

申请人说明:

请使用此表格申请产前假福利。此表格用于核实您的妊娠情况和福利资格。您必须填妥此表格的第 1 部分。您的医生或持执照的医疗保健提供者必须填妥第 2 部分。

重要提示: 带薪产前假是为了让您接受与妊娠相关的医疗护理。带薪家事假法不会出于其他原因提供带薪产前假, 例如在预产期前留在家里或受到工作限制。如果您的医生说, 由于妊娠, 您必须在连续一段时间内避免工作, 那么您的医生必须说您需要“卧床休息”一段时间。

您必须扫描此表格并上传至带薪家事假福利门户网站, 网址为 does.pflbas.dc.gov。此表格并非福利申请。您必须在 does.pflbas.dc.gov 完成申请才有可能被考虑获得福利。

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。本表格的目的是通过核实您的患者的妊娠诊断, 来确定您的患者是否有资格获得福利。请填写 A 至 D 部分。

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		全国提供者标识符(可选)	
B. 有关患者妊娠的信息			
您第一次通过检查确认患者妊娠的日期是什么时候?			

(月/日/年)			
您首次为怀孕患者提供治疗的日期是什么时候(如适用)?			

(月/日/年)			
患者的预产期是哪天?			

(月/日/年)			

C. 需要休假的天数

勾选适用于您患者产前医疗护理的每项陈述。

- 产前检查预约:**您的患者已在或将在以下日期进行妊娠检查预约的见面:
_____ (月/日/年)
- 专科医生预约:**您的患者曾或将需要在下列日期进行与妊娠相关的常规或专业检查或治疗:
_____ (月/日/年)
- 诊断预约:**您的患者在以下日期参加了诊断预约, 以提供有关胚胎或胎儿健康或福祉的医疗信息(例如, 羊膜穿刺术、超声波或血液检查):
_____ (月/日/年)
- 妊娠并发症的治疗:**您的患者正在经历妊娠并发症, 曾需要或将需要在以下日期进行治疗:
_____ (月/日/年)
- 高风险妊娠的治疗:**您的患者的妊娠被认为是“高风险”, 并且需要或将需要在以下日期进行专科治疗或评估:
_____ (月/日/年)
- 卧床休息**(如果申请连续休假, 则必须勾选此框):根据医学要求, 您的患者在以下时间段内必须卧床休息: _____ (月/日/年)至 _____ (月/日/年)。
- 物理疗法:**您的患者曾需要或将需要在以下日期进行物理治疗, 来治疗妊娠症状或缓解怀孕相关的身体不适:
_____ (月/日/年)
- 以上都不是。**以上陈述均未描述您患者的妊娠情况。

D. 证明

请提供更多有关患者状况或其休假需求的信息。

- 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: _____