

클레임 청구자를 위한 안내:

이 양식을 사용하여 출산 휴가 수당을 신청하십시오. 이 양식은 귀하의 임신으로 인한 혜택 자격을 확인하는 데 사용됩니다. 귀하의 양식의 파트 1을 작성해야 합니다. 귀하의 의사나 인가된 의료 서비스 제공자가 양식의 파트 2를 작성해야 합니다.

중요 참고: 유급 출산휴가는 임신과 관련된 의료 관리를 받기 위한 것입니다. 유급 가족휴가 법에 따르면 출산일 전에 집에 머무르거나 제한적 근무를 하는 등의 기타 이유에 대해서는 유급 출산휴가를 제공하지 않습니다. 담당 의사가 임신으로 인해 지속적인 기간 동안 일을 자제하라고 말하는 경우, 담당 의사는 일정 기간 동안 ‘침상 안정’을 취해야 한다고 언급해야 합니다.

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. 이 양식의 목적은 귀하 환자의 임신 진단을 확인하여 환자의 혜택 적격성을 확인하는 것입니다. A~D 항목을 작성하십시오.

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. 환자의 임신에 대한 정보			
환자의 임신 여부를 검사하여 처음 확인한 날짜는 언제입니까? _____ (월월/일일/년년년년)			
환자의 임신에 대한 치료(있을 경우)를 처음 제공한 날짜는 언제였습니까? _____ (월월/일일/년년년년)			
환자의 출산 예정일은 언제입니까? _____ (월월/일일/년년년년)			

C. 필요한 휴가 기간

귀하의 환자의 산전 의료 관리에 해당되는 각 진술문의 옆 네모 칸에 체크 표시합니다.

임신 검진 예약: 귀하의 환자는 다음 날짜(들)에 임신 검진 예약을 위해 진료를 받았거나 받을 예정입니다.
_____ (월월/일일/년년년년)

전문의 예약: 귀하의 환자는 다음 날짜(들)에 임신과 관련하여 정기 또는 전문 검사 또는 치료를 받았거나 필요로 합니다.
_____ (월월/일일/년년년년)

진단 예약: 귀하의 환자는 다음 날짜(들)에 배아 또는 태아의 건강 또는 안위에 대한 의료 정보(예: 양수천자, 초음파 또는 혈액 검사)를 제공하기 위해 진단 검진을 받았습니다.
_____ (월월/일일/년년년년)

임신 합병증에 대한 치료: 귀하의 환자는 다음 날짜(들)에 치료를 받았거나 필요로 하는 임신 합병증을 겪고 있습니다.
_____ (월월/일일/년년년년)

고위험 임신에 대한 치료: 귀하의 환자의 임신은 '고위험'으로 간주되며 다음 날짜(들)에 전문의 치료 또는 진단을 받았거나 필요로 합니다.
_____ (월월/일일/년년년년)

침상 안정(연속 휴가를 신청하는 경우 이 네모 칸에 체크 표시해야 합니다): 귀하의 환자는 _____ (월월/일일/년년년년)부터 _____ (월월/일일/년년년년)까지 침상 안정을 해야 합니다.

물리치료: 귀하의 환자는 다음 날짜(들)에 임신의 증상을 치료하거나 임신과 관련된 신체적 불편을 완화하기 위해 물리 치료를 받았거나 필요로 합니다.
_____ (월월/일일/년년년년)

해당 사항 없음. 위의 진술 중 어느 것도 귀하의 환자의 임신 상태를 기술하고 있지 않습니다.

D. 보증

귀하의 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: _____