

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO NGƯỜI YÊU CẦU CHI TRẢ QUYỀN LỢI:

Sử dụng biểu mẫu này để nộp hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình cho Văn phòng phụ trách Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương của DC. Sử dụng biểu mẫu này để xác định xem thành viên gia đình bạn có mắc một “bệnh trạng nghiêm trọng” theo định nghĩa của luật Nghỉ ốm của DC và thành viên gia đình bạn có cần được chăm sóc hoặc bầu bạn hay không. Bạn phải hoàn thành phần thứ nhất của biểu mẫu này, phần này yêu cầu cung cấp thông tin về bạn (người yêu cầu chi trả quyền lợi) và thành viên gia đình bạn. Bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc y tế được cấp phép đang điều trị cho thành viên gia đình bạn phải hoàn thành phần thứ hai của biểu mẫu này. Bạn chỉ có thể hoàn thành quá trình gửi hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi Nghỉ ốm sau khi biểu mẫu này được hoàn thành và ký xác nhận bởi bác sĩ của thành viên gia đình bạn. Sử dụng cổng thông tin trực tuyến về quyền lợi Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương tại địa chỉ does.pflbas.dc.gov, hệ thống sẽ nhắc bạn tải lên biểu mẫu này ở nơi thích hợp trong quá trình gửi hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi.

MỤC 1 (Do người yêu cầu chi trả quyền lợi hoàn thành trước mục 2)

Họ	Tên	Tên đệm
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) ____ / ____ / ____	Mã số An sinh Xã hội hoặc Mã số Thuế Cá nhân (ITIN) _____	
THÔNG TIN VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC ĐƯỢC CUNG CẤP CHO THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH CỦA NGƯỜI YÊU CẦU CHI TRẢ		
Tên thành viên gia đình mà người yêu cầu chi trả quyền lợi sẽ chăm sóc		
Họ	Tên	Tên đệm
Quan hệ giữa thành viên gia đình và người yêu cầu chi trả quyền lợi:		
Mô tả bản chất của dịch vụ chăm sóc hoặc bầu bạn mà người yêu cầu chi trả quyền lợi sẽ cung cấp cho thành viên gia đình. _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> Tôi xác nhận rằng các thông tin do tôi cung cấp trong biểu mẫu này là đúng và hoàn chỉnh.		
Chữ ký: _____		Ngày: _____

MỤC 2 (Do chuyên viên chăm sóc y tế được cấp phép hoàn thành)

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC Y TẾ:

Thành viên gia đình của bệnh nhân của bạn đang yêu cầu Quận Columbia chi trả quyền lợi Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng để cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc bầu bạn cho bệnh nhân của bạn. Mục đích của biểu mẫu này là để xác định xem thành viên gia đình của bệnh nhân của bạn có đủ điều kiện hưởng các quyền lợi Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình theo luật Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương hay không. Một số câu hỏi dưới đây yêu cầu phải trả lời có hoặc không, kèm theo ngày, nếu áp dụng. Điều kiện được hưởng quyền lợi phụ thuộc vào một số tình huống. Trả lời “Có” với mọi câu hỏi không đồng nghĩa người yêu cầu chi trả quyền lợi đủ điều kiện được hưởng quyền lợi.

THÔNG TIN VỀ CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC Y TẾ				
Toàn bộ các trường đều là trường bắt buộc, trừ trường hợp có ghi chú				
Họ	Tên		Tên đệm	
Địa chỉ bưu điện	Tên phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
Số Điện thoại	Địa chỉ Email			
Loại hình Thực hành nghề nghiệp / Chuyên môn Y tế				
Số Giấy phép	Mã nhận diện Chuyên viên chăm sóc y tế Quốc gia (Tùy chọn)			
THÔNG TIN VỀ BỆNH TRẠNG CỦA BỆNH NHÂN				
Tên bệnh được chẩn đoán hoặc báo cáo các triệu chứng của bệnh trạng				

Mã ICD-10 Chính của Bệnh trạng	Mã ICD-10 Phụ (Tùy chọn)			
_____	_____			
Ngày Chẩn Đoán Bệnh Trạng	Có Không			
(THÁNG/NGÀY/NĂM)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Bệnh trạng có phải là mang thai không? _____ Nếu có, ngày sinh dự kiến? (THÁNG/NGÀY/NĂM)			
Có Không <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Bạn có tin rằng bệnh nhân của bạn đang hoặc đã bị mất khả năng làm việc, đi học hay thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác do bệnh trạng hoặc để được điều trị bệnh trạng không?				

Có Không

3. Có ngày khỏi bệnh dự kiến (hoặc thực tế) không?

(THÁNG/NGÀY/NĂM) Nếu có, ngày khỏi bệnh dự kiến (hoặc thực tế) là ngày nào?

Nếu không, không có dự kiến sẽ khỏi bệnh hoặc có dự kiến sẽ khỏi bệnh nhưng không rõ ngày nào?

Không có dự kiến

Có dự kiến nhưng không rõ ngày nào

Có Không

4. Bệnh nhân của bạn có cần chăm sóc nội trú tại bệnh viện, nhà tế bần hoặc cơ sở chăm sóc y tế tại nhà trong thời gian tối thiểu một đêm để điều trị bệnh trạng hay không?

Nếu có, ngày chăm sóc nội trú là ngày nào?

Có Không

5. Bệnh trạng này có khiến bệnh nhân của bạn bị mất khả năng liên tục trong thời gian tối thiểu ba (3) ngày liên tục hay không?

Nếu có, bệnh trạng này đã khiến bệnh nhân bị mất khả năng hoặc phải được điều trị trong những ngày nào?

Có Không

6. Bệnh nhân có hoặc sẽ cần các lịch hẹn thăm khám điều trị theo dõi cho bệnh trạng này không?

Nếu có, lịch điều trị hiện tại là như thế nào?

Có Không

7. Bệnh trạng này có phải là một bệnh trạng mạn tính không?

Có Không

Nếu có, bạn có dự tính rằng bệnh nhân sẽ phải trải qua các giai đoạn bệnh nặng không lường trước được dẫn đến việc định kỳ mất khả năng đi làm, đi học hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác không?

Có Không

8. Bệnh nhân có cần hai (2) hay nhiều buổi thăm khám định kỳ hàng năm để điều trị bệnh trạng không?

Nếu có, ngày dự kiến điều trị là ngày nào, nếu có?

Có Không

9. Trong trường hợp không được điều trị, bạn có dự tính rằng bệnh trạng này sẽ khiến bệnh nhân bị mất khả năng liên tục trong thời gian tối thiểu ba (3) ngày liên tục hoặc bị tử vong không?

Có Không

10. Bệnh nhân của bạn có cần phẫu thuật để khôi phục chức năng do tai nạn hoặc thương tích khác không?
Nếu có, ngày dự kiến phẫu thuật hiện tại là ngày nào?

Có Không

11. Theo ý kiến chuyên môn của bạn, bạn có tin rằng bệnh nhân cần dịch vụ chăm sóc hoặc bầu bạn từ người yêu cầu chi trả quyền lợi không?

Có Không

12. Theo ý kiến chuyên môn của bạn, bạn có tin rằng về bản chất dịch vụ chăm sóc hoặc bầu bạn do người yêu cầu chi trả quyền lợi mô tả ở trên tại mục 1 có hợp lý và cần thiết không?

13. Vui lòng mô tả các thông tin khác về bệnh trạng và/hoặc dịch vụ điều trị.

14. Vui lòng giải thích và bổ sung bất kỳ thông tin nào khác về dịch vụ chăm sóc cần thiết.

- Tôi xác nhận rằng tôi là chuyên viên chăm sóc y tế được cấp phép đang điều trị cho bệnh nhân này và các thông tin do tôi cung cấp trong biểu mẫu này là đúng và hoàn chỉnh.

Chữ ký: _____ Ngày: _____