

INSTRUCCIONES PARA EL RECLAMANTE:

Utilice este formulario para solicitar los beneficios de Licencia Familiar Pagada con la Oficina de Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia. Este formulario se utiliza para determinar si su familiar padece de una “condición grave” según se define en la ley de Licencia Pagada del Distrito de Columbia y si su familiar necesita de su atención o compañía. Debe completar este formulario, donde se le solicita información acerca de usted (el reclamante) y su familiar. El médico o el proveedor de atención médica autorizado que trata a su familiar debe completar la segunda parte del formulario. Solo podrá finalizar el proceso de solicitud de beneficios de licencia familiar después de que el médico de su familiar haya completado y firmado este formulario. Al utilizar el portal de beneficios en línea de Licencia Familiar Pagada disponible en does.pfl.bas.dc.gov, el sistema le indicará que cargue este formulario en el lugar adecuado en el proceso de solicitud.

SECCIÓN 1 (a ser completado por el reclamante antes de la sección 2)		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)	
INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL FAMILIAR DEL RECLAMANTE		
Nombre del familiar al cual el reclamante le brindará atención o cuidado		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Relación del familiar con el reclamante:		
Describa la atención o compañía que el reclamante le proporcionará al familiar. _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa.		
Firma: _____		Fecha: _____

SECCIÓN 2 (a ser completada por el proveedor de atención médica autorizado)

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

El familiar de su paciente esta solicitando beneficios de la Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia para poder brindarle atención o compañía al paciente. El objetivo de este formulario es determinar si el familiar del paciente califica para obtener los beneficios de licencia familiar conforme a la ley de Licencia Familiar Pagada. La mayoría de las preguntas a continuación requieren respuestas de (sí o no) seguidas por fechas, si corresponde. La calificación para poder recibir los beneficios depende de las circunstancias específicas. Responder “Sí” a cada pregunta no necesariamente implicará que el reclamante califique para los beneficios.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA				
Todos los campos son necesarios, excepto cuando se indique lo contrario				
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Dirección	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Correo electrónico		
Tipo de práctica / Especialidad médica				
Número de licencia		Identificador de Proveedor Nacional (opcional)		
INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE				
Nombre del diagnóstico o resumen de los síntomas de la condición médica				

Código de CIE-10 principal para la condición médica		Código de CIE-10 secundario (opcional)		
_____		_____		
Fecha de diagnóstico de la condición médica		Sí No		
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(MM/DD/AAAA)		1. ¿La condición médica es embarazo?		
		_____ Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha esperada de parto?		
		(MM/DD/AAAA)		
Sí No		2. ¿Cree que su paciente tiene o tuvo una incapacidad para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades de la vida diaria debido a la condición médica o para recibir tratamiento por la condición médica?		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Sí No

3. ¿Existe una fecha esperada (o real) de recuperación de la condición médica?

(MM/DD/AAAA) Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha esperada (o real) de recuperación de la condición médica?

Si la respuesta es no, ¿no se espera una recuperación o se espera una recuperación pero se desconoce la fecha?

No se espera

Se espera pero se desconoce

Sí No

4. ¿El paciente requirió ser ingresado en un hospital, hospicio o centro residencial para el cuidado de la salud con una duración mínima de una noche para tratar la condición médica? Si la respuesta es sí, ¿cuáles fueron las fechas de asistencia del paciente hospitalizado?

Sí No

5. ¿Esta condición médica causó un período de incapacidad continua del paciente que duró al menos tres (3) días consecutivos completos?

Si la respuesta es sí, ¿cuáles son o fueron las fechas de incapacidad causada por esta condición médica o necesidad de recibir tratamiento debido a esta condición médica?

Sí No

6. ¿El paciente requirió o requerirá citas de tratamiento de seguimiento debido a esta condición?

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el cronograma actual de tratamiento?

Sí No

7. ¿Esta condición médica es crónica?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿espera que el paciente sufra episodios imprevisibles de la condición medica que generará incapacidad para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades de la vida diaria?

Sí No

8. ¿El paciente requiere de dos (2) o más visitas periódicas anuales para tratar esta condición

médica? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son las fechas programadas para el tratamiento, si las hay?

Sí No

9. Frente a la ausencia de tratamiento, ¿cree que esta condición médica causará un período de incapacidad continua del paciente que durará al menos tres (3) días consecutivos completos o provocará la muerte?

Sí No

10. ¿El paciente requiere de una cirugía para restablecer las capacidades funcionales debido a un accidente u otra lesión? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son las fechas actuales de la cirugía?

Sí No

11. A su criterio médico, ¿cree que el paciente requiere de atención o compañía del reclamante?

Sí No

12. A su criterio médico, ¿cree que la atención o compañía descrita por el reclamante en la sección 1 arriba es razonable y necesaria?

13. Proporcione cualquier información adicional sobre la condición o tratamiento.

14. Explique y agregue cualquier información adicional sobre el cuidado necesario.

Certifico que soy un proveedor de atención médico autorizado que estoy brindando tratamiento a este paciente y que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y está completa.

Firma: _____

Fecha: _____