

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO NGƯỜI YÊU CẦU CHI TRẢ QUYỀN LỢI:

Sử dụng mẫu này để nộp yêu cầu chi trả quyền lợi Nghỉ phép Thai kỳ. Mẫu này được sử dụng để xác minh việc mang thai của quý vị và sự hội đủ điều kiện nhận quyền lợi. Quý vị phải hoàn thành phần 1 của mẫu này. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế được cấp phép của quý vị phải hoàn thành phần 2.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Việc Nghỉ phép Thai kỳ Được Hưởng lương là để quý vị nhận được sự chăm sóc y tế liên quan đến thai kỳ của mình. Luật Nghỉ phép Chăm sóc Gia đình Được Hưởng lương không cho phép sử dụng Nghỉ phép Thai Kỳ Được Hưởng lương cho các lý do khác như ở nhà hoặc bị hạn chế làm việc trước ngày sinh dự kiến của quý vị. Nếu bác sĩ của quý vị nói rằng quý vị phải tránh làm việc trong một khoảng thời gian liên tục do mang thai, bác sĩ của quý vị phải nói rằng quý vị cần phải “nghỉ ngơi trên giường” trong một khoảng thời gian.

Quý vị phải gửi trực tuyến mẫu này qua cổng thông tin về quyền lợi Nghỉ Phép Chăm Sóc Gia Đình Được Hưởng Lương của DC tại địa chỉ does.pflbas.dc.gov. Mẫu này không phải là đơn xin trợ cấp. Quý vị phải hoàn thành đơn xin trợ cấp trên trang does.pflbas.dc.gov để được xem xét nhận quyền lợi.

PHẦN 1 (Do người yêu cầu chi trả quyền lợi hoàn thành)

Họ	Tên	Tên đệm
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) ____/____/____	Số điện thoại	

PHẦN 2 (Do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoàn thành)

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE:

Bệnh nhân của quý vị đang yêu cầu District of Columbia chi trả quyền lợi Nghỉ phép Chăm sóc Gia đình Được Hưởng lương. Mục đích của mẫu này là xác định sự hội đủ điều kiện nhận quyền lợi của bệnh nhân bằng cách xác minh chẩn đoán thai kỳ của bệnh nhân của quý vị. Vui lòng hoàn thành các phần từ Phần A đến Phần D.

A. THÔNG TIN VỀ NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE				
<i>Quý vị phải điền vào tất cả các mục, trừ trường hợp có ghi chú</i>				
Tên gọi của Nhà cung cấp		Tên họ của Nhà cung cấp		
Địa chỉ gửi thư	Đường phố	Mã zip	Thành phố	Tiểu bang
Số điện thoại	Địa chỉ email			
Loại hành nghề/Chuyên khoa y tế				
Số giấy phép do tiểu bang cấp	Mã số Nhà Cung cấp Quốc gia (Không bắt buộc)			
B. THÔNG TIN VỀ THAI KỲ CỦA BỆNH NHÂN CỦA QUÝ VỊ				
Ngày đầu tiên quý vị xác nhận bằng cách kiểm tra sự tồn tại của thai kỳ của bệnh nhân này là ngày nào? _____ (NGÀY/THÁNG/NĂM)				
Ngày đầu tiên quý vị thực hiện chăm sóc thai kỳ của bệnh nhân này, nếu có, là ngày nào? _____ (NGÀY/THÁNG/NĂM)				
Ngày dự sinh của bệnh nhân là ngày nào? _____ (NGÀY/THÁNG/NĂM)				

C. THỜI GIAN NGHỈ CẦN THIẾT

Đánh dấu vào ô cho mỗi câu phù hợp với tình trạng chăm sóc y tế thai kỳ của bệnh nhân của quý vị.

- Các Cuộc hẹn Khám Kiểm tra Thai kỳ:** Bệnh nhân của quý vị đã hoặc sẽ được thăm khám vào (các) ngày sau đây cho các cuộc hẹn khám kiểm tra thai kỳ:

_____ (ngày/tháng/năm)

- Hẹn khám với Bác sĩ Chuyên khoa:** Bệnh nhân của quý vị đã hoặc sẽ yêu cầu khám định kỳ hoặc chuyên khoa hoặc điều trị liên quan đến thai kỳ vào (các) ngày sau:

_____ (ngày/tháng/năm)

- Hẹn khám Chẩn đoán:** Bệnh nhân của quý vị đã tham dự (các) cuộc hẹn khám chẩn đoán để cung cấp thông tin y tế về sức khỏe hoặc tình trạng của phôi thai hoặc thai nhi (ví dụ: chọc ối, siêu âm hoặc xét nghiệm máu) vào (các) ngày sau:

_____ (ngày/tháng/năm)

- Điều trị Biến chứng Thai kỳ:** Bệnh nhân của quý vị đang gặp phải các biến chứng thai kỳ đã hoặc sẽ cần điều trị vào (các) ngày sau:

_____ (ngày/tháng/năm)

- Điều trị Thai kỳ Nguy cơ Cao:** Thai kỳ của bệnh nhân được coi là “nguy cơ cao” và đã hoặc sẽ cần điều trị chuyên khoa hoặc đánh giá vào (các) ngày sau:

_____ (ngày/tháng/năm)

- Nghỉ ngơi tại giường** (Phải đánh dấu vào ô này nếu xin nghỉ liên tục): Bệnh nhân của quý vị được yêu cầu nghỉ ngơi tại giường vì lý do y tế trong khoảng thời gian sau: _____ (ngày/tháng/năm) đến _____ (ngày/tháng/năm).

- Vật lý Trị liệu:** Bệnh nhân của quý vị đã hoặc sẽ cần tiến hành vật lý trị liệu để điều trị các triệu chứng hoặc để giảm bớt sự khó chịu về thể chất liên quan đến thai kỳ vào (những) ngày sau đây:

_____ (ngày/tháng/năm)

- Không trường hợp nào trong số trên.** Không câu nào ở trên mô tả tình trạng thai kỳ của bệnh nhân.

D. XÁC NHẬN

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin bổ sung nào về tình trạng hoặc thời gian nghỉ phép cần thiết của bệnh nhân.

- Tôi xác nhận rằng tôi là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép đang điều trị cho bệnh nhân này và các thông tin do tôi cung cấp trong giấy này là đúng và đầy đủ.

Chữ ký: _____ Ngày: _____