

클레임 청구자를 위한 안내:

DC 유급 가족휴가 담당실에 병가 혜택을 신청하려면 이 양식을 이용하십시오. 이 양식은 귀하가 DC 유급 가족휴가 법에 정의된 ‘심각한 건강 상태’(serious health condition)에 해당되는지 여부를 판단하는 데 이용됩니다. 귀하는 양식의 파트 1을 작성해야 합니다. 귀하의 의사나 인가된 의료 서비스 제공자가 양식의 파트 2를 작성해야 합니다. 이 양식을 작성하고 귀하의 담당의사가 서명한 후에만 병가 혜택을 받기 위한 신청 절차를 완료할 수 있습니다. **귀하의 의료 서비스 제공자가 양식의 파트 2에 있는 모든 항목을 작성했는지 확인하십시오.**

그렇지 않으면 청구가 거절될 수 있습니다.

이 양식은 스캔 후 does.pflbas.dc.gov에서 제공하는 온라인 유급 가족휴가 혜택 포털에 제출해야 합니다. 이 양식은 혜택 신청서가 아닙니다. 혜택을 받으려면 does.pflbas.dc.gov에서 신청서를 작성해야 합니다.

파트 1 (클레임 청구자가 작성)		
성	이름	가운데 이름
생년월일 (월월/일일/년년년년)	전화번호	
____/____/____	_____	

파트 2 (인가된 의료 서비스 제공자가 작성)

의료 서비스 제공자를 위한 안내

귀하의 환자가 컬럼비아 특별 자치구에 유급 가족휴가 혜택을 요청하고 있습니다. 본 양식의 목적은 귀하의 환자가 DC 유급 가족휴가 법에 따라 병가 혜택을 받을 자격이 있는지를 판단하기 위한 것입니다. **항목 A에서 D까지 작성하십시오.** 귀하의 환자가 신청하려는 유급 가족휴가 혜택을 위한 의학적 상태로만 답변을 국한하십시오. **파트 2의 모든 항목을 작성해 주십시오. 그렇지 않으면 자세한 정보를 위해 귀하에게 반송됩니다.**

A. 의료 서비스 제공자에 관한 정보	
표시가 된 곳을 제외하고 모든 항목 작성은 필수입니다	
의료 서비스 제공자 이름 의료 서비스 제공자 성	
우편 주소	거리 우편번호 시 주
전화번호	이메일 주소
병원 유형/의학 전문분야	
주 인가번호	NPI(전국 공급자 식별자) (선택사항)
B. 유자격 의학적 상태	
진단명 또는 건강 상태의 증상 설명	
건강 상태에 대한 주 ICD-10 코드	부차적인 ICD-10 코드 (선택사항)
_____	_____
_____ 건강 상태를 진단한 날짜 (월월/일일/년년년년)	

B. 유자격 의학적 상태(계속)

환자의 의학적 상태에 해당되는 각 진술문의 옆 네모 칸에 체크 표시합니다. **체크 표시한 각 항목에 해당 진술에 필요한 추가 정보를 입력합니다.**

임신: 환자의 상태는 임신입니다.
출산 예정일은 _____ (월월/일일/년년년년)입니다.

야간 입원 치료: 귀하의 환자는 다음 날짜에 해당 건강 상태를 치료하기 위해 최소한 1박 이상의 기간 동안 병원, 호스피스 또는 상주 치료 시설에서 입원 치료를 받았습니다: _____.

정상 생활 불능 상태 + 치료(아래 1, 2, 3번을 작성하십시오):

1. 귀하의 환자는 해당 건강 상태로 인해 _____ (월월/일일/년년년년)에서 _____ (월월/일일/년년년년)까지 최소 3일 연속으로 근무, 등교 또는 기타 일상 활동 수행이 불가하여 정상 생활을 하지 못했습니다.
2. 귀하의 환자는 다음 날짜에 이 건강 상태를 치료하거나 진단하기 위해 의료 서비스 제공자와 대면 또는 원격 진료 예약을 했습니다(또는 할 예정입니다):
3. 귀하의 환자 상태로 인해 의료 서비스 제공자의 감독하에 지속적인 치료 요법(예: 처방 약 복용, 치료 예약 참석)이 (처방되었습니다/ 처방되지 않았습니다). 지속적인 치료 요법에는 다음 사항이 포함됩니다:

만성 질환(아래 1, 2, 3번을 작성하십시오):

1. 귀하의 환자 상태는 만성 건강 질환(입니다/ 이 아닙니다).
2. 귀하의 환자는 해당 건강 상태를 치료하기 위해 연간 두(2) 번 이상의 진찰이 필요(합니다/ 하지 않습니다).
3. 귀하는 귀하의 환자가 예기치 않은 기저 만성질환 증세의 발현으로 일시적으로 근무를 못 하거나, 등교하지 못하거나 일상적인 기타 활동을 하지 못할 것으로 (예상합니다/ 예상하지 않습니다).

영구적인 정상 생활 불능 상태: 귀하의 환자는 건강 상태로 인해 영구적이거나 장기적인 정상 생활 불능 상태를 겪고 있으며 의료 서비스 제공자의 지속적인 감독이 필요합니다(예: 알츠하이머병 또는 말기 암).

복원 수술: 귀하의 환자는 사고 또는 상해 후 신체 기능(미용 아님) 재건을 위한 수술이 필요하며, 동일 사고 또는 상해와 관련하여 복합적인 치료가 필요합니다.

예방 치료: 귀하의 환자는 치료를 받지 않으면 최소 3일 동안 정상 생활이 불가능해지는 상황을 예방하기 위해 최소 2일 동안 의료 서비스 제공자의 치료가 필요합니다.

사산: 귀하의 환자는 다음 날짜에 사산을 겪었습니다: _____ (월월/일일/년년년년).

해당 사항 없음. 환자의 상태는 위의 범주 중 어느 것에도 속하지 않습니다.

C. 필요한 휴가 기간

지속적인 정상 생활 불능 상태: 귀하의 환자는 _____ (월월/일일/년년년년)부터 _____ (월월/일일/년년년년)까지 근무, 등교 또는 기타 일상적인 활동을 하지 못했거나 못할 것입니다(향후일 경우, 최선의 예상 기간을 기재하십시오).

계획된 의학적 치료: 귀하의 환자는 다음 날짜(향후 또는 과거)에 해당 건강 상태를 치료하기 위해 계획된 진료 예약이 필요합니다:

간헐적 정상 생활 불능 상태: 귀하의 환자는 해당 건강 상태로 인해 간헐적으로 근무, 등교 또는 기타 일상적인 활동을 하지 못했거나 못할 것입니다. 알고 있는 경우, 해당 날짜는 다음과 같습니다:

알 수 없는 경우, 귀하의 환자는 예기치 않은 기저 만성질환 증세의 발현 또는 악화로 일시적으로 근무를 못하거나, 등교하지 못하거나 일상적인 기타 활동을 하지 못할 것으로 (예상됩니다/ 예상되지 않습니다).

D. 보증

환자의 상태 또는 휴가 필요성에 대한 추가 정보를 제공해 주십시오.

본인은 이 환자를 치료하는 인가된 의료 서비스 제공자이며 본 양식에서 제공한 정보가 사실이고 완전한 것임을 증명합니다.

서명: _____ 날짜: _____