	가운데 이름
생년월일 (월월/일일/년년년년) ____/____/____	사회보장번호 또는 개인 납세자 번호(ITIN)	
클레임 청구자의 가족에게 제공되는 케어에 관한 정보		
클레임 청구자가 케어하는 가족의 이름		
성	이름	가운데 이름
가족과 클레임 청구자와의 관계:		
클레임 청구자가 해당 가족에게 제공할 케어의 성격 또는 함께 있어야 하는 이유를 기술하십시오.		

<input type="checkbox"/> 본인은 본 양식에 제공한 정보가 사실이고 완전한 것임을 증명합니다.		
서명: _____		날짜: _____

섹션 2(인가된 의료 서비스 제공자가 작성)

의료 서비스 제공자를 위한 안내

귀하의 환자의 가족이 귀하의 환자를 케어하거나 함께 있기 위해 콜롬비아 특별구로부터 유급 가족휴가 혜택을 요청하려 합니다. 본 양식의 목적은 귀하의 환자의 가족이 유급 가족휴가 법에 따라 가족휴가 혜택을 받을 자격이 있는지를 판단하기 위한 것입니다. 아래의 몇가지 질문에 ‘예’ 또는 ‘아니요’로 응답해 주시고, 해당하는 경우 날짜를 적어 주십시오. 혜택의 자격 여부는 특정 상황에 따라 다릅니다. 모든 질문에 “예”라고 응답한다고 클레임 청구자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다.

의료 서비스 제공자에 관한 정보				
표시가 된 곳을 제외하고 모든 필드는 필수입니다				
성	이름		가운데 이름	
우편주소	거리	시	주	ZIP 코드
전화번호		이메일 주소		
병원 유형/의학 전문분야				
면허번호		NPI(National Provider Identifier)(선택사항)		
환자의 건강 상태에 관한 정보				
진단명 또는 건강 상태의 증상 설명				

건강 상태에 대한 주 ICD-10 코드		부차적인 ICD-10 코드 (선택사항)		
_____		_____		
건강 상태를 진단한 날짜		예 아니요		
(월월/일일/년년년년)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 건강 상태가 임신입니까? _____ ‘예’인 경우, 출산 예정일은 언제입니까? (월월/일일/년년년년)		
예 아니요				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 귀하의 환자가 해당 건강 상태로 인해 일을 하거나, 학교에 가거나, 일상적인 기타 활동을 할 수 없거나/ 없었거나 건강 상태에 대한 치료를 받아야 하거나/했다고 믿습니까?				

예 아니요

3. 건강 상태로부터 회복이 예상되는 (또는 실제) 날짜가 있습니까?

_____ ‘예’인 경우, 건강 상태로부터 회복이 예상되는 (또는 실제) 날짜는 언제입니까?
(월월/일일/년년년년)

‘아니요’인 경우, 회복될 것으로 예상하지 않습니까? 아니면 회복될 것으로 예상되나 날짜를
모릅니까?

회복되지 않을 것으로 예상 **회복이 될 것이나** 날짜를 모름

예 아니요

4. 귀하의 환자가 건강 상태를 치료하기 위해 최소 1박 이상의 기간 동안 병원, 호스피스 또는 상주 치료
시설에 입원해야 했습니까?

‘예’인 경우, 입원 치료 날짜는 언제였습니까?

예 아니요

5. 해당 건강 상태로 인해 귀하의 환자가 최소 연속 3일 동안 연속적으로 정상 생활이 불가능하였습니까?

‘예’인 경우, 해당 건강 상태로 인해 정상 생활이 불가능했던 날짜나 이 건강 상태에 대한 치료를 받아야
했던 날짜는 언제였습니까/언제입니까?

예 아니요

6. 환자는 이 상태에 대한 후속 치료 약속이 필요했습니까/필요합니까?

‘예’인 경우, 현재의 치료 일정은 어떻게 됩니까?

예 아니요

7. 이 건강 상태는 만성입니까?

예 아니요

‘예’인 경우, 환자가 근원적인 상태가 예측 불가능하게 발현하여 종종 근무를 못하거나, 학교에 등교하지
못하거나, 일상적인 기타 활동을 하지 못할 것으로 예상합니까?

예 아니요

8. 환자는 건강 상태를 치료하기 위해 연간 2번 이상의 정기적인 진찰을 받아야 합니까?

‘예’인 경우, 있는 경우 예정된 치료 날짜는 언제입니까?

예 아니요

9. 치료를 받지 않는 경우, 이 상태로 인해 최소 3일 연속해서 정상 생활이 불가능하거나 **사망을 가져올 수 있다고 예측합니까?**

예 아니요

10. 귀하의 환자가 사고나 기타 상해로 인한 기능상의 능력을 회복하기 위한 수술이 필요합니까?
‘예’인 경우, 현재 예정된 수술 날짜는 언제입니까?

예 아니요

11. 귀하의 의학적 소견으로는 클레임 청구자가 환자를 케어하거나 환자와 함께 있어야 한다고 믿습니까?

예 아니요

12. 귀하의 의학적 소견으로는 섹션 1에서 위의 클레임 청구자가 기술한 케어의 성격이나 함께 있어야 하는 이유가 합당하고 필요하다고 믿습니까?

13. 상태 및/또는 치료에 관한 추가 정보를 제공하여 주십시오.

14. 필요한 케어에 관한 추가 정보를 설명하거나 추가하십시오.

- 본인은 이 환자를 치료하는 인가된 의료 서비스 제공자이며 본 양식에서 제공한 정보가 사실이고 완전한 것임을 증명합니다.

서명: _____ 날짜: _____