

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

Sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu chi trả các quyền lợi Nghỉ ốm cho Văn phòng phụ trách Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương của DC. Sử dụng biểu mẫu này để xác định xem bạn có mắc một “bệnh trạng nghiêm trọng” theo định nghĩa của luật về Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương hay không. Bạn phải hoàn thành phần thứ nhất của biểu mẫu này. Bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc y tế được cấp phép của bạn phải hoàn thành phần thứ hai của biểu mẫu này. Bạn chỉ có thể hoàn thành quá trình gửi hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi Nghỉ ốm sau khi biểu mẫu này được bác sĩ của bạn hoàn thành và ký xác nhận. Sử dụng cổng thông tin trực tuyến về quyền lợi Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương tại địa chỉ does.pflbas.dc.gov, hệ thống sẽ nhắc bạn tải lên biểu mẫu này ở nơi thích hợp trong quá trình gửi hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi.

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

Họ	Tên	Tên đệm
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) ____ / ____ / _____	Mã số An sinh Xã hội hoặc Mã số Thuế Cá nhân (ITIN)	

MỤC 2 (Do chuyên viên chăm sóc y tế được cấp phép hoàn thành)

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC Y TẾ:

Bệnh nhân của bạn đang yêu cầu DC chi trả quyền lợi Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương. Mục đích của biểu mẫu này là để xác định xem bệnh nhân của bạn có đủ điều kiện hưởng các quyền lợi Nghỉ ốm theo luật Nghỉ phép Chăm sóc thành viên gia đình Có hưởng lương của DC hay không. Một số câu hỏi dưới đây yêu cầu phải trả lời có hoặc không, kèm theo ngày, nếu áp dụng. Điều kiện được hưởng quyền lợi phụ thuộc vào một số tình huống. Trả lời “Có” với mọi câu hỏi không đồng nghĩa người yêu cầu chi trả quyền lợi đủ điều kiện được hưởng quyền lợi.

A. THÔNG TIN VỀ CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC Y TẾ

Toàn bộ các trường đều là trường bắt buộc, trừ trường hợp có ghi chú

Họ _____ Tên _____ Tên đệm _____

Địa chỉ bưu điện _____ Tên phố _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____

Số Điện thoại _____ Địa chỉ Email _____

Loại hình Thực hành nghề nghiệp / Chuyên môn Y tế _____

Số Giấy phép của Tiểu bang _____ Mã nhận diện Chuyên viên chăm sóc y tế Quốc gia (Tùy chọn) _____

B. THÔNG TIN VỀ BỆNH TRẠNG CỦA NGƯỜI YÊU CẦU CHI TRẢ

Tên bệnh được chẩn đoán hoặc báo cáo các triệu chứng của bệnh trạng _____

Mã ICD-10 Chính của Bệnh trạng _____

Mã ICD-10 Phụ (Tùy chọn) _____

_____/_____/_____
(THÁNG/NGÀY/NĂM) Ngày chẩn đoán bệnh trạng

Có Không

1. Có phải bệnh trạng là đang mang thai không?

_____/_____/_____
(THÁNG/NGÀY/NĂM) Nếu có, ngày sinh dự kiến?

Có Không

2. Bạn có tin rằng bệnh nhân của bạn đang hoặc đã bị mất khả năng làm việc, đi học hay thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác do bệnh trạng hoặc để được điều trị bệnh trạng không?

Có Không

3. Có ngày khỏi bệnh dự kiến (hoặc thực tế) không?

_____/_____/_____
(THÁNG/NGÀY/NĂM)

Nếu có, ngày khỏi bệnh dự kiến (hoặc thực tế) là ngày nào?

Nếu không, không có dự kiến sẽ khỏi bệnh hoặc có dự kiến sẽ khỏi bệnh nhưng không rõ ngày nào?

Không có dự kiến

Có dự kiến nhưng không rõ ngày nào

Có Không

4. Bệnh nhân của bạn có cần chăm sóc nội trú tại bệnh viện, nhà tế bần hoặc cơ sở chăm sóc y tế tại nhà trong thời gian tối thiểu một đêm để điều trị bệnh trạng hay không?

Nếu có, ngày chăm sóc nội trú là ngày nào?

Có Không

5. Bệnh trạng này có khiến bệnh nhân của bạn bị mất khả năng liên tục trong thời gian tối thiểu ba (3) ngày liên tục hay không?

Nếu có, bệnh trạng này đã khiến bệnh nhân bị mất khả năng hoặc phải được điều trị trong những ngày nào?

Có Không

6. Bệnh nhân của bạn có hoặc sẽ cần các lịch hẹn thăm khám điều trị theo dõi cho bệnh trạng này không?

Nếu có, lịch điều trị hiện tại là như thế nào?

Có Không

7. Bệnh trạng này có phải là một bệnh trạng mạn tính không?

Có Không

Nếu có, bạn có dự tính rằng bệnh nhân sẽ phải trải qua các giai đoạn bệnh nặng không lường trước được dẫn đến việc định kỳ mất khả năng đi làm, đi học hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày khác không?

Có Không

8. Bệnh nhân của bạn có cần hai (2) hay nhiều buổi thăm khám định kỳ hàng năm để điều trị bệnh trạng không?

Nếu có, ngày dự kiến điều trị hiện tại là ngày nào, nếu có?

Có Không

9. Trong trường hợp không được điều trị, bạn có dự tính rằng bệnh trạng này sẽ khiến bệnh nhân bị mất khả năng liên tục trong thời gian tối thiểu ba (3) ngày liên tục hoặc bị tử vong không?

Có Không

10. Bệnh nhân của bạn có cần phẫu thuật để khôi phục chức năng do tai nạn hoặc thương tích khác không?

Nếu có, ngày dự kiến phẫu thuật hiện tại là ngày nào?

Vui lòng bổ sung bất kỳ thông tin nào khác về kết quả chẩn đoán hoặc bệnh trạng của bệnh nhân. (Tùy chọn)

Tôi xác nhận rằng tôi là chuyên viên chăm sóc y tế được cấp phép đang điều trị cho bệnh nhân này và các thông tin do tôi cung cấp trong biểu mẫu này là đúng và hoàn chỉnh.

Chữ ký: _____ Ngày: _____