

INSTRUCTIONS POUR LE DEMANDEUR :

Utilisez ce formulaire pour déposer une demande de prestations de Congé familial auprès du bureau des congés familiaux rémunérés. Ce formulaire est utilisé pour déterminer si le membre de votre famille souffre d'une « sérieuse pathologie » telle que définie par la loi sur les congés rémunérés de DC et si le membre de votre famille requiert vos soins ou votre accompagnement. Vous devez remplir la partie 1 du formulaire, qui demande des informations sur vous (le demandeur) et sur le membre de votre famille. Le médecin ou le professionnel de santé agréé qui traite le membre de votre famille doit remplir la partie 2 du formulaire. Vous ne pouvez terminer la procédure de demande de prestations de congé familial qu'une fois le formulaire rempli et signé par le médecin du membre de votre famille. ***Veillez vous assurer que le professionnel de santé remplit toutes les sections de la partie 2 du formulaire, sans quoi votre demande pourrait être refusée.***

Vous devez scanner et télécharger ce formulaire sur le portail en ligne des prestations de congés familiaux rémunérés à l'adresse **does.pflbas.dc.gov**. Ce formulaire ne constitue pas une demande de prestations. Vous devez remplir une demande sur **does.pflbas.dc.gov** pour savoir si vous êtes admissible à des prestations.

PARTIE 1 (à remplir par le demandeur avant la partie 2)

Nom	Prénom	Deuxième prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / _____	N° de téléphone	
INFORMATIONS SUR LES SOINS À FOURNIR AU MEMBRE DE LA FAMILLE DU DEMANDEUR		
Nom du membre de la famille à qui le demandeur fournira des soins		
Nom	Prénom	Deuxième prénom
Relation entre le membre de la famille et le demandeur :		
Décrivez la nature des soins ou de l'accompagnement que le demandeur fournira au membre de la famille. _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> J'atteste que les informations que j'ai fournies dans le présent formulaire sont exactes et complètes.		
Signature :		Date :

PARTIE 2 : (à remplir par le professionnel de santé agréé)

INSTRUCTIONS POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

Un membre de la famille de votre patient demande des prestations de congés familiaux rémunérés au District of Columbia afin de fournir des soins ou un accompagnement à votre patient. Le présent formulaire a pour objectif de déterminer si le membre de la famille de votre patient(e) est éligible aux prestations de congé familial en vertu de la loi sur le congé familial rémunéré. Veuillez compléter les sections **A** à **E**. Limitez vos réponses à l'affection ou aux affections pour laquelle/ lesquelles le membre de la famille de votre patient sollicite des prestations au titre du programme des congés familiaux rémunérés. **Remplissez toutes les sections de la partie 2 du formulaire, sinon il vous sera renvoyé pour obtenir plus d'informations.**

A. INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ				
<i>Tous les champs sont obligatoires, sauf indication contraire</i>				
Prénom du professionnel		Nom du professionnel		
Adresse postale	Ville	Rue	État	Code postal
Numéro de téléphone		Adresse e-mail		
Type de cabinet / spécialisation médicale				
Numéro d'agrément		Numéro d'identification nationale de prestataire (facultatif)		
B. AFFECTION DÉCLENCHANT LES DROITS				
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)				

B. AFFECTION MÉDICALE DÉCLENCHANT LES DROITS (suite)

Cochez la case correspondant à chaque déclaration correspondant à l'affection de votre patient. Pour chaque case que vous cochez, fournissez les informations supplémentaires requises pour cette déclaration.

- Grossesse:** Votre patiente est enceinte.
La date d'accouchement prévue est le _____ (jj/mm/aaaa).
- Soins impliquant un séjour d'une nuit à l'hôpital :** Votre patient a été admis pour des soins hospitaliers dans un hôpital, un centre de soins palliatifs ou un établissement résidentiel de soins médicaux pendant au moins une période d'une nuit afin de traiter cette affection à la/aux date(s) suivante(s) :
_____.
- Incapacité plus traitement** (compléter les numéros 1, 2 et 3 ci-dessous [obligatoire]) :
1. L'affection de votre patient a provoqué une période d'incapacité continue pendant laquelle il n'était pas en mesure de travailler, d'aller à l'école ou d'effectuer d'autres activités de la vie quotidienne durant au moins trois (3) jours consécutifs complets du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa).
 2. Votre patient a eu (ou aura) un rendez-vous en personne ou en télémédecine avec un professionnel de santé pour traiter ou évaluer cette affection aux dates suivantes (obligatoire) :

 3. L'affection de votre patient (a / n'a pas) donné lieu à un schéma thérapeutique continu sous la supervision d'un professionnel de santé (par ex., prise de médicaments sur ordonnance, se rendre à des rendez-vous médicaux). Le schéma thérapeutique continu implique :

- Affection chronique** (compléter les numéros 1, 2 et 3 ci-dessous [obligatoire]) :
1. L'affection de votre patient (est / n'est pas) une affection chronique.
 2. Votre patient (requiert / ne requiert pas) deux (2) visites médicales ou plus par an pour traiter cette affection.
 3. Vous (prévoyez / ne prévoyez pas) que votre patient connaîtra des épisodes imprévisibles d'affection sous-jacente chronique qui entraînent une incapacité ponctuelle à travailler, à aller à l'école ou à effectuer d'autres activités de la vie quotidienne.
- Incapacité permanente :** Votre patient présente une incapacité permanente ou à long terme en raison de son état de santé et nécessite une surveillance continue par un professionnel de santé (par ex., maladie d'Alzheimer ou cancer en phase terminale).
- Intervention de chirurgie réparatrice :** Votre patient nécessite une chirurgie réparatrice pour récupérer une capacité fonctionnelle (non cosmétique) après un accident ou une blessure, et a besoin de plusieurs traitements liés à ce même accident ou cette même blessure.
- Traitement préventif :** Votre patient a besoin de traitements par des professionnels de santé à au moins deux dates afin d'éviter la survenue d'une affection qui, sans traitement, entraînerait une incapacité pendant au moins 3 jours complets.
- Mortinatalité :** Votre patient a accouché d'un enfant mort-né à la date suivante : _____ (jj/mm/aaaa).
- Aucune des réponses ci-dessus.** L'affection de votre patient n'entre dans aucune des catégories ci-dessus.

C. DURÉE DE CONGÉ NÉCESSAIRE

Incapacité continue : Votre patient a connu (connaîtra) à une période d'incapacité continue à travailler, à aller à l'école ou à effectuer d'autres activités de la vie quotidienne commençant le _____ (jj/mm/aaaa) et se terminant le _____ (jj/mm/aaaa) (si cela doit avoir lieu à l'avenir, indiquez votre meilleure estimation).

Traitements médicaux prévus : Votre patient nécessite des rendez-vous médicaux planifiés pour traiter l'affection aux dates suivantes (futurs ou passés):

Incapacité intermittente : Votre patient a connu (connaîtra) une incapacité intermittente à travailler, à aller à l'école ou à effectuer d'autres activités de la vie quotidienne en raison de son affection. Si elles sont connues, ces dates étaient (seront) :

Si elles sont inconnues, votre patient (• devrait / • ne devrait pas) connaître des épisodes imprévisibles ou poussées de l'affection sous-jacente qui entraînent une incapacité ponctuelle à travailler, à aller à l'école ou à effectuer d'autres activités de la vie quotidienne.

Veillez fournir toute information supplémentaire concernant l'état de santé ou le traitement.

D. BESOIN DE SOINS OU D'ACCOMPAGNEMENT

Selon votre avis médical, votre patient (• requiert / • ne requiert pas) des soins ou un accompagnement de la part du demandeur.

Selon votre avis médical, la nature des soins ou de l'accompagnement décrite par le demandeur ci-dessus dans la partie 1 (• est / • n'est pas) raisonnable et nécessaire.

Veillez fournir toute information supplémentaire concernant les soins que doit fournir le membre de la famille.

E. ATTESTATION

J'atteste être un professionnel de santé agréé qui traite ce patient, et que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.

Signature : _____ Date : _____