

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 la parte 1 del formulario, donde se le solicita información acerca de usted (el reclamante) y de su familiar. El médico o el proveedor de atención médica autorizado que trata a su familiar debe completar la parte 2 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. ***Asegúrese de que el proveedor de atención médica complete todas las secciones de la parte 2 o su reclamo podría ser rechazado.***

Debe escanear y subir este formulario en el portal de beneficios de Licencia Familiar Pagada disponible en **does.pflbas.dc.gov**. Este formulario no es una solicitud de beneficios. Debe completar una solicitud en **does.pflbas.dc.gov** para ser considerado para obtener beneficios.

| PARTE 1 (A ser completado por el reclamante antes de la parte 2) | | |
|---|--------------------|----------------|
| Nombre | Apellido | Segundo nombre |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____ | Número de teléfono | |
| INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL FAMILIAR DEL RECLAMANTE | | |
| Nombre del familiar al cual el reclamante le brindará atención | | |
| Nombre | Apellido | 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: _____ | |

PARTE 2 (A ser completada por el proveedor de atención médica autorizado)

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

El familiar de su paciente está 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. Complete las secciones A a E. Limite sus respuestas a las condición(es) médica(s) para las cuales el familiar de su paciente está solicitando beneficios de la Licencia Familiar Pagada. **Complete todas las secciones de la parte 2 o se le devolverá el formulario para obtener más información.**

| A. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA | | | | |
|--|-------|---|--------|---------------|
| <i>Todos los campos son obligatorios, excepto cuando se indique lo contrario</i> | | | | |
| Nombre del proveedor | | Apellido del proveedor | | |
| Dirección postal | Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono | | Correo electrónico | | |
| Tipo de Práctica / Especialidad médica | | | | |
| Número de licencia | | Identificador de Proveedor Nacional (opcional) | | |
| B. INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE | | | | |
| Nombre del diagnóstico o declaración de los síntomas de la condición médica | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| Código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) principal para la condición médica | | Código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) secundario (opcional) | | |
| _____ | | _____ | | |
| _____ Fecha en que se diagnosticó la condición de salud (MM/DD/AAAA) | | | | |

B. INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE(continuación)

Marque la casilla de cada declaración que sea aplicable a la condición médica de su paciente. Para cada casilla que marque, proporcione la información adicional requerida para esa declaración.

- Embarazo:** La condición de su paciente es embarazo.
La fecha de parto prevista es el _____ (mm/dd/aaaa).
- Atención hospitalaria durante la noche:** Su paciente fue ingresado para recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial durante al menos un período de una noche para tratar esta condición médica en la(s) siguiente(s) fecha(s):
_____.
- Incapacidad más tratamiento** (Complete los números 1, 2 y 3 a continuación [obligatorio]):
1. La condición médica de su paciente causó un período de incapacidad continua durante el cual su paciente no pudo trabajar, asistir a la escuela ni realizar otras actividades de la vida diaria que duró al menos tres (3) días consecutivos completos desde el _____ (mm/dd/aaaa) hasta el _____ (mm/dd/aaaa).
 2. Su paciente tuvo (o tendrá) una cita en persona o telesalud con un proveedor de atención médica para tratar o evaluar esta condición médica en las siguientes fechas (obligatorio):

_____.
 3. La condición de su paciente (ha / no ha) dado como resultado un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (p. ej., tomar medicamentos recetados, asistir a citas de terapia). El régimen de tratamiento continuo implica:
_____.
- Condición crónica** (complete los números 1, 2 y 3 a continuación [obligatorio]):
1. El estado del paciente (es / no es) una condición médica crónica.
 2. Su paciente (sí / no) requiere de dos (2) o más visitas médicas anuales para tratar esta condición médica.
 3. Usted (espera / no espera) que su paciente sufra episodios imprevisibles de la condición que causen incapacidad ocasional para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria.
- Incapacidad permanente:** Su paciente está experimentando una incapacidad permanente o a largo plazo debido a la condición médica y requiere la supervisión continua de un proveedor de atención médica (p. ej., enfermedad de Alzheimer o cáncer en etapa terminal).
- Cirugía reconstructiva:** Su paciente requiere una cirugía restauradora para alcanzar la capacidad funcional (no cosmética) después de un accidente o lesión y requiere múltiples tratamientos relacionados con el mismo accidente o lesión.
- Tratamiento preventivo:** Su paciente requiere tratamientos por parte de proveedores de atención médica en al menos dos fechas para evitar la aparición de una condición médica que sin tratamiento causaría incapacidad durante al menos 3 días completos.
- Mortinato:** Su paciente sufrió un mortinato en la siguiente fecha: _____ (mm/dd/aaaa).
- Ninguna de las opciones anteriores.** La condición de su paciente no se encuentra dentro de una de las categorías anteriores.

C. CANTIDAD DE LICENCIA NECESARIA

Incapacidad continua: Su paciente experimentó (experimentará) un período de incapacidad continua para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria a partir del _____ (mm/dd/aaaa) y hasta el _____ (mm/dd/aaaa) (si es en el futuro, proporcione su mejor estimación).

Tratamientos médicos planificados: Su paciente requiere citas médicas planificadas para tratar la condición médica en las siguientes fechas (futuras o pasadas):

Incapacidad intermitente: Su paciente experimentó (experimentará) una incapacidad intermitente para trabajar, asistir a la escuela o realizar otras actividades de la vida diaria debido a la condición médica. Si se conocen, esas fechas fueron (serán):

Si no sabe, (sí / no) espera que su paciente sufra episodios imprevisibles de la condición subyacente que generarán una incapacidad ocasional para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades de la vida diaria.

Proporcione toda información adicional sobre la condición o el tratamiento.

D. NECESIDAD DE ATENCIÓN O COMPAÑÍA

A su criterio médico, ¿cree que el paciente (sí / no) requiere de atención o compañía del reclamante?

A su criterio médico, ¿cree que la necesidad de la atención o compañía descrita por el reclamante en la parte 1 que figura arriba (es / no es) razonable y necesario.

Proporcione cualquier información adicional sobre la atención que proporcionará el familiar.

E. CERTIFICACIÓN

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: _____