

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

Sử dụng mẫu này để yêu cầu chi trả các quyền lợi Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình cho Văn Phòng Quản lý Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình Được Hưởng Lương của DC. Sử dụng biểu mẫu này để xác định xem thành viên gia đình quý vị có mắc một “bệnh trạng nghiêm trọng” theo định nghĩa của luật Nghỉ Phép Được Hưởng Lương của DC và thành viên gia đình quý vị có cần được chăm sóc hoặc đồng hành với quý vị hay không. Quý vị phải hoàn thành phần 1 của biểu mẫu này, phần này yêu cầu cung cấp thông tin về quý vị (người yêu cầu chi trả quyền lợi) và thành viên gia đình quý vị. Bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc y tế được cấp phép đang điều trị cho thành viên của gia đình quý vị phải hoàn thành phần 2 của biểu mẫu này. Quý vị chỉ có thể hoàn thành quá trình gửi hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình sau khi biểu mẫu này được hoàn thành và ký xác nhận bởi bác sĩ của thành viên gia đình quý vị. **Vui lòng đảm bảo rằng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoàn thành tất cả các mục trong phần 2, nếu không yêu cầu của quý vị có thể bị từ chối.**

Quý vị phải gửi trực tuyến mẫu này qua cổng thông tin về Quyền lợi Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình Được Hưởng Lương của DC tại địa chỉ does.pflbas.dc.gov. Đây không phải là mẫu đơn xin trợ cấp. Quý vị phải hoàn thành đơn xin trợ cấp trên trang does.pflbas.dc.gov để được xem xét nhận quyền lợi.

PHẦN 1 (Do người yêu cầu chi trả quyền lợi hoàn thành trước phần 2)

Tên họ	Tên gọi	Tên đệm
Ngày sinh (NGÀY/THÁNG/NĂM) ____/____/____	Số điện thoại	
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		
Tên họ	Tên gọi	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 đồng hành 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: _____	

PHẦN 2 (Do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoàn thành)

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE:

Thành viên gia đình của bệnh nhân của quý vị đang yêu cầu Quận Columbia chi trả quyền lợi Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình Được Hưởng Lương để cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc đồng hành cho bệnh nhân của quý vị. Mục đích của văn bản này là để xác định xem thành viên gia đình của bệnh nhân của quý vị có đủ điều kiện hưởng các quyền lợi Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình theo luật Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình Được Hưởng Lương hay không. Vui lòng hoàn thành các phần A đến E. Giới hạn câu trả lời của quý vị ở các bệnh trạng mà thành viên gia đình bệnh nhân của quý vị đang tìm kiếm quyền lợi Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình Được Hưởng Lương. **Hoàn thành tất cả các mục trong phần 2, nếu không mẫu đơn sẽ được trả lại để quý vị bổ sung thông tin.**

A. THÔNG TIN VỀ NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE				
<i>Quý vị phải điền vào tất cả các mục, trừ trường hợp có ghi chú</i>				
Tên gọi của Nhà cung cấp		Tên họ của Nhà cung cấp		
Địa chỉ gửi thư	Thành phố	Đường phố	Tiểu bang	Mã zip
Số điện thoại	Địa chỉ email			
Loại hành nghề/Chuyên khoa y tế				
Số giấy phép	Mã số nhà cung cấp quốc gia (Tùy chọn)			
B. BỆNH TRẠNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN				
Tên bệnh theo chẩn đoán hoặc báo cáo các triệu chứng của bệnh				

Mã ICD-10 Chính của Bệnh trạng	Mã ICD-10 Phụ (Không bắt buộc)			
_____	_____			
_____ Ngày chẩn đoán bệnh trạng (NGÀY/THÁNG/NĂM)				

B. BỆNH TRẠNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN (tiếp theo)

Đánh dấu vào ô cho mỗi câu phù hợp với tình trạng bệnh của bệnh nhân của quý vị. Đối với mỗi ô mà quý vị đánh dấu, hãy cung cấp thông tin bổ sung cần thiết cho nội dung đó.

- Mang thai:** Tình trạng bệnh nhân của quý vị là có thai.
Ngày dự sinh là _____ (ngày/tháng/năm).
- Chăm sóc nội trú qua đêm:** Bệnh nhân của quý vị đã được nhận vào chăm sóc nội trú tại bệnh viện, nhà tế bần hoặc cơ sở chăm sóc y tế nội trú trong ít nhất một khoảng thời gian qua đêm để điều trị tình trạng sức khỏe này vào (các) ngày sau: _____.
- Mất khả năng và phải điều trị** (điền đầy đủ các mục 1, 2 và 3 bên dưới (bắt buộc)):
- Tình trạng sức khỏe của bệnh nhân của quý vị gây ra một khoảng thời gian mất khả năng liên tục, trong đó bệnh nhân của quý vị không thể làm việc, đi học hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác kéo dài ít nhất ba (3) ngày liên tục kể từ _____ (ngày/tháng/năm) đến _____ (ngày/tháng/năm).
 - Bệnh nhân của quý vị đã (hoặc sẽ) có cuộc hẹn khám trực tiếp hoặc thăm khám từ xa với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để điều trị hoặc đánh giá tình trạng sức khỏe này vào các ngày sau (bắt buộc):

 - Tình trạng của bệnh nhân của quý vị (đã/ đã không) dẫn đến một chế độ điều trị liên tục với sự giám sát của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (ví dụ: dùng thuốc theo toa, có các buổi trị liệu). Phác đồ điều trị liên tục bao gồm:

- Bệnh mãn tính**(hoàn thành các mục số 1, 2 và 3 bên dưới (bắt buộc)):
- Tình trạng bệnh của bệnh nhân của quý vị (là/ không phải là) bệnh mãn tính.
 - Bệnh nhân của quý vị (có/ không) cần từ hai (2) buổi thăm khám định kỳ hàng năm trở lên để điều trị bệnh.
 - Quý vị (dự kiến/ không dự kiến) rằng bệnh nhân sẽ phải trải qua các giai đoạn bệnh nặng không lường trước được dẫn đến có những khoảng thời gian mất khả năng để đi làm, đi học hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác.
- Mất khả năng vĩnh viễn:** Bệnh nhân của quý vị đang bị mất khả năng hoạt động vĩnh viễn hoặc lâu dài do tình trạng sức khỏe và cần sự giám sát liên tục của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (ví dụ: Bệnh Alzheimer hoặc ung thư giai đoạn cuối).
- Phẫu thuật phục hồi:** Bệnh nhân của quý vị cần phẫu thuật phục hồi để khôi phục chức năng (không phải do phẫu thuật thẩm mỹ) sau một tai nạn hoặc chấn thương và cần nhiều phương pháp điều trị liên quan đến cùng một tai nạn hoặc chấn thương.
- Điều trị phòng bệnh:** Bệnh nhân của quý vị cần các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều trị ít nhất hai ngày để tránh xảy ra tình trạng mà nếu không điều trị sẽ gây mất khả năng trong ít nhất 3 ngày đầy đủ.
- Thai chết lưu:** Bệnh nhân của quý vị đã bị thai chết lưu vào ngày sau đây: _____ (ngày/tháng/năm).
- Không trường hợp nào trong số trên.** Tình trạng bệnh nhân của quý vị không thuộc một trong các trường hợp trên.

C. THỜI GIAN NGHỈ CẦN THIẾT

Mất khả năng liên tục: Bệnh nhân của quý vị đã trải qua (sẽ trải qua) một khoảng thời gian liên tục không thể làm việc, đi học hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày bắt đầu từ _____ (ngày/tháng/năm) và kết thúc vào _____ (ngày/tháng/năm) (nếu là trong tương lai, hãy nêu ước tính sát nhất của quý vị).

Kế hoạch điều trị y tế: Bệnh nhân của quý vị cần các cuộc hẹn y tế theo kế hoạch để điều trị tình trạng sức khỏe vào những ngày sau (tương lai hoặc quá khứ):

Mất khả năng gián đoạn: Bệnh nhân của quý vị đã trải qua (sẽ trải qua) tình trạng mất khả năng gián đoạn để có thể làm việc, đi học hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác do tình trạng sức khỏe. Nếu biết, những ngày đó là (sẽ là):

Nếu không biết, quý vị dự tính rằng bệnh nhân (sẽ/ sẽ không) phải trải qua các giai đoạn bệnh nặng không lường trước được dẫn đến có những khoảng thời gian mất khả năng để có thể đi làm, đi học hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác.

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

D. CẦN ĐƯỢC CHĂM SÓC HOẶC ĐỒNG HÀNH

Theo ý kiến chuyên môn của quý vị, bệnh nhân của quý vị (▪ cần/▪ không cần) dịch vụ chăm sóc hoặc đồng hành từ người yêu cầu chi trả quyền lợi.

Theo ý kiến chuyên môn của quý vị, bản chất dịch vụ chăm sóc hoặc đồng hành do người yêu cầu chi trả quyền lợi mô tả ở mục 1 (là/ là không) hợp lý và cần thiết.

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin bổ sung nào về dịch vụ chăm sóc sẽ được cung cấp bởi thành viên gia đình.

E. XÁC NHẬN

Tôi xác nhận rằng tôi là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép đang điều trị cho bệnh nhân này và các thông tin do tôi cung cấp trong giấy này là đúng và đầy đủ.

Chữ ký: _____ Ngày: _____