

# 如何申请带薪家事假

以照顾患有严重疾病的家庭成员



Paid Family Leave



## 在申请前

- ☒ 查看休带薪家事假的资格要求。(详情查阅下一页或访问 [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://PaidFamilyLeave.ny.gov))
- ☒ 计划好您的休假。可以一次用完休假,也可分多次来休,但必须以一整天为增量来休。
- ☒ 如果是可预见的情况,请至少在休假开始前 **30 天**通知您的雇主;如果不可预见,则必须尽快通知雇主。

## 完整填写您的表格并按要求附上所需文件

### 完整填写《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1)

- ☐ 填好您应填的部分,自留一份副本,然后将表格交给您的雇主,让雇主填写部分 B。
- ☐ 您的雇主必须在三个工作日内将表格 PFL-1 返还给您。如有延迟,您不必等待,可直接继续下一步。将您填好的表格 PFL-1 连同申请包里的其他材料一起直接寄给保险公司。

### 完整填写《根据带薪家事假相关法律公布个人健康信息授权书》(表格 PFL-3)

- ☐ 您的家庭成员(被照顾者)要完整填写表格 PFL-3,然后将这份表格提交到医疗服务提供者处,归档保存。  
这份表格会授权医疗服务提供者,可将关于您家庭成员患有的严重疾病的信息,披露给您和您雇主的保险公司。  
不要将这份表格发给保险公司。

### 完整填写《医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4)

- ☐ 填好您应填的部分,自留一份副本,然后将表格交给您家庭成员的医疗服务提供者。
- ☐ 让这名提供者完整填写表格上应由其填写的部分后及时将表格返还给您。

## 提交到您雇主的保险公司

您必须在开始休假后 **30 天内**提交完整的申请包,以避免丧失福利。

自己应保留一份所有表格和文件的副本,留作记录。

将表格 PFL-1 和表格 PFL-4 邮寄或传真到您雇主的保险公司。

如需查明您的雇主的保险公司是哪一家,您可以:

- 查看您工作场所张贴的带薪家事假公示。
- 询问您的雇主。
- 使用 [wcb.ny.gov](https://wcb.ny.gov) 上的雇主保险搜索程序来查找您的雇主的带薪家事假保险公司。

如果您无法找到您的雇主的保险公司,请拨打带薪家事假帮助热线获得帮助: **(844) 337-6303**

(星期一至星期五早 8:30 至下午 4:30 均有人接听。)

请不要将您的申请包提交到 NYS Workers' Compensation Board。

将表格提交到保险公司是您的责任。您的雇主无须承担这个责任。

## 重要须知

大多数情况下, 这家保险公司必须在收到您完整提交的申请或您休假的第一天(取两个日期中较晚的一个)后 **18 天** 内, 支付或拒绝支付福利。不可仅因为您的雇主没有在三个工作日内填写好表格 **PFL-1 的部分 B** 而认为您的申请不完整。

如果这家保险公司拒绝或未能按时支付您的福利, 或者您有任何其他与索赔相关的争议, 您可要求复审这家保险公司的行为。请访问 [nyspfla.com](https://nyspfla.com), 了解更多信息。

关于雇主有歧视或报复行为的投诉, 应通过召开听证会, 由工人赔偿法法官来解决。如果您认为您的雇主因为您休或要求休带薪家事假而歧视或报复您, 请访问 [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://PaidFamilyLeave.ny.gov) 或致电 **(844) 337-6303**。



## 资格

- 您可休具有工作保障的带薪假, 来照顾患有严重疾病的家庭成员, 这使您可以在亲人需要您的时候陪在他们身边。这可包括提供:
  - 必要的身体护理
  - 情感支持
  - 探望
  - 在治疗上提供帮助
  - 接送服务
  - 安排护理方面的变动
  - 帮忙做必要的日常生活事情
  - 个人日常护理服务
- 您可休假照顾与您有以下关系的家庭成员:
  - 配偶
  - 同居伴侣
  - 子女/继子女
  - 父母/继父母
  - 法律意义上的父母
  - 祖父母
  - 孙子女
- 在纽约州为私营雇主工作的大多数员工都在带薪家事假的保障范围内。
  - **全职员工:** 如果您在有保险的雇主那里每周的常规工作时间至少为 20 个小时, 您将在为雇主连续工作了 26 周后有休假资格。
  - **兼职员工:** 如果您在有保险的雇主那里每周的常规工作时间不到 20 个小时, 您将在为雇主工作了 175 天(这些工作天数无需保持连续)后有休假资格。
- 对于非工会代表的公职人员, 如果他们的雇主自愿加入并提供这项福利, 他们则会有这个保障。对于工会代表的公职人员, 仅可在通过集体谈判商定了这个福利后, 才会有这个保障。
- 员工的休假资格不受国籍/或移民身份的影响。
- 如果您认为自己有资格, 则可申请带薪家事假。然后, 保险公司会就其做出决定。
- 如果您有关于资格规则的问题, 请拨打 PFL 帮助热线: **(844) 337-6303**。

**请谨记:** 将表格提交到保险公司是您的责任。您的雇主无须承担这个责任。



**Paid Family  
Leave**

## 带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）说明

- 要申请带薪家事休假，员工必须填写 **带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）** 的 A 部分。表中所有项目都要填写，除非注明为选填项。然后，员工将表格交给雇主来填写 B 部分。
- 雇主在 3 天内填写 **带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）** 的 B 部分，并返还给员工。
- 根据所申请的休假类型，可能需要填写其他表格。带薪家事休假的员工负责填写这些表格。
- 员工将填好的 **带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）** 和所需的其他表格提交给 **带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）B 部分** 列出的雇主的 PFL 保险公司。  
员工应保留所提交的全部表格副本，以作记录。

### A 部分 - 员工信息（由员工填写）

申请带薪家事休假的员工必须填写所有必填信息。

#### 带薪家事休假（PFL）申请（由员工填写）

**第 12 题：**子女是指亲生子女、领养或抚养的子女、继子女、法定监护对象、同居伴侣或处于父母地位的员工的子女。父母是指亲生父母、抚养或领养父母、配偶的父母、继父母、法定监护人或员工年幼时处于员工父母地位的其他人。

**第 13 题：**如果日期为“连续的”，员工必须提供申请带薪家事休假的起止日期。此处的日期应为带薪家事休假的实际起止日期。如果尚不确定，就预估起止日期，并注明“日期为预估”。如果日期为“间歇的”，请输入实际要休假的 PFL 日期。请尽可能提供具体说明。如果日期不确定或为预估，注明“日期为预估”。

如果日期为预估，PFL 保险公司可能会要求您在完成带薪家事休假之后提交理赔证明。理赔款项在获批之后将尽快支付，无论在任何情况下，自申请完成之日起，理赔时间都不能超过 18 天。

**第 14 题：**如果员工向雇主提交 PFL 申请的时间距休假起始日少于 30 天，员工必须解释未能提前 30 天提交申请的原因。如果原因在表格中提供的空白处无法尽述，输入“见附件”，并添加附件来解释原因。请务必在附件顶部标注员工的全名及出生日期。

#### 员工信息（由员工填写）

**第 16 题：**根据员工的记忆，尽量准确地输入录用日期。如果自录用日期至今已超过一年，只需输入录用年份。

**第 18 题：**输入平均周薪总额的最佳估计值。在计算过程中，仅考虑从本申请表中列出的雇主处获得的工资。**周薪总额是指每周收入的总和，包括加班费、小费、奖金和佣金（在雇主扣除任何费用之前，例如联邦税和州税）。**如果雇主无法提供这些信息，员工可以按以下方法计算周薪总额：

**步骤 1：**将带薪家事休假之前八周的所有工资总额（在扣除任何费用之前）加在一起，包括加班费和小费。（参考步骤 3 关于计算奖金和/或佣金的说明。）

**步骤 2：**将步骤 1 计算的工资总额除以 8（如果周数小于 8，除以实际周数），得出平均周薪。

**步骤 3：**如果员工在带薪家事休假之前的 52 周内收到奖金和/或佣金，将按比例得出的每周数额加到平均周薪金额上。要确定对应比例的每周金额，将之前 52 周的所有奖金或佣金加在一起，然后除以 52。

周薪总额计算示例：

第 1 周 - 包括加班费的总工资	\$550
第 2 周 - 总工资	\$500
第 3 周 - 总工资	\$500
第 4 周 - 总工资	\$500
第 5 周 - 总工资	\$500
第 6 周 - 总工资	\$500
第 7 周 - 包括加班费的总工资	\$600
第 8 周 - 包括加班费的总工资	\$550
总额 =	\$4,200
除以 8	÷ 8
平均周薪 =	\$525
之前 52 周的奖金	\$2,600
除以 52	÷ 52
按比例每周奖金 =	\$50

表格 PFL-1C 说明接下页



**A 部分 - 员工信息 (由员工填写) - 接上页****表格 PFL-1C 说明接上页**

平均周薪	\$525
按比例每周奖金	+ \$50
<b>平均周薪 (包括奖金) =</b>	<b>\$575</b>

请注意, 在带薪家事休假申请 (表格 PFL-1C) 的 B 部分中, 雇主也会按要求提供这些信息。

**如果您要预先提交表格:** 要注明员工是否为预先提交带薪家事休假申请。预先提交是指在符合条件的事件即将发生之前提交申请, 其中某些必填信息缺失, 因为在提交时这些信息未知。如果保险公司或提供自我保险的雇主允许预先提交操作, 缺失的信息必须在确定之后尽快提供。在提供所有必填信息之前, 将无法确定可享受的保险福利。

PFL 保险公司或提供自我保险的雇主将在 5 天内向员工提供一份通知, 其中包括: 1) 声明索赔主张有待确定; 2) 确认哪些信息缺失; 3) 说明如何提交缺失信息。**所有信息提供后, PFL 保险公司或提供自我保险的雇主有 18 天的时间来支付或拒绝索赔款项。**

如果保险公司或提供自我保险的雇主不允许预先提交, 其必须在 5 天内将带薪家事休假申请返还给员工, 并解释说明, 应在所有信息齐全时重新提交索赔申请。

**员工签名并注明日期, 然后将该表格交给雇主来填写 B 部分。**

**B 部分 - 雇主信息 (由雇主填写)**

**申请带薪家事休假的员工的雇主必须填写 B 部分的所有信息。**

**第 2 题:** 如果有适用于联邦雇主税号 (FEIN) 的社会安全号码, 请输入社会安全号码。

**第 3 题:** 输入雇主的标准产业分类 (SIC) 编码。如果您不知道自己的 SIC 编码, 请联系保险公司。

**第 8 题:** 员工的职业代码可在这里查找:

[www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)

**第 9 题:** 输入带薪家事休假起始日期前 8 周内该员工的工资。总金额是指该员工的周薪总额, 包括该周的任何加班费和小费, 以及前 52 周收到的任何奖金或佣金按比例每周得到的金额。(要了解详细步骤, 请从第一页说明的第 18 题开始。) 把收到的总金额加在一起, 计算平均周薪, 然后除以 8 (如果周数小于 8, 除以实际周数)。

**确认员工申请带薪家事休假的资格:** 每周通常工作 20 小时或以上的员工受雇时间必须至少为连续 26 周。每周通常工作时间不到 20 小时的员工受雇时间必须超过 175 天。

**第 10 题:** 如果在要求保险公司报销处未选择“是”, 将会导致放弃报销的权利。

**第 11a 题:** “伤残病假”指的是纽约州法定的伤残病假类别。如果回答是“无”, 在问题 12b 中的总周数和天数处输入“0”。

**问题 11b:** 在任意 52 周内, 纽约州法定伤残病假和带薪家事休假不得超过 26 周。应具体说明在之前的 52 周内, 纽约州法定伤残病假和带薪家事休假的总周数, 如果休假时间包含不满一周的时间, 还要说明附加天数。

**第 13 – 15 题:** 输入 PFL 保险公司或伤残病假/PFL 保险公司的名称、地址和 PFL 保单号。如果雇主提供自我保险, 输入需要提交处理带薪家事休假的单位机构的名称和地址。

**雇主在 3 个工作日内签名并注明日期, 然后将该表格返还给申请带薪家事休假的员工。**

**请务必按照所申请的带薪家事休假类型, 完成相应的其他额外带薪家事休假表格。**

根据《纽约个人隐私保护法》(New York Personal Privacy Protection Law) [《纽约公职人员法》(Public Officers Law) 第 6-A 条] 和《1974 年联邦隐私法》(Federal Privacy Act of 1974) (5 USC 552a) 下达的通知。

工伤赔偿局要求员工提供个人信息 (包括社会安全号码或税务登记号码) 的权力来自工伤赔偿局依照《工伤赔偿法》(Workers' Compensation Law, WCL) 第 142 条享有的调查权。收集此信息的目的是协助工伤赔偿局以尽可能方便的方式调查和管理索赔申请, 并帮助其保留准确记录。向工伤赔偿局提供您的社会安全号码或税务识别号码属自愿行为。工伤赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性, 只会在促进其执行公务并遵守适用州法和联邦法律的情况下披露此类信息。



A 部分 - 员工信息 (由员工填写)

1. 员工的合法姓名 (姓氏、中间名缩写、名字)

2. 工作时使用的其他姓名 (如有)

3. 员工的邮寄地址

街道地址

城市、州

邮政编码

国家 (若非美国)

4. 员工的社会安全号码或税务登记号码

□□□ - □□ - □□□□□

5. 员工的出生日期 (月/日/年年年年)

□□ / □□ / □□□□

6. 员工的主要电话号码

( □□□ ) □□□ - □□□□□

7. 员工在带薪家事休假期间的电子邮箱 (如有)

8. 员工性别

☐ 男 ☐ 女 ☐ 未指定/其他

9. 员工的惯用语言

☐ 英语 ☐ 西班牙语 ☐ 俄语 ☐ 波兰语  
☐ 中文 ☐ 意大利语 ☐ 海地语 ☐ 韩语  
☐ 其他

选填 (用于研究目的)

10. 员工的民族/种族

仅用于健康方面的人口统计。(美国疾病控制及预防中心 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 代码集, 版本 1.0。)

员工的祖籍是否为拉丁美洲或西班牙? (可选多个类别。)

- ☐ 墨西哥人  
☐ 墨西哥裔美国人  
☐ 齐卡诺人  
☐ 波多黎各人  
☐ 多米尼加人  
☐ 古巴人  
☐ 其他拉丁美洲或西班牙祖籍  
☐ 非拉丁美洲或西班牙祖籍  
☐ 未知

员工属于哪个种族?

(可选多个类别。)

- ☐ 美国印第安人或阿拉斯加原住民  
☐ 黑人或非裔美国人  
☐ 印度人  
☐ 中国人  
☐ 菲律宾人  
☐ 日本人  
☐ 韩国人  
☐ 越南人  
☐ 其他亚洲种族  
☐ 白种人  
☐ 夏威夷原住民  
☐ 关岛人或查莫罗人  
☐ 萨摩亚人  
☐ 其他太平洋岛民  
☐ 其他种族

带薪家事休假 (PFL) 申请 (由员工填写)

11. 申请带薪家事休假的原因: ☐ 与子女有关 ☐ 照顾家庭成员 ☐ 服役相关

12. 该家庭成员是员工的:

☐ 子女 ☐ 配偶 ☐ 同居伴侣 ☐ 父母 ☐ 配偶的父母 ☐ 祖父母 ☐ 孙辈

表格 PFL-1C 接下页



## 由员工填写

员工的姓名（姓氏、中间名缩写、名字）

员工的出生日期（月月/日日/年年年年）

 /  / 

## A 部分 - 员工信息（由员工填写）- 接上页

## 表格 PFL-1C - 接上页

## 13. 带薪家事休假为连续还是间歇的？

☐ 连续

休假起始时间（月月/日日/年年年年）

 /  / 

休假结束时间（月月/日日/年年年年）

 /  / 
☐ 日期为预估☐ 间歇

标注间歇休假的日期：

☐ 日期为预估

## 14. 如果提前通知雇主的时间少于 30 天，请解释原因：

## 员工信息（由员工填写）

## 15. 企业名称

## 16. 员工的出生日期（月月/日日/年年年年）

 /  / 

## 17. 员工的工作地点

街道地址

城市，州

邮政编码

国家（若非美国）

## 18. 员工的平均年薪（该数据将要求雇主和员工双方分别提供）

19. 雇主的联系电话号码（调查申请的相关情况）（） - 20a. 员工的雇主数量是否超过 1 家？ ☐ 是 ☐ 否20b. 如果是，员工是否从其他雇主处申请带薪家事休假？ ☐ 是 ☐ 否21. 员工目前是否在领取工伤赔偿薪酬损失补贴？ ☐ 是 ☐ 否

公开声明：员工享受 PFL 福利的相关信息，例如领取的款项和休假类型，均会提供给雇主。

## 声明和签字

任何人如出于欺诈任何保险公司或他人的意图提出保险申请或请求书，当中存在意在误导他人的任何重大虚假信息或隐瞒行为以及任何事实材料的相关信息，做出骗取保险行为即构成犯罪，每犯一次将处以不超过 5000 美元外加索赔规定价值的民事罚款。

本人在此依照纽约州工伤赔偿法申请带薪家事休假。本人签字确认，本人保证本记录中提供的所有信息属实。

员工签名

签字日期（月月/日日/年年年年）

 /  / 
☐ 本人提前提交本表格（参见关于预先提交的说明）。本人明白，保险公司将会联系我，提供如何提交缺失信息的建议。

## 由员工填写

员工的姓名 (姓氏、中间名缩写、名字)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

 /  / 

## B 部分 - 雇主信息 (由雇主填写)

## 1. 企业的法定全称和通信地址

企业名称

通信地址

城市, 州

邮政编码

国家 (若非美国)

## 2. 雇主 FEIN

 - 

## 3. 输入雇主的标准产业分类 (SIC) 编码

## 4. 带薪家事休假事务的雇主联系人

## 5. 雇主的联系电话号码

 (  )  - 

## 6. 雇主的联系电子邮箱

## 7. 员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

 /  / 
8. 员工的职业代码可在这里查找: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)
 - 

## 9. 输入该员工至少 8 周的总工资, 并计算平均周薪

周	该周结束日期 (月月/日日/年年年年)	已工作天数	已支付总额
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
计算得出的平均周薪:			

## 10. 如果员工已收到或在 PFL 期间将会收到全额工资, 雇主是否会申请报销?

☐ 是 ☐ 否

表格 PFL-1C 接下页

## 由员工填写

员工的姓名（姓氏、中间名缩写、名字）

员工的出生日期（月月/日日/年年年年）

			/				/				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

## B 部分 - 雇主信息（由雇主填写）- 接上页

## 表格 PFL-1C - 接上页

11a. 在之前 52 周内，员工因以下原因休过假：☐ 纽约州伤残病假 ☐ 带薪家事休假 ☐ 伤残病假和带薪家事休假 ☐ 未休假

11b. 输入过去 52 周内，因伤残病假和带薪家事休假的总周数和天数：

伤残病假：	周	请提供伤残病假的具体日期：
	天	

带薪家事休假：	周	请提供带薪家事休假的具体日期：
	天	

12. 员工是否在享受带薪家事休假的同时还用了家庭医疗休假 (FMLA)? ☐ 是 ☐ 否

13. PFL 保险公司的名称与通信地址

PFL 保险公司的名称

通信地址

城市，州

邮政编码

国家（若非美国）

14. PFL 保险公司的电话号码（   ）    -    

15. PFL 保单号

## 声明和签字

☐ 我确认该员工每周经常工作 20 小时以上，并且已受雇至少连续 26 周，或每周工作时间不到 20 小时，已受雇至少 175 天。

任何人如出于欺诈任何保险公司或他人的意图提出保险申请或请求书，当中存在意在误导他人的任何重大虚假信息或隐瞒行为以及任何事实材料的相关信息，做出骗取保险行为即构成犯罪，每犯一次将处以不超过 5000 美元外加索赔规定价值的民事罚款。

我是 PFL 申请人的雇主的授权签字人。经我的签名确认，据本人所知所信，本人提供的所有信息属实。

雇主授权签名

签字日期（月月/日日/年年年年）

			/				/				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

职位



## 根据带薪家事休假相关法律公布个人健康信息授权书（表格 PFL-3C）说明

- 如果员工为了照顾患有严重疾病的家庭成员而申请带薪家事休假，被照顾者或其授权代表必须填写并向医疗服务提供者提交根据带薪家事休假相关法律公布个人健康信息授权书（表格 PFL-3C），以及一份医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）的副本。
- 根据带薪家事休假相关法律公布个人健康信息授权书（表格 PFL-3C）的目的是允许医疗服务提供者填写医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C），并提供给寻求带薪家事休假福利的员工。
- 在填写与签字前，被照顾者必须阅读（表格 PFL-3C）的完整内容。
- 申请带薪家事休假的员工将带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）和医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）提交给雇主的 PFL 保险公司，如果雇主提供自我保险，则交给雇主，以确定带薪家事休假福利。

**注意事项：**本表格由医疗服务提供者保留。在交给医疗服务提供者前，员工应保留副本，以作记录。

**被照顾者或授权代表签字、填写日期。**

**本表格与医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）一起交给被照顾者的医疗服务提供者。**

**患有严重疾病的家庭成员的医疗服务提供者公布个人健康信息授权书（由被照顾者或其授权代表填写，并与表格 PFL-4C 一起交给被照顾者的医疗服务提供者）**

员工应在每页的顶部输入姓名、被照顾者（患者）的姓名和出生日期。

表格顶部申请的 PFL 保险公司名称应与带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）B 部分第 13 行的保险公司名称一致。

**被照顾者或授权代表必须注明所有适用的必填信息。**

如果被照顾者无法填写本表格，授权代表必须附上一份医疗护理委托书或授权书的副本，以允许其代表被照顾者签字。除非授权代表是一名家长，要代表孩子签字，否则医疗服务提供者会要求提供这种授权文件。

根据《纽约个人隐私保护法》(New York Personal Privacy Protection Law) [《纽约公职人员法》(Public Officers Law) 第 6-A 条] 和《1974 年联邦隐私法》(Federal Privacy Act of 1974) (5 USC 552a) 下达的通知。

工伤赔偿局要求员工提供个人信息（包括社会安全号码或税务登记号码）的权力来自工伤赔偿局依照《工伤赔偿法》(Workers' Compensation Law, WCL) 第 142 条享有的调查权。收集此信息的目的是协助工伤赔偿局以尽可能方便的方式调查和管理索赔申请，并帮助其保留准确记录。向工伤赔偿局提供您的社会安全号码或税务识别号码属自愿行为。工伤赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性，只会在促进其执行公务并遵守适用州法和联邦法律的情况下披露此类信息。



**由员工填写**

员工的姓名（姓氏、中间名缩写、名字）

被照顾者（患者）的姓名（姓氏、中间名缩写、名字）

被照顾者的出生日期（月/日/年）

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**患有严重疾病的家庭成员的医疗服务提供者公布个人健康信息授权书（由被照顾者或其授权代表填写，并与表格 PFL-4C 一起交给被照顾者的医疗服务提供者）**

本人	被照顾者（患者）的姓名	授权本表格中列出的任何一家医疗服务提供者
向	员工姓名	及雇主的 PFL 保险公司
	PFL 保险公司的名称	公布我的个人健康信息。

**要公布的记录：**本表格允许列出的医疗服务提供者包含附件医疗证明中您的医疗记录的信息。本表格允许您的医疗服务提供者仅公布与您当前身体状况有关的医疗记录信息，以符合员工申请带薪家事休假的要求。

**可撤销公布的周期：**本授权将在一年后终止，或者在您撤销授权后终止。您可以随时取消本次授权。要取消本次授权，请发函至授权表中所列的医疗服务提供者。

除非您特别允许，否则本表格并不允许您的医疗服务提供者公布以下类型的信息。在您的医疗服务提供者可以公布的信息前面打“X”：

☐ 艾滋病相关信息 ☐ 精神健康信息 ☐ 戒酒/戒毒 ☐ 心理治疗记录

**医疗服务提供者的信息（由被照顾者或授权代表填写）**

指出目前为您提供疾病治疗（该疾病与员工申请带薪家事休假福利相关）的医疗服务提供者。

**1. 医疗服务提供者的名称**

**2. 医疗服务提供者的通信地址**

通信地址

城市，州

邮政编码

国家（若非美国）

**3. 医疗服务提供者的联系电话（提供区号或国家代码）**

表格 PFL-3C 接下页



## 由员工填写

员工的姓名（姓氏、中间名缩写、名字）

被照顾者（患者）的姓名（姓氏、中间名缩写、名字）

被照顾者的出生日期（月月/日日/年年年年）

□□	/	□□	/	□□	□□	□□	□□
----	---	----	---	----	----	----	----

患有严重疾病的家庭成员的医疗服务提供者发布个人健康信息授权书（由被照顾者或授权代表填写，并与表格 PFL-4C 一起交给被照顾者的医疗服务提供者）- 接上页

## 表格 PFL-3C 接上页

## 医疗服务提供者的信息（由被照顾者或授权代表填写）

## 4. 患者的通信地址

通信地址

城市，州

邮政编码

国家（若非美国）

## 5. 患者的社会安全号码

□□□	-	□□	-	□□□□
-----	---	----	---	------

## 6. 患者的联系电话（提供区号或国家代码）

## 请仔细阅读并在下方签名

本人在此请求列出的医疗服务提供者向 PFL-4C 表格上提到的员工提供一份完整的医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）。本人明白，此处公布的信息包含对我当前病情的诊断和预测，治疗开始日期以及由于我当前的病情，申请带薪家事休假的员工为照顾我而产生的估计工作量。

患者签字

签字日期（月月/日日/年年年年）

□□	/	□□	/	□□	□□	□□	□□
----	---	----	---	----	----	----	----

## 授权代表

正楷姓名

本人

经授权代表患者行使：

☐ 父母权利   ☐ 授权书（附上副本）   ☐ 法庭命令（附上副本）   ☐ 医疗授权书（附上副本）

授权代表签字

签字日期（月月/日日/年年年年）

□□	/	□□	/	□□	□□	□□	□□
----	---	----	---	----	----	----	----

员工应保留副本，以作记录。

## 医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）说明

如果员工为了照顾患有严重疾病的家庭成员而申请带薪家事休假，必须提交 *医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）* 以及 *带薪家事休假申请（表格 PFL-1C）*。

### 员工：

- 员工应在第 1 页顶部输入姓名、出生日期、工作时使用的其他姓氏（如有）、社会安全号码或税务登记号码、通信地址和被照顾者（患者）的姓名与出生日期。
- 员工应在第 2 页顶部输入姓名、被照顾者（患者）的姓名和出生日期。
- 员工将 *医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）* 交给医疗服务提供者。

### 医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（由被照顾者（患者）的医疗服务提供者填写后交还给上述员工）

**患者的医疗服务提供者必须填写所有适用的必填信息，除非注明为选填项。**

**患者信息/患有严重健康疾病的家庭成员（由被照顾者（患者）的医疗服务提供者填写后交还给上述员工）**

**第 2 题：** 建议提供备选的 ICD-10 代码。

患者的医疗服务提供者必须填写 *医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）* 的患者信息和医疗服务提供者信息部分。

**医疗服务提供者签字、填写日期，然后将表格交还给申请带薪家事休假的员工。**

**如果您认为患者受到申请带薪家事休假的员工的虐待或忽视，您可以拒绝提供本证明。**

### 员工：

- 收到医疗服务提供者的 *医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明（表格 PFL-4C）* 后，将填好的表格和辅助材料寄给保险公司。

根据《纽约个人隐私保护法》(New York Personal Privacy Protection Law) [《纽约公职人员法》(Public Officers Law) 第 6-A 条] 和《1974 年联邦隐私法》(Federal Privacy Act of 1974) (5 USC 552a) 下达的通知。

工伤赔偿局要求员工提供个人信息（包括社会安全号码或税务登记号码）的权力来自工伤赔偿局依照《工伤赔偿法》(Workers' Compensation Law, WCL) 第 142 条享有的调查权。收集此信息的目的是协助工伤赔偿局以尽可能方便的方式调查和管理索赔申请，并帮助其保留准确记录。向工伤赔偿局提供您的社会安全号码或税务识别号码属自愿行为。工伤赔偿局将会保护其持有的所有个人信息的机密性，只会在促进其执行公务并遵守适用州法和联邦法律的情况下披露此类信息。



由员工填写

员工的姓名 (姓氏、中间名缩写、名字)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

/   /

工作时使用的其他姓氏 (如有)

员工的社会安全号码或税务登记号码

-   -

员工通信地址

通信地址

城市, 州

邮政编码

国家 (若非美国)

被照顾者 (患者) 的姓名 (姓氏、中间名缩写、名字)

被照顾者的出生日期 (月月/日日/年年年年)

/   /

医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明 (由被照顾者 (患者) 的医疗服务提供者填写后交还给上述员工)

患者信息/患有严重健康疾病的家庭成员 (由被照顾者 (患者) 的医疗服务提供者填写后交还给上述员工)

1. 患者需要申请带薪家事休假的员工的照顾吗?

☐ 是 ☐ 否 (如选“否”, 跳到“医疗服务提供者”部分)

注意: 对于本节而言, “提供照顾”可能包括必要的身体照顾、情感支持、探视、辅助治疗、交通、准备改变治疗方案、日常生活必要事务的帮助以及个人助理服务。

2. 主要 ICD-10 代码 (选填)

3. 病情预测

4. 患者疾病起始日期 (月月/日日/年年年年)

/   /

5. 患者需要照顾的起始日期 (月月/日日/年年年年)

/   /

6. 预计患者不再需要照顾的日期 (月月/日日/年年年年)

/   /

7. 预计患者每周或每月需要照顾的天数

天/周

或

天/月

医疗服务提供者信息 (由被照顾者 (患者) 的医疗服务提供者填写后交还给上述员工)

8. 医疗服务提供者的名称

表格 PFL-4C 接上页





## 由员工填写

员工的姓名 (姓氏、中间名缩写、名字)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

被照顾者 (患者) 的姓名 (姓氏、中间名缩写、名字)

被照顾者的出生日期 (月月/日日/年年年年)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

医疗服务提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明 (由被照顾者 (患者) 的医疗服务提供者填写后交还给上述员工)  
- 接上页

## 表格 PFL-4C 接上页

## 9. 医疗服务提供者类型:

<input type="checkbox"/> 医生 (MD)	<input type="checkbox"/> 牙医 (DDS/DDM)	<input type="checkbox"/> 执业社工 (LMSW/LCSW)
<input type="checkbox"/> 骨科医生 (DO)	<input type="checkbox"/> 助理医师 (PA)	<input type="checkbox"/> 其他 (请注明)
<input type="checkbox"/> 足科医生 (DPM)	<input type="checkbox"/> 执业护士 (NP)	
<input type="checkbox"/> 整脊医生 (DC)	<input type="checkbox"/> 执业心理医师	

## 10. 医疗服务提供者的通信地址

通信地址

城市, 州

邮政编码

国家 (若非美国)

## 11. 医疗服务提供者的联系电话 (提供区号或国家代码)

## 12. 医疗服务提供者的传真号码 (提供区号或国家代码)

## 13. 医疗服务提供者的电子邮箱 (如有)

## 14. 医疗服务提供者从业执照允许执业的州或国家 (若非美国)

## 15. 专长

## 16. 医疗服务提供者的执照号码

## 证明与签字

任何人如出于欺诈任何保险公司或他人的意图提出保险申请或请求书, 当中存在意在误导他人的任何重大虚假信息或隐瞒行为以及任何事实材料的相关信息, 做出骗取保险行为即构成犯罪, 每犯一次将处以不超过 5000 美元外加索赔规定价值的民事罚款。

本人的签字证明本人在本表格中提供的信息是基于本人执业范围内作出的专业评估。

医疗服务提供者的签名

签字日期 (月月/日日/年年年年)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--