

클레임 청구자를 위한 안내

DC 유급 가족휴가 담당실에 병가 혜택을 제출하려면 이 양식을 이용하십시오. 이 양식은 귀하가 DC 유급 가족휴가 법에 정의된 “심각한 건강 상태”(serious health condition)를 가지고 있는지 여부를 판단하는데 이용됩니다. 귀하는 양식의 섹션 1을 작성해야 합니다. 귀하의 의사나 인가된 의료 서비스 제공자가 양식의 섹션 2를 작성해야 합니다. 이 양식을 작성하고 귀하의 담당의사가 서명한 후에만 병가 혜택을 받기 위한 제출 절차를 완료할 수 있습니다. **does.pflbas.dc.gov**에서 이용 가능한 온라인 유급 가족휴가 혜택 포털을 이용할 때, 제출 절차의 적절한 단계에서 이 양식을 업로드하도록 시스템이 요청할 것입니다.

섹션 1 (클레임 청구자가 작성)		
성	이름	가운데 이름
생년월일 (월월/일일/년년년년) ____/____/____	사회보장번호 또는 개인 납세자 번호(ITIN)	

섹션 2 (인가된 의료 서비스 제공자가 작성)

의료 서비스 제공자를 위한 안내

귀하의 환자가 콜롬비아 특별구에 유급 가족휴가 혜택을 요청하고 있습니다. 본 양식의 목적은 귀하의 환자가 DC 유급 가족휴가 법에 따라 병가 혜택을 받을 자격이 있는지를 판단하기 위한 것입니다. 아래의 몇가지 질문에 ‘예’ 또는 ‘아니요’로 응답해 주시고, 해당 시, 날짜를 적어 주십시오. 혜택의 자격 여부는 특정 상황에 따라 다릅니다. 모든 질문에 “예”라고 응답한다고 클레임 청구자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다.

A. 의료 서비스 제공자에 관한 정보				
표시가 된 곳을 제외하고 모든 필드는 필수입니다				
성	이름		가운데 이름	
우편주소	거리	시	주	ZIP 코드
전화번호		이메일 주소		
병원 유형/의학 전문분야				
주 인가번호		NPI(National Provider Identifier) (선택사항)		
B. 클레임 청구자의 건강 상태에 관한 정보				
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)		예 아니요 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 임신입니까? _____ ‘예’인 경우, 출산 예정일은 언제입니까? (월월/일일/년년년년)		
예 아니요 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 귀하의 환자가 해당 건강 상태로 인해 일을 하거나, 학교에 가거나, 일상적인 기타 활동을 할 수 없거나/없었거나 건강 상태에 대한 치료를 받아야 하거나/했다고 믿습니까?				
예 아니요 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 건강 상태로부터 회복이 예상되는 (또는 실제) 날짜가 있습니까? _____ ‘예’인 경우, 건강 상태로부터 회복이 예상되는 (또는 실제) 날짜는 언제입니까? (월월/일일/년년년년) ‘아니요’인 경우, 회복될 것으로 예상하지 않습니까? 아니면 회복될 것으로 예상되나 날짜를 모릅니까? <input type="checkbox"/> 회복되지 않을 것으로 예상 <input type="checkbox"/> 회복이 예상 되나 날짜를 모름				
예 아니요 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. 귀하의 환자가 건강 상태를 치료하기 위해 최소한 1박 이상의 기간 동안 병원, 호스피스 또는 상주 치료 시설에 입원해야 했습니까? _____ ‘예’인 경우, 입원 치료 날짜는 언제였습니까? _____				

예 아니요

5. 해당 건강 상태로 인해 귀하의 환자가 최소 3일 연속으로 정상 생활을 하지 못했습니까?

‘예’인 경우, 해당 건강 상태로 인해 정상 생활이 불가능했던 날짜나 이 건강 상태에 대한 치료를 받아야 했던 날짜는 언제였습니까/언제입니까?

예 아니요

6. 귀하의 환자는 이 상태에 대한 후속 치료 약속이 필요했습니까/필요합니까?

‘예’인 경우, 현재의 치료 일정은 무엇입니까?

예 아니요

7. 이 건강 상태는 만성입니까?

예 아니요

‘예’인 경우, 귀하의 환자가 해당 상태가 예측 불가능하게 발현하여 종종 근무를 못하거나, 학교에 등교하지 못하거나 일상적인 기타 활동을 하지 못할 것으로 예상합니까?

예 아니요

8. 귀하의 환자는 건강 상태를 치료하기 위해 연간 2번 이상의 정기적인 진찰을 받아야 합니까?

‘예’인 경우, 있는 경우 현재 예정된 치료 날짜는 언제입니까?

예 아니요

9. 치료를 받지 않는 경우, 이 상태로 인해 최소한 연속적인 3일 내내 계속해서 정상 생활이 불가능하거나 사망 할 수 있다고 예측합니까?

예 아니요

10. 귀하의 환자가 사고나 기타 상해로 인한 기능상의 능력을 회복하기 위한 수술이 필요합니까?

‘예’인 경우, 현재 예정된 수술 날짜는 언제입니까?

귀하의 환자의 진단 또는 상태에 관한 일체의 추가 정보를 추가하십시오. (선택 사항)

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

서명: _____

날짜: _____