

INSTRUCTIONS POUR LE DEMANDEUR :

Utilisez ce formulaire pour déposer une demande de prestations de Congé maladie auprès du bureau des Congés familiaux rémunérés. 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 partie 1 du formulaire. Votre médecin ou professionnel de santé agréé doit remplir la partie 2 du formulaire. Vous ne pouvez terminer la procédure de demande de prestations de Congé maladie qu'une fois le formulaire rempli et signé par votre médecin. ***Veuillez vous assurer que votre 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 en ligne sur le portail 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)

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____	N° de téléphone	

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

INSTRUCTIONS POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

Votre patient(e) demande des prestations de Congés familiaux rémunérés au District of Columbia. Le présent formulaire a pour objectif de déterminer si votre patient est éligible aux prestations de Congé maladie en vertu de la loi sur le Congés familiaux rémunérés de DC. Veuillez compléter les **sections A à D**. Limitez vos réponses à l'affection ou aux affections pour laquelle/lesquelles votre patient sollicite des prestations au titre du programme des Congés familiaux rémunérés. ***Veuillez remplir toutes les sections de la partie 2, sinon il vous sera renvoyé pour obtenir plus d'informations.***

A. INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Tous les champs sont obligatoires, sauf indication contraire

Prénom du professionnel	Nom du professionnel
Adresse postale Rue	Code postal Ville État
Numéro de téléphone	Adresse e-mail
Type de cabinet / spécialisation médicale	
Numéro d'agrément d'État	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 DÉCLENCHANT LES DROITS (suite)

Cochez la case correspondant à chacune des déclarations applicables à la situation médicale de votre patient(e). **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) :

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 de la poursuite du traitement implique :

Affection chronique (compléter les numéros 1, 2 et 3 ci-dessous) :

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) une période d'incapacité continue à travailler, à aller à l'école ou à effectuer d'autres activités de la vie quotidienne du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (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 des 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.

D. ATTESTATION

Veillez fournir toute information supplémentaire concernant l'affection de votre patient ou la nécessité d'un congé.

- 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 : _____