

申请人说明:

请使用此表格向带薪家事假 DC 办事处申请病假福利。此表格用于确认您是否有 DC 带薪家事假法律定义的“严重的健康问题”。您必须填妥此表格的第 1 部分。您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医生签名后,您才能完成病假福利的申请流程。**请确保您的医疗保健提供者填妥表格的整个第 2 部分,否则您的申请可能被拒绝。**

您必须使用带薪家事假福利门户网站在线提交本表格,网址为 [does.pflbas.dc.gov](https://does.pflbas.dc.gov)。此表格并非福利申请。您必须在 [does.pflbas.dc.gov](https://does.pflbas.dc.gov) 完成申请才有可能被考虑获得福利。

第 1 部分(由申请人填妥)	
姓氏	名字 中间名
出生日期(月/日/年) ____/____/____	电话号码

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:

您的患者是从哥伦比亚特区申请这项带薪家事假福利的。填妥这张表格的目的是为了定义您的患者是否有资格享有 DC 带薪家事假法律规定的病假福利。请填妥 **A 至 D 项**。答案限于患者申请带薪家事假福利的医疗状况。**填妥表格的整个第 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 街道	城市 州 邮编
电话号码	电子邮件地址
执业类型/医学专科	
州许可证号	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) _____
_____(月/日/年) 诊断健康状况日期	

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。	
<input type="checkbox"/>	<b>妊娠:</b> 您的患者怀孕了。 预产期为_____ (月/日/年)。
<input type="checkbox"/>	<b>隔夜住院治疗:</b> 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:_____。
<input type="checkbox"/>	<b>失能加治疗(填妥下面的第 1、2 和 3 项):</b> 1. 您的患者的健康状况导致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_____ (月/日/年) 到_____ (月/日/年)。  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 (必需):  _____  _____  3. 您的患者病情 ( <input type="checkbox"/> 需要 / <input type="checkbox"/> 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:  _____
<input type="checkbox"/>	<b>慢性疾病(填妥下面的第 1、2 和 3 项):</b> 1. 您的患者 ( <input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 不是) 慢性疾病。 2. 您的患者 ( <input type="checkbox"/> 需要 / <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 认为 / <input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/>	<b>永久丧失行动能力:</b> 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)。
<input type="checkbox"/>	<b>修复性外科手术:</b> 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。
<input type="checkbox"/>	<b>预防性治疗:</b> 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。
<input type="checkbox"/>	<b>死产:</b> 您的患者在以下日期出现死产:_____ (月/日/年)。
<input type="checkbox"/>	<b>以上都不是。</b> 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\_\_\_\_\_ (月/日/年), 结束时间为\_\_\_\_\_ (月/日/年) (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:

\_\_\_\_\_

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活动。

### D. 证明

请提供更多有关患者状况或休假需求的信息。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_