

심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위해 유급 가족 휴가를 요청하는 방법



Paid Family Leave



신청하기 전에

- ☒ 유급 가족 휴가에 대한 자격 요건을 확인하세요. (다음 페이지를 참조하거나 PaidFamilyLeave.ny.gov을 방문하세요)
- ☒ 휴가를 계획하세요. 한꺼번에 혹은 띄엄띄엄 휴가를 가질 수 있지만 하루 단위로 해야 합니다.
- ☒ 예상할 수 있는 경우 휴가 시작일로부터 최소 30일 이전에 고용주에게 알려야 하며, 그렇지 못한 경우에는 최대한 빨리 고용주에게 알려야 합니다.

양식을 작성하고 필요한 문서를 첨부하세요

유급 가족 휴가 요청서 (양식 PFL-1)을 작성하세요

- ☐ 해당하는 항목을 작성하고, 사본을 만든 다음, 고용주에게 보내서 파트 B를 작성하게 합니다.
- ☐ 고용주는 양식 PFL-1을 영업일 기준 3일 내에 신청자에게 돌려줘야 합니다. 지연될 경우, 기다릴 필요가 없습니다. 나머지 신청 패키지와 함께, 작성한 양식 PFL-1을 직접 보험회사에 보내세요.

유급 가족 휴가에 따른 개인 건강 정보 공개 (양식 PFL-3)을 작성하세요

- ☐ 신청자의 가족 구성원(돌봄 대상자)이 양식 PFL-3을 작성하여 파일 보관을 위해 의료 서비스 제공자에게 제출합니다.
이 양식은 의료 서비스 제공자가 가족 구성원의 심각한 건강 질환에 관한 정보를 신청자와 고용주의 보험회사에 공개할 수 있도록 허락합니다.
이 양식을 보험회사에 보내지 마세요.

심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자의 증명 (양식 PFL-4)을 작성하세요

- ☐ 해당하는 항목을 작성하고, 사본을 만든 다음, 이 양식을 가족 구성원의 의료 서비스 제공자에게 보냅니다.
- ☐ 의료 서비스 제공자에게 적절한 시일 내에 해당 항목을 작성하여 신청자에게 돌려주도록 요청하세요.

고용주의 보험회사에 보내세요

혜택을 상실하지 않으려면 작성한 요청 패키지를 휴가 시작일로부터 30일 내에 제출해야 합니다.

기록을 위해 모든 양식과 문서의 사본을 보관하세요.

양식 PFL-1 및 양식 PFL-4를 고용주의 보험회사에 우편이나 팩스로 보내세요.

고용주의 보험회사를 알아내는 방법:

- 근무지에서 유급 가족 휴가 포스터를 찾아 보세요.
- 고용주에게 물어 보세요.
- 웹사이트(wcb.ny.gov)에서 고용주 커버리지 검색 애플리케이션을 이용해 고용주의 유급 가족 휴가 보험회사를 찾으세요.

고용주의 보험회사를 찾을 수 없는 경우, 유급 가족 휴가 헬프라인에 (844) 337-6303 번으로 전화해 도움을 요청하세요(월요일-금요일, 오전 8시 30분-오후 4시 30분)

요청 패키지를 NYS Workers' Compensation Board에 보내지 마세요.

양식을 보험회사에 제출하는 것은 신청자의 책임입니다. 고용주의 책임이 아닙니다.

알고 계셔야 할 중요한 정보

대부분의 경우, 보험회사는 작성한 요청을 접수한 날과 휴가의 첫 날 중 더 나중에 도래하는 날로부터 18일 내에 혜택을 지불하거나 거부해야 합니다. 단지 고용주가 양식 PFL-1의 파트 B를 영업일 기준 3일 내에 작성하지 않았다는 이유로 근로자의 요청이 불완전한 것으로 간주될 수 없습니다.

보험회사가 신청자의 혜택을 거부하거나 제때 지불하지 않거나, 또는 청구 관련 다른 분쟁이 있는 경우, 신청자는 보험회사의 조치를 검토하도록 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 nyspfla.com에서 확인할 수 있습니다.

고용주의 차별이나 보복에 대한 민원은 청문회 후에 Workers' Compensation Board 법률 심판관이 결정합니다. 유급 가족 휴가를 이용하거나 요청하는 것을 이유로 고용주가 신청자를 차별하거나 보복했다고 생각하는 경우, PaidFamilyLeave.ny.gov를 방문하거나 (844) 337-6303번으로 연락하세요.



자격

- 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위해 일자리가 보장되는 유급 가족 휴가를 이용하여 곤경에 처한 사랑하는 가족을 도울 수 있습니다. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다.
 - 필요한 물리적 돌봄
 - 정서적 지원
 - 방문
 - 치료 보조
 - 교통
 - 진료 변경 주선
 - 필요한 일상 생활 보조
 - 개인 수행원 서비스
- 돌보기 위해 휴가를 이용할 수 있는 가족 구성원 대상:
 - 배우자
 - 배우자의 부모
 - 동거인
 - 조부모
 - 자녀/의붓자녀
 - 손자손녀
 - 부모/의붓부모
- 뉴욕주에서 민간 기업에 고용된 대다수의 직원은 유급 가족 휴가의 수혜 대상입니다.
 - 정규 직원: 해당 고용주를 위해 정기적으로 주당 20시간 이상을 근무하는 사람은 직장에서 연속 26주 동안 근무하는 경우 자격이 됩니다.
 - 파트타임 직원: 해당 고용주를 위해 정기적으로 주당 20시간 미만으로 근무하는 사람은 직장에서 175일을 근무한 경우 자격이 됩니다(연속적 근무일 필요는 없음).
- 고용주가 자발적으로 혜택을 제공하기로 선택한 경우, 비노조 공무원은 혜택을 받을 수 있습니다. 노조가 대변하는 공무원의 경우에는 단체교섭을 통해 혜택이 협상된 경우에만 혜택을 받을 수 있습니다.
- 시민권이나 이민 신분은 근로자의 자격 요건이 아닙니다.
- 자격이 된다고 생각하는 경우, 유급 가족 휴가를 신청하면 보험회사가 결정하게 됩니다.
- 자격 규정에 대한 질문이 있는 경우, PFL 헬프라인에 (844) 337-6303번으로 전화하세요.

명심해야 할 사항: 양식을 보험회사에 제출하는 것은 신청자의 책임입니다. 고용주의 책임이 아닙니다.



Paid Family Leave

유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K) 작성 지침

- PFL을 요청하려면, PFL 신청 직원이 **유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K)**의 파트 A를 작성해야 합니다. 선택 사항을 제외하고 양식의 모든 항목은 필수 입력 항목입니다. 그다음 파트 B 작성을 위해 직원은 양식을 고용주에게 제출합니다.
- 고용주는 **유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K)**의 파트 B를 작성하고 3일 이내에 직원에게 돌려줍니다.
- 신청하는 휴가의 유형에 따라 추가 양식이 필요할 수 있습니다. 이러한 양식은 휴가를 신청하는 직원이 작성해야 합니다.
- 직원은 작성된 **유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K)**를 필요한 추가 양식과 함께 **유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K)**의 파트 B에 나와 있는 고용주의 PFL 보험사에 제출합니다. 직원은 제출된 각 양식의 사본을 기록을 위해 보관해야 합니다.

파트 A - 직원 정보(직원이 작성)

PFL 신청 직원이 모든 필수 정보를 작성해야 합니다.

유급 가족 휴가(PFL) 신청서(직원이 작성)

질문 12: 자녀는 친자녀, 입양 또는 위탁 자녀, 의붓아들, 의붓딸, 법적 피보호자, 동거인의 아들 또는 딸, 또는 직원이 부모 대리권을 가진 대상인 사람으로 정의됩니다. 부모는 생물학적 부모, 입양 또는 위탁 부모, 시부모, 장인, 장모, 의붓부모, 법적 보호자 또는 직원이 아들이었을 때 부모 대리권이 있었던 다른 사람으로 정의됩니다.

질문 13: "연속된" 날짜일 경우, 직원은 신청하는 PFL의 시작일과 종료일을 기재해야 합니다. 이러한 날짜는 PFL의 실제 시작일과 종료일이어야 합니다. 확실하지 않을 경우, 대략적인 시작일과 종료일을 기재하고 "대략적인 날짜"라고 명시하십시오. 날짜가 "주기적일" 경우, 해당 PFL 날짜를 기재하십시오. 가능한 한 구체적으로 기재해 주십시오. 날짜를 모르거나 예상할 수 없을 경우, "대략적인 날짜"로 명시하십시오.

날짜가 대략적일 경우, PFL 처리 보험사는 직원에게 유급 가족 휴가 **이후** 지불 신청서를 제출하라고 요구할 수 있습니다. 승인된 신청에 대한 지불은 가능한 한 신속히 이루어지며 어떠한 경우에도 완료된 신청일로부터 18일을 넘기지 않습니다.

질문 14: 직원이 PFL 신청서를 유급 가족 휴가 시작 전 30일 이내에 통지하여 고용주에게 제출할 경우, 직원은 30일 전에 미리 통지할 수 없는 이유를 설명해야 합니다. 양식에 있는 공간이 해당 설명을 기재하기에 충분하지 않을 경우, "첨부서 참조"를 기재하고 첨부서를 추가하십시오. 직원의 설명과 생년월일을 첨부서 상단에 반드시 기재하십시오.

고용 정보(직원이 작성)

질문 16: 고용 날짜를 직원이 기억하는 한 가장 정확하게 기재하십시오. 고용 날짜로부터 기간이 1년 이상 지났을 경우, 고용 연도만 기재하셔도 됩니다.

질문 18: 주급 평균 총액을 가능한 한 정확히 추정해 기재하십시오. 이 신청서 양식에 기재된 고용주로부터 받은 급여만 기재하십시오. **주급 평균 총액은 초과 근무 수당, 팁, 보너스 및 수수료를 포함하며** 고용주가 연방 및 주 세금 등을 공제하기 전의 주급 평균 총액입니다. 고용주가 이 정보를 제공할 수 없을 경우, 직원은 주급 평균 총액을 다음과 같은 방법으로 계산할 수 있습니다.

1단계: 유급 가족 휴가가 시작되기 전의 마지막 8주 동안 받은 급여 총액(공제 전)을 초과 근무 수당 및 팁을 포함해 더하십시오. (보너스 및/또는 수수료 계산 지침은 3단계를 참조하십시오).

2단계: 1단계에서 계산한 급여 총액을 8로 나누어(근로 주 수가 8주 미만인 경우 해당 근로 주 수로 나눔) 평균 주급을 계산하십시오.

3단계: 유급 가족 휴가가 시작되기 전 52주 동안 직원이 보너스 및/또는 커미션을 받은 경우, 비례 배분한 주급여를 평균 주급여에 더하십시오. 비례 배분한 주급여를 계산하려면, 이전의 52주 동안 받은 모든 보너스/커미션을 더하고 52로 나누십시오.

주급 총액 계산의 예:

주 1 - 초과 근무 수당을 포함한 급여 총액	\$550
주 2 - 급여 총액	\$500
주 3 - 급여 총액	\$500
주 4 - 급여 총액	\$500
주 5 - 급여 총액	\$500
주 6 - 급여 총액	\$500
주 7 - 초과 근무 수당을 포함한 급여 총액	\$600
주 8 - 초과 근무 수당을 포함한 급여 총액	\$550
합계 =	\$4,200
8로 나누기	÷ 8
평균 주급 =	\$525
지난 52주 동안 받은 보너스	\$2,600
52로 나누기	÷ 52
비례 배분한 주간 보너스 =	\$50

양식 PFL-1K 작성 지침 다음 페이지에서 계속

파트 A - 직원 정보(직원이 작성) - 이전 페이지에 이어 계속

양식 PFL-1K 작성 지침 이전 페이지에 이어 계속

평균 주급	\$525
비례 배분한 주간 보너스	+ \$50
평균 주급(보너스 포함) =	\$575

고용주가 이 정보를 **유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K)**의 파트 B에도 기재해야 함을 염두에 두십시오.

양식을 사전에 제출하는 경우: 직원이 PFL 신청서를 사전에 제출한다고 명시하십시오. 사전 제출은 신청서를 사유 발생 전에 미리 제출하는 것을 말하며 이 경우 제출 당시 입수하지 못한 정보로 인해 특정한 필수 정보가 누락될 수 있습니다. 보험사 또는 자가보험 고용주가 사전 제출을 허용할 경우, 누락 정보는 입수하는 대로 제공해야 합니다. 해당 필수 정보가 모두 제공될 때까지는 혜택이 결정될 수 없습니다.

직원은 이 양식에 서명하고 날짜를 기재한 다음 고용주에게 제출해 파트 B를 작성하도록 해야 합니다.

PFL 보험사 또는 자가보험 고용주는 1) 청구가 대기 중임을 알리고, 2) 어떤 정보가 누락되었는지 명시하고, 3) 누락 정보 제출 방법을 알려주는 통지를 5일 이내에 직원에게 제공할 것입니다. **모든 정보가 제공되면, PFL 보험사 또는 자가보험 고용주는 18일 이내에 청구 금액을 지불하거나 청구를 거부해야 합니다.**

보험사 또는 자가보험 고용주가 사전 제출을 허용하지 않을 경우, 해당 보험사 또는 자가보험 고용주는 유급 가족 휴가 신청서를 모든 정보가 준비되었을 때 청구를 다시 제출해야 한다는 설명과 함께 5일 이내에 직원에게 돌려주어야 합니다.

파트 B - 고용주 정보(고용주가 작성)

PFL을 신청하는 직원의 고용주는 파트 B의 모든 정보를 기재해야 합니다.

질문 2: 소셜 시큐리티 번호를 연방 고용주 식별 번호(FEIN)로 사용할 경우, 소셜 시큐리티 번호를 기재하십시오.

질문 3: 고용주의 표준 산업 분류(SIC) 코드를 기재하십시오. SIC 코드를 모를 경우 보험사에 문의하십시오.

질문 8: 직원의 직업 코드는 다음에서 확인할 수 있습니다.
www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

질문 9: PFL이 시작되기 전 마지막 8주 동안 직원이 받은 급여를 입력하십시오. 총 지급액은 직원이 해당 주에 받은 모든 초과 근무 수당과 팁을 포함한 주급 총액과 지난 52주 동안 받은 모든 보너스나 수수료의 주당 비례 배분 금액의 합계입니다. (상세한 단계는 본 지침서의 1페이지, 질문 18을 참조하십시오.) 총 지급액을 더한 다음 8로 나누어(근로 주 수가 8주 미만인 경우 해당 근로 주 수로 나눔) 주급 평균 총액을 계산하십시오.

질문 10: 보험사에 상환을 요청하는 데 대해 "예"를 선택하지 않으면, 이는 상환에 대한 권리 포기기가 됩니다.

PFL과 관련해 직원에 대해 확인할 사항: 정기 근로 시간이 주당 20시간 이상인 직원의 경우, 고용 기간이 연속 26주 이상이어야 합니다. 주당 정기 근로 시간이 20시간 미만인 직원의 경우, 근로한 기간이 175일이어야 합니다.

고용주는 해당 파트에 서명하고 날짜를 기재한 다음, **PFL 신청 직원에게 업무일 기준 3일 이내에 신청서를 돌려주어야 합니다.**

질문 11a: '장애'란 NYS 법에 명시된 장애를 말합니다. 답변이 "아니요"일 경우, 질문 12b에 있는 전체 주 수 및 일 수에 대해 "0"을 기재하십시오.

질문 11b: NYS 법에 명시된 장애 및 모든 52주의 PFL에 대해 허용되는 최대 주 수는 26주입니다. NYS 법에 명시된 장애 및 지난 52주 동안의 PFL에 대한 주의 일부가 휴가에 포함될 경우, 총 주 수 및 추가일 수를 기재하십시오.

질문 13, 14 & 15: 유급 가족 휴가 또는 장애/PFL 처리보험사 이름, 주소 및 PFL 보험증권 번호를 기재하십시오. 이 고용주가 자가보험 고용주에 해당할 경우, PFL 신청서가 제출되어 처리되어야 하는 기관의 이름과 주소를 기재하십시오.

신청하는 PFL의 유형에 따라 적절한 추가 PFL 양식을 작성하십시오.

뉴욕 개인정보 보호법(공무원법 제6-A조) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] 및 1974년 연방 개인정보 보호법(Federal Privacy Act of 1974)(5 USC 552a)에 의거한 고지 사항.

직원이 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 식별 번호를 포함한 개인 정보를 제공할 것을 요청하는 산재보상 위원회(Board)의 권한은 산재보상법 142절에 따른 위원회의 행정 권한에 의거한 것입니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 최대한 가장 편리한 방식으로 청구를 조사 및 집행하고, 정확한 기록을 유지하는 데 도움이 되기 위함입니다. 위원회에 본인의 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 식별 번호를 제공하는 것은 자발적 의사에 따릅니다. 위원회는 관할하는 모든 개인 정보의 기밀성을 보호하며, 공적인 의무를 집행하고 관련 주 및 연방법을 준수하기 위한 경우에 한해 이를 공개합니다.



파트 A - 직원 정보(직원이 작성)

1. 직원의 법적 성명(이름, 중간 이니셜, 성)

2. 해당할 경우, 직원이 근무 시 사용한 기타 성

3. 직원의 우편 주소

거리 주소

도시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

4. 직원의 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 ID

□□□□ - □□□ - □□□□□□

5. 직원 생년월일(월/일/연도)

□□ / □□ / □□□□

6. 직원의 기본 전화번호

(□□□□) □□□□ - □□□□□□

7. PFL 기간에 직원이 선호하는 이메일 주소(있는 경우)

8. 직원 성별

☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 명시되지 않음/기타

9. 직원의 선호 언어

☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 러시아어 ☐ 폴란드어

☐ 중국어 ☐ 이탈리아어 ☐ 아이티 크리올 어 ☐ 한국어

☐ 기타

선택 사항(조사 목적)

10. 직원의 민족/인종

의료 관련 인구 통계 조사 목적으로만 수집합니다.
(질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 코드 세트, 버전 1.0.)

직원이 히스패닉, 라틴 또는 스페인계입니까? (하나 이상의 범주를 선택할 수 있습니다).

☐ 멕시코계

☐ 멕시코계 미국인

☐ 치카노(치카나)

☐ 푸에르토리코인

☐ 도미니카인

☐ 쿠바인

☐ 기타 히스패닉, 라틴 또는 스페인계

☐ 히스패닉, 라틴 또는 스페인계 아님

☐ 알 수 없음

직원이 어떤 인종에 속합니까?

(하나 이상의 범주를 선택할 수 있습니다).

☐ 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민

☐ 흑인 또는 아프리카인

☐ 아시아 인도인

☐ 중국인

☐ 필리핀인

☐ 일본인

☐ 한국인

☐ 베트남인

☐ 기타 아시아인

☐ 백인

☐ 하와이 원주민

☐ 과테말라인 또는 차모로인

☐ 사모아인

☐ 기타 태평양 섬 원주민

☐ 기타 인종

유급 가족 휴가(PFL) 신청서(직원이 작성)

11. PFL 신청 이유: ☐ 자녀와 유대관계 형성 ☐ 가족 간병 ☐ 군 복무

12. 가족이 직원에 대해 가지는 관계:

☐ 자녀 ☐ 배우자 ☐ 동거인 ☐ 부모 ☐ 시부모/장인 장모 ☐ 조부모 ☐ 손주

양식 PFL-1K 다음 페이지에서 계속



직원이 작성

직원의 이름(이름, 중간 이니셜, 성)

직원 생년월일(월/일/연도)

 / /

파트 A - 직원 정보(직원이 작성) - 이전 페이지에 이어 계속

양식 PFL-1K 이전 페이지에 이어 계속

13. PFL 기간이 연속적 및/또는 정기적입니까?

☐

연속

PFL 시작일(월/일/연도)

 / /

PFL 종료일(월/일/연도)

 / /
☐

대략적인 날짜

☐

정기

정기 PFL 날짜:

☐

대략적인 날짜

14. 30일 이내에 고용주에 사전 통지하는 경우, 설명을 제공해 주십시오.

고용 정보(직원이 작성)

15. 회사명

16. 직원 고용 날짜(월/일/연도)

 / /

17. 직원 근무 장소

거리 주소

시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

18. 직원의 **주급** 평균 총액(이는 직원과 고용주 모두에게 요청되는 정보임)

19. 이러한 요청을 위해 고용주에게 연락하기 위한 전화번호 ()

 -
20a. 직원의 고용주가 둘 이상입니까? ☐ 예 ☐ 아니요20b. 예로 답한 경우, 직원이 다른 고용주에게 PFL을 신청합니까? ☐ 예 ☐ 아니요21. 직원이 현재 산재보상 위원회의 임금 손실 보상을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

공개 설명서: 급여 및 휴가 유형과 같이 직원이 받는 PFL 혜택에 관한 정보는 고용주에게 제공됩니다.

선언 및 서명

고의로 보험사 또는 다른 사람을 기만할 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서나 청구서를 제출하거나, 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것이고 이는 범죄에 해당하여 5천 달러 이하 및 각 위반 행위에 대해 명시된 금액의 벌금형을 받을 수 있다는 점을 이해합니다.

본인은 NYS 산재보상법에 의거해 유급 가족 휴가를 신청합니다. 본인의 서명은 본인이 제공하는 정보가 본인의 신념과 지식에 비추어 볼 때 정확하고 진실됨을 보장합니다.

직원 서명

서명된 날짜(월/일/연도)

 / /

☐ 본인은 본 양식을 사전 제출합니다(사전 제출 지침 확인). 본인은 누락된 필수 정보 제출 방법을 알리기 위해 보험사가 본인에게 연락할 것임을 이해합니다.

직원이 작성

직원의 이름(이름, 중간 이니셜, 성)

직원 생년월일(월/일/연도)

 / /

파트 B - 고용주 정보(고용주가 작성)

1. 회사의 전체 법적 이름 및 우편 주소

회사명

우편 주소

시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

2. 고용주의 FEIN - 3. 고용주 표준 산업 분류(SIC) 코드

4. PFL 관련 질문을 위해 연락할 고용주 연락처명

5. 고용주에게 연락할 전화번호 () -

6. 고용주에게 연락할 이메일 주소

7. 직원 고용 날짜(월/일/연도) / / 8. 직원의 직업 코드는 다음에서 확인: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. 직원의 최근 8주간 급여 총액을 기재하고 주급 평균 총액을 계산하십시오

주 차	주 종료일(월/일/연도)	근로일 수	총 지급액
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
계산한 주급 평균 총액:			

10. 직원이 PFL 기간 동안 급여 전액을 받았거나 받을 예정인 경우, 고용주가 환급을 요청할 예정입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

양식 PFL-1K 다음 페이지에서 계속

직원이 작성

직원의 이름(이름, 중간 이니셜, 성)

직원 생년월일(월/일/연도)

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

파트 B - 고용주 정보(고용주가 작성) - 이전 페이지에 이어 계속

양식 PFL-1K 이전 페이지에 이어 계속

11a. 지난 52주 동안 직원이 휴가를 받은 이유: ☐ NYS 장애 ☐ PFL ☐ 장애 및 PFL 모두 ☐ 없음

11b. 지난 52주 동안 장애 및 PFL 모두와 관련해 휴가를 받은 기간에 해당하는 총 주 수와 일 수 기재:

장애:	주 수	장애를 이유로 받은 휴가의 구체적인 날짜 기재:
	일 수	
PFL:	주 수	PFL을 이유로 받은 휴가의 구체적인 날짜 기재:
	일 수	

12. 직원이 가족 의료 휴가법(Family Medical Leave Act, FMLA)에 따른 휴가를 PFL과 동시에 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

13. PFL 보험사 이름 및 우편 주소

PFL 보험사 이름

우편 주소

시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

14. PFL 보험사 전화번호 () -

15. PFL 보험증권 번호

선언 및 서명

☐ 본인은 해당 직원의 주당 정기 근로 시간이 20시간 이상이며 고용 기간이 연속 26주 이상이거나 주당 정기 근로 시간이 20시간 미만이며 근로한 기간은 175일 이상임을 확인합니다.

고의로 보험사 또는 다른 사람을 기만할 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서나 청구서를 제출하거나, 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것이고 이는 범죄에 해당하여 5천 달러 이하 및 각 위반 행위에 대해 명시된 금액의 벌금형을 받을 수 있다는 점을 이해합니다.

본인은 PFL을 신청하는 직원의 고용주로서 서명 권한을 가진 사람입니다. 본인은 서명은 본인이 제공한 정보가 본인의 지식과 신념에 비추어 볼 때 정확하고 진실됨을 보장합니다.

고용주의 공식 서명

서명된 날짜(월/일/연도)

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

직함

유급 가족 휴가 법에 따른 개인 의료 정보 공개 승인서(양식 PFL-3K) 작성 지침

- 직원이 중증 질환이 있는 가족의 간병을 위해 PFL을 신청할 경우, 간병 대상자 또는 승인된 대리인은 유급 가족 휴가 법에 따른 개인 의료 정보 공개 승인서(양식 PFL-3K)를 작성하고 중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)의 사본과 함께 의료 제공자에게 제출해야 합니다.
- 유급 가족 휴가 법에 따른 개인 의료 정보 공개 승인서(양식 PFL-3K)가 있어야 의료 제공자가 중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)를 작성하고 이를 PFL 혜택 신청 직원에게 제공할 수 있습니다.
- 작성 및 서명 전에, 간병 대상자는 유급 가족 휴가 법에 따른 개인 의료 정보 공개 승인서(양식 PFL-3K)의 내용 전체를 읽어야 합니다.
- PFL 신청 직원은 PFL 혜택 결정을 위해 유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K)와 중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)를 고용주의 PFL 보험사 또는 자가보험 고용주의 경우에는 해당 고용주에게 제출해야 합니다.

참고: 이 양식은 의료 제공자가 보관합니다. 직원은 의료 제공자에게 제출하기 전에 기록을 위해 이 양식의 사본을 만들어야 합니다.

간병 대상자 또는 승인된 대리인이 서명 및 날짜를 기재합니다.

이 양식은 중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)와 함께 간병 대상자의 의료 제공자에게 제공됩니다.

의료 제공자에 의한 중증 질환이 있는 가족의 개인 의료 정보 공개 승인서(간병 대상자 또는 승인된 대리인이 작성하고 양식 PFL-4K와 함께 간병 대상자의 의료 제공자에게 제출)

직원은 본인의 이름, 간병 대상자(환자) 이름과 생년월일을 각 페이지의 상단에 기재합니다.

양식의 상단에 작성해야 하는 PFL 보험사 이름은 유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K) 파트 B 13줄에 기재된 PFL 보험사 이름과 같습니다.

간병 대상자 또는 승인된 대리인은 정보 관련 요청 정보를 작성해야 합니다.

간병 대상자가 이 양식을 작성할 수 없을 경우, 승인된 대리인은 간병 대상자 대신 서명하는 권한을 대리인에게 부여하는 의료 케어 위임장 또는 위임장과 같은 법적 서류의 사본을 첨부해야 합니다. 승인된 대리인이 미성년 자녀 대신 서명하는 부모가 아닌 한 이러한 권한 부여 서류가 의료 제공자에게 필요합니다.

뉴욕 개인정보 보호법(공무원법 제6-A조) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(Federal Privacy Act of 1974)(5 USC 552a)에 의거한 고지 사항.

직원이 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 식별 번호를 포함한 개인 정보를 제공할 것을 요청하는 산재보상 위원회(Board)의 권한은 산재보상법 142절에 따른 위원회의 행정 권한에 의거한 것입니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 최대한 가장 편리한 방식으로 청구를 조사 및 집행하고, 정확한 기록을 유지하는 데 도움이 되기 위함입니다. 위원회에 본인의 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 식별 번호를 제공하는 것은 자발적 의사에 따릅니다. 위원회는 관할하는 모든 개인 정보의 기밀성을 보호하며, 공적인 의무를 집행하고 관련 주 및 연방법을 준수하기 위한 경우에 한해 이를 공개합니다.



직원이 작성

직원의 이름(이름, 중간 이니셜, 성)

간병 대상자(환자) 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

간병 대상자(환자) 생년월일(월/일/연도)

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

의료 제공자에 의한 중증 질환이 있는 가족의 개인 의료 정보 공개 승인서(간병 대상자 또는 승인된 대리인이 작성하고 양식 PFL-4K와 함께 간병 대상자의 의료 제공자에게 제출)

본인, 은(는), 이 양식에 명시된 본인의 의료 제공자가 본인의 개인 의료
정보를 및 해당 고용주의 PFL 보험사
 에 공개하는 것을 승인합니다.

공개 대상 기록: 본 양식은 명시된 의료 제공자가 귀하의 의료 기록에 있는 정보를 첨부된 의학 증명서에 추가하도록 승인합니다. 본 양식은 의료 제공자가 의료 기록 중 직원의 유급 가족 휴가 혜택 신청과 관련된 현재의 질환에 대한 정보만 공개하도록 승인합니다.

취소 가능한 공개의 기간: 이 승인은 1년 후에 또는 귀하가 공개 승인을 취소할 경우 종료됩니다. 이 공개 승인을 언제든지 취소할 수 있습니다. 취소하려면 이 양식에 명시된 의료 서비스 제공자에 서신을 보내십시오.

이 양식은, 귀하가 특별히 허가한 경우가 아닌 한, 의료 제공자가 다음 유형의 정보를 공개하는 것은 허용하지 않습니다. 귀하의 의료 제공자가 공개할 수 있는 정보에는 모두 옆에 "X" 표시하십시오.

☐ HIV/AIDS 관련 정보 ☐ 정신 건강 정보 ☐ 알코올/약물치료 ☐ 심리치료 기록

의료 제공자 정보(간병 대상자 또는 승인된 대리인이 작성)

직원의 PFL 혜택 신청과 관련된 귀하의 질환을 현재 치료 중인 의료 제공자에 대한 정보를 기재하십시오.

1. 의료 제공자의 이름

2. 의료 제공자의 우편 주소

시, 주	우편번호	국가(미국이 아닌 경우)
-----------------------------------	-----------------------------------	--

3. 의료 제공자의 전화번호(지역 또는 국가 번호 기재)

양식 PFL-3K 다음 페이지에서 계속



중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K) 작성 지침

중증 질환이 있는 가족의 간병을 위해 PFL을 신청하는 직원은 **중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)**를 **유급 가족 휴가 신청서(양식 PFL-1K)**와 함께 제출해야 합니다.

직원:

- 직원은 이름, 생년월일, 해당할 경우, 직원이 근무 시 사용한 기타 성, 소셜 시큐리티 또는 납세자 식별(TIN) 번호, 우편 주소 및 간병 대상자(환자) 이름과 생년월일을 1페이지 상단에 기재합니다.
- 직원은 본인의 이름과 생년월일 간병 대상자(환자) 이름과 생년월일을 2페이지의 상단에 기재합니다.
- 직원은 **중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)**를 의료 제공자에게 제공합니다.

중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(간병 대상자(환자)의 의료 제공자가 작성하고 위에 명시된 직원에게 돌려주어야 함)

환자의 의료 제공자는 선택사항으로 명시된 경우가 아닌 한 모든 관련 요청 정보를 작성해야 합니다.

환자 정보/중증 질환이 있는 가족 구성원(간병 대상자(환자)의 의료 제공자가 작성하고 위에 명시된 직원에게 돌려주어야 함)

질문 2: 옵션 ICD-10 코드를 기재할 것을 권장합니다.

환자의 의료 제공자는 **중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)**의 환자 정보 및 의료 제공자 섹션을 작성해야 합니다.

의료 제공자는 서명과 날짜를 기재하고, 양식을 PFL 신청 직원에게 돌려줍니다.

환자가 PFL 신청 직원으로부터 학대받거나 방치되고 있다고 생각할 경우, 의료 제공자는 이 증명서 제공을 거부할 수 있습니다.

직원:

- 작성된 **중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(양식 PFL-4K)** 양식을 의료 제공자로부터 받으면, 해당 양식을 증빙 서류와 함께 보험사에 제출합니다.

뉴욕 개인정보 보호법(공무원법 제6-A조) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(Federal Privacy Act of 1974)(5 USC 552a)에 의거한 고지 사항.

직원이 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 식별 번호를 포함한 개인 정보를 제공할 것을 요청하는 산재보상 위원회(Board)의 권한은 산재보상법 142절에 따른 위원회의 행정 권한에 의거한 것입니다. 이러한 정보를 수집하는 것은 위원회가 최대한 가장 편리한 방식으로 청구를 조사 및 집행하고, 정확한 기록을 유지하는 데 도움이 되기 위함입니다. 위원회에 본인의 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 식별 번호를 제공하는 것은 자발적 의사에 따릅니다. 위원회는 관할하는 모든 개인 정보의 기밀성을 보호하며, 공적인 의무를 집행하고 관련 주 및 연방법을 준수하기 위한 경우에 한해 이를 공개합니다.



직원이 작성

직원의 이름(이름, 중간 이니셜, 성)

직원 생년월일(월/일/연도)

/ /

해당할 경우, 직원이 근무 시 사용한 기타 성

직원의 소셜 시큐리티 번호 또는 납세자 ID

- -

직원의 우편 주소

우편 주소

시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

간병 대상자(환자) 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

간병 대상자(환자) 생년월일(월/일/연도)

/ /

중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(간병 대상자(환자)의 의료 제공자가 작성하고 위에 명시된 직원에게 돌려주어야 함)

환자 정보/중증 질환이 있는 가족 구성원(간병 대상자(환자)의 의료 제공자가 작성하고 위에 명시된 직원에게 돌려주어야 함)

1. 이 환자는 유급 가족 휴가(PFL) 신청 직원의 간병을 필요로 하나요?

☐ 예 ☐ 아니요("아니요"로 답한 경우, "의료 제공자 정보"로 넘어가십시오).

참고: 이 섹션의 목적을 위하여, "간병"에는 필수적인 신체적 케어, 정서적 지원, 방문, 치료 및 교통 지원, 케어 변경에 대한 준비, 필수적인 일상생활에 대한 지원, 개인 간병 서비스 등이 포함될 수 있습니다.

2. 기본 ICD-10 코드(선택 사항)

3. 진단

4. 환자의 질환이 시작된 날짜(월/일/연도) / /

5. 환자 간병이 필요한 첫 날짜(월/일/연도) / /

6. 환자에게 간병이 더 이상 필요하지 않을 것으로 예상되는 날짜(월/일/연도) / /

7. 환자에게 간병이 필요할 것으로 예상되는 주간 또는 월간 일 수 주당 일 수 또는 월당 일 수

의료 제공자 정보 (간병 대상자(환자)의 의료 제공자가 작성하고 위에 명시된 직원에게 돌려주어야 함)

8. 의료 제공자의 이름

양식 PFL-4K 이전 페이지에 이어 계속



직원이 작성

직원의 이름(이름, 중간 이니셜, 성)

직원 생년월일(월/일/연도)

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

간병 대상자(환자) 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

간병 대상자(환자) 생년월일(월/일/연도)

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

중증 질환이 있는 가족 간병에 관한 의료 제공자의 증명서(간병 대상자(환자)의 의료 제공자가 작성하고 위에 명시된 직원에게 돌려 주어야 함)

- 이전 페이지에 이어 계속

양식 PFL-4K 이전 페이지에 이어 계속

9. 의료 제공자의 유형:

☐ 의학 박사(MD)☐ 치과의(DDS/DDM)☐ 면허가 있는 복지사(LMSW/LCSW)☐ 정골의학의(DO)☐ 의사 보조(PA)☐ 기타(직접 기재)☐ 족부 의학의(DPM)☐ 전문 간호사(NP)☐ 척추교정전문문의(DC)☐ 정식(면허 보유) 임상심리사

10. 의료 제공자의 우편 주소

우편 주소

시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

11. 의료 제공자의 전화번호(지역 또는 국가 번호 기재)

12. 의료 제공자의 팩스 번호(지역 또는 국가 번호 기재)

13. 의료 제공자의 이메일 주소(있는 경우)

14. 의료 제공자가 전문 면허를 받은 주 또는 국가(미국이 아닌 경우)

15. 전문 분야

16. 의료 제공자의 면허 번호

증명 및 서명

고의로 보험사 또는 다른 사람을 기만할 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서나 청구서를 제출하거나, 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것이고 이는 범죄에 해당하여 5천 달러 이하 및 각 위반 행위에 대해 명시된 금액의 벌금형을 받을 수 있다는 점을 이해합니다.

본인의 서명은 본인이 이 양식에 제공한 정보가 본인이 보유한 면허의 실무 범위 내에서 본인이 내린 전문적인 평가에 기반함을 증명합니다.

의료 제공자의 서명

서명된 날짜(월/일/연도)

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