

申请人说明:

请使用此表格向带薪家事假 DC 办公室申请家事假福利。此表格用于确定您的家庭成员是否有 DC 的带薪假法律所定义的“严重健康状况”，以及您的家庭成员是否需要您的照料或陪伴。您必须填妥表格的第 1 部分，要求您提供有关您（申请人）和您的家庭成员的信息。治疗您的家庭成员的医生或授权医疗保健提供者必须填妥表格的第 2 部分。只有在您填妥此表并由您家庭成员的医生签名后，您才能完成家事假的申请流程。**请确保医疗保健提供者填妥第 2 部分的各项，否则您的申请可能被拒绝。**

您必须扫描此表格并上传至带薪家事假福利门户网站，网址为 does.pflbas.dc.gov。此表格并非福利申请。您必须在 does.pflbas.dc.gov 完成申请才有可能被考虑获得福利。

第 1 部分 (由申请人在第 2 部分之前填妥)

姓氏	名字	中间名
出生日期(月/日/年) ____ / ____ / ____		电话号码
申请人为家庭成员提供的照料的信息		
申请人将提供照料的家庭成员的姓名		
名字	姓氏	中间名
该家庭成员与申请人的关系:		
请说明将提供给家庭成员的照料或陪伴的性质。 _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> 我证明我在此表格上提供的信息是真实而完整的。		
签名: _____		日期: _____

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:

您的患者的家庭成员正在要求哥伦比亚特区的带薪家事假福利, 以便为您的患者提供照料或陪伴。填妥这张表格的目的是为了定义您的患者的家庭成员是否有资格享有带薪家事假法律规定的家事假福利。请填妥 **A 至 E** 项。答案限于患者的家庭成员申请带薪家事假福利的医疗状况。请填妥第 2 部分的各项, 否则我们会将表格返回给您, 要求您补充信息。

A. 医疗保健提供者信息				
所有栏位皆为必填, 备注则除外				
提供者姓氏		提供者名字		
邮寄地址	城市	街道	州	邮编
电话号码		电子邮件地址		
执业类型/医学专科				
许可证号码		国家提供者标识符(可选)		
B. 医疗状况资格鉴定				
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(可选)		
_____		_____		
_____ 诊断健康状况日期				
(月/日/年)				

B. 医疗状况资格鉴定(续)

勾选适用于您患者医疗状况的每项陈述。针对您勾选的每个方框, 请为该陈述提供更多信息。

- 妊娠:** 您的患者怀孕了。
预产期为_____ (年/月/日)。
- 隔夜住院治疗:** 患者在医院、临终关怀院或住宅医疗护理机构住院至少 1 夜, 以治疗这种健康状况, 入院日期如下:_____。
- 失能加治疗(填妥下面的第 1、2 和 3 项(必填)):**
1. 您的患者的健康状况导致其在一定期间持续无行为能力, 在此期间, 您的患者至少连续三 (3) 天无法工作、上学或进行其他日常生活活动, 即从_____ (年/月/日)到_____ (年/月/日)。
 2. 您的患者曾(或将)在以下日期与医疗服务人员进行面对面或远程医疗约诊, 以治疗或评估此健康状况(必填):

 3. 您的患者病情(需要/ 不需要)在医疗保健提供者监督下提供持续治疗方案(例如服用处方药、参加诊疗预约)。持续治疗方案包括:

- 慢性疾病(填妥下面的第 1、2 和 3 项(必填)):**
1. 您的患者(是/不是)慢性疾病。
 2. 您的患者(需要/不需要)每年两 (2) 次或更多次回访以治疗这种健康状况。
 3. 您(认为/不认为)患者的基础慢性疾病会无预警发作, 从而导致突然无法工作、上学或进行其他日常活动。
- 永久丧失行动能力:** 您的患者因健康状况永久或长期丧失行动能力, 需要由医疗保健提供者进行持续监督(例如老年痴呆或癌症晚期)。
- 修复性外科手术:** 在遇到事故或受伤后, 您的患者需要接受恢复性手术以恢复机能(而不是为了美观), 需要进行与该事故或受伤相关的多次治疗。
- 预防性治疗:** 您的患者需要医疗保健提供者至少进行两次治疗, 以避免不治疗导致至少丧失 3 整天行动能力的情况。
- 死产:** 您的患者在以下日期出现死产:_____ (年/月/日)。
- 以上都不是。** 您的患者状况不在上述类别中。

C. 需要休假的天数

持续无行动能力: 您的患者经历了(将经历)一段无法工作、上学或进行其他日常生活活动的时期, 开始时间为_____ (年/月/日), 结束时间为_____ (年/月/日) (如果是未来的时间, 请提供保守估计时间)。

医疗计划: 您的患者需要在以下日期(未来或过去)接受医疗计划约诊, 以治疗健康状况:

间歇性丧失行动能力: 您的患者因健康状况间歇性无法工作、上学或进行其他日常生活活动。如果已知, 这些日期是(将是):

如果未知, 您的患者基础疾病(会/ 不会)无预警发作, 从而导致突然无法工作、上学或进行其他日常生活活动。

请提供有关状况和/或治疗的任何其他信息。

D. 需要照料或陪伴

从医疗的角度, 您的患者(需要/ 不需要)申请人的照料或陪伴。

从您的医疗角度, 第 1 部分中申请人所描述的照料或陪伴性质(是 / 不)合理且必要。

请提供更多关于家庭成员提供照料的信息。

E. 证明

我证明我是一家正在治疗该患者的授权医疗保健提供者, 并且在此表格上提供的信息是真实而完整的。

签名: _____ 日期: _____