

INSTRUCTIONS POUR LE DEMANDEUR :

Utilisez ce formulaire pour déposer une demande de bénéfices de Congé maladie auprès de l'Office of Paid Family Leave. Ce formulaire est utilisé pour déterminer si vous souffrez d'une « pathologie grave » telle que définie par la loi sur le Congé familial rémunéré de DC. Vous devez remplir la première partie du formulaire. Votre médecin ou prestataire de soins de santé agréé doit remplir la deuxième partie du formulaire. Vous ne pouvez terminer la procédure de demande de bénéfices de Congé maladie qu'une fois le formulaire rempli et signé par votre médecin. Lorsque vous utiliserez le portail en ligne des bénéfices de Congé familial rémunéré disponible sur does.pflbas.dc.gov, le système vous demandera de télécharger ce formulaire au moment opportun du processus de dépôt de demande.

SECTION 1 (À remplir par le demandeur)

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / _____	Numéro de sécurité sociale ou numéro individuel d'identification fiscale (Individual Tax Identification Number, ITIN)	

SECTION 2 : (À remplir par le prestataire de soins de santé agréé)

INSTRUCTIONS POUR LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ :

Votre patient(e) demande des bénéfices de Congé familial rémunéré au District of Columbia. Le présent formulaire a pour objectif de déterminer si votre patient(e) est éligible aux bénéfices de Congé maladie en vertu de la loi sur le Congé familial rémunéré de DC. Certaines des questions suivantes requièrent une réponse par oui ou par non, suivie de dates, le cas échéant. L'éligibilité aux bénéfices dépend des cas particuliers. Il n'est pas nécessaire de répondre par « oui » à chaque question pour que le demandeur soit éligible aux bénéfices.

A. INFORMATIONS SUR LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ

Tous les champs sont obligatoires, sauf où indiqué

Nom de famille

Prénom

Deuxième prénom

Adresse postale

Rue

Ville

État

Code postal

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

Type de cabinet / spécialisation médicale

Numéro d'agrément d'État

Numéro d'identification nationale de prestataire (facultatif)

B. INFORMATIONS SUR LA PATHOLOGIE DU DEMANDEUR

Nom du diagnostic ou énoncé des symptômes de la pathologie

Code primaire ICD-10 de la pathologie

Code secondaire ICD-10 (facultatif)

_____ Date du diagnostic de la pathologie
(JJ/MM/AAAA)

Oui Non

1. La pathologie est-elle une grossesse ?

_____ Dans l'affirmative, quelle est la date prévue
(JJ/MM/AAAA) d'accouchement ?

Oui Non

2. Estimez-vous que votre patient(e) est, ou a été dans l'incapacité de travailler, d'aller à l'école ou d'effectuer d'autres activités courantes en raison de sa pathologie, ou d'un traitement pour cette pathologie ?

Oui Non

3. Y a-t-il une date de guérison prévue (ou réelle) de la pathologie ?

_____ Dans l'affirmative, quelle est date de guérison prévue (ou réelle) de la pathologie ?
(JJ/MM/AAAA)

Dans le cas contraire, la guérison n'est-elle jamais attendue, ou encore, la guérison est-elle attendue avec une date inconnue ?

Pas attendue

Attendue sans date précise

Oui Non

4. Votre patient(e) a-t-il/elle requis des soins hospitaliers dans un hôpital, un hospice ou un établissement de soins médicaux résidentiels pendant au moins une nuit pour traiter cette pathologie ?

Dans l'affirmative, quelles étaient les dates d'hospitalisation ?

Oui Non

5. Cette pathologie a-t-elle entraîné une période d'incapacité continue de votre patient(e) pendant au moins trois (3) jours consécutifs complets ?

Dans l'affirmative, quelles étaient ou quelles sont les dates d'incapacité causée par cette pathologie ou la nécessité de recevoir un traitement pour cette pathologie ?

Oui Non

6. Votre patient(e) a-t-il/elle ou va-t-il/elle requérir un traitement de suivi pour cette pathologie ?

Dans l'affirmative, quel est le calendrier actuel de traitement ?

Oui Non

7. Cette pathologie est-elle une maladie chronique ?

Oui Non

Dans l'affirmative, pensez-vous que votre patient(e) connaisse des épisodes imprévisibles de la pathologie sous-jacente qui entraînent une incapacité ponctuelle à travailler, à aller à l'école ou à effectuer d'autres activités courantes ?

Oui Non

8. Votre patient(e) requiert-il/elle deux (2) visites périodiques ou plus par an pour traiter cette pathologie ?

Dans l'affirmative, quelles sont les dates de traitement actuellement prévues, le cas échéant ?

Oui Non

9. En l'absence de traitement, pensez-vous que cette pathologie entraînera une période d'incapacité continue de votre patient(e) d'au moins trois (3) jours consécutifs complets, voire sa mort ?

Oui Non

10. Votre patient(e) requiert-il/elle une intervention chirurgicale pour rétablir sa capacité fonctionnelle à la suite d'un accident ou autre blessure ?

Dans l'affirmative, quelles sont les dates d'intervention chirurgicale actuellement prévues ?

Veuillez indiquer toute autre information concernant le diagnostic ou la pathologie de votre patient(e). (Facultatif)

Je certifie être un prestataire de soins de santé agréé qui traite le patient/la patiente, et que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.

Signature : _____ Date : _____