

**申请人说明:**

请使用此表格向带薪家事假DC办事处申请病假福利。此表格用于确认您是否有DC带薪家事假法定义的“严重的健康问题”。您必须填妥此表格的第一部分。您的医生或授权医疗保健提供者必须填写表格的第二部分。只有在您填写此表并由医生签名后,您才能完成病假福利的申请流程。请使用[dos.pflbas.dc.gov](https://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)	

**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:**

您的病人是从哥伦比亚特区申请这项带薪家事假福利的。填写这张表格的目的是为了定义您的病人是否有资格享有DC带薪家事假法规定的病假福利。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。

A. 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				
州许可证号		国家提供者标识符(可选)		
B. 申请人医疗状况信息				
诊断名称或健康状况的症状说明				
_____				
_____				
主要健康状况ICD-10代码		次要ICD-10代码(非必填)		
_____		_____		
_____ 诊断健康状况日期 (月/日/年)		是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 将康状况是否为怀孕? _____ 如果“是”的话, 预产期是什么时候? (月/日/年)		
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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? <input type="checkbox"/> 没有预计会康复 <input type="checkbox"/> 预计康复, 但确切日期未知		
是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		4. 您的患者是否需要需要在医院、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  
   
是 否

7. 这个健康状况是慢性健康状况吗?

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, 目前手术日期安排在什么时候?

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?

请添加有关患者诊断或状况的其他信息。(可选):

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

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_