

Jak złożyć wniosek o płatny urlop rodzinny, aby sprawować opiekę nad poważnie chorym członkiem rodziny



Paid Family Leave



Przed złożeniem wniosku

- ☒ Sprawdź wymagania uprawniające do płatnego urlopu rodzinnego. (Zobacz na następnej stronie lub odwiedź PaidFamilyLeave.ny.gov)
- ☒ Zaplanuj swój urlop. Można od razu wykorzystać cały urlop lub wziąć go w sposób nieciągły, należy go jednak brać w pełnych jednodniowych odstępach.
- ☒ Jeśli urlop jest możliwy do przewidzenia, należy poinformować o nim pracodawcę co najmniej **30 dni** przed jego rozpoczęciem; w przeciwnym razie pracodawcę należy powiadomić tak szybko, jak to możliwe.

Wypełnij właściwe formularze i dołącz wymagane dokumenty

- ☒ Wypełnij **Wniosek o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1)**
 - ☐ Wypełnij swoją część, wykonaj kopię formularza i przekaz go swojemu pracodawcy, aby wypełnił **Część B**.
 - ☐ Pracodawca jest zobowiązany do zwrócenia pracownikowi **formularza PFL-1** w ciągu **trzech dni roboczych**. W razie opóźnienia, pracownik nie musi czekać z kontynuacją procedury. Wypełniony **formularz PFL-1**, razem z pozostałymi dokumentami z pakietu z wnioskiem, należy wysłać bezpośrednio do ubezpieczyciela.
- ☒ Wypełnij **Ujawnienie prywatnych danych medycznych na podstawie ustawy o płatnym urlopie rodzinnym (formularz PFL-3)**
 - ☐ Członek rodziny (osoba objęta opieką) wypełnia **formularz PFL-3** i przekazuje go swojemu świadczeniodawcy opieki zdrowotnej do zachowania w dokumentacji.

Formularz ten upoważnia świadczeniodawcę opieki zdrowotnej do ujawnienia informacji dotyczących poważnego schorzenia członka rodziny pracownikowi i ubezpieczycielowi pracodawcy.

Formularza tego nie należy wysłać do ubezpieczyciela.
- ☒ Wypełnij **Pozwolenie dla świadczeniodawcy opieki zdrowotnej na opiekę nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4)**
 - ☐ Wypełnij swoją część, wykonaj kopię formularza i przekaz go świadczeniodawcy opieki zdrowotnej członka rodziny.
 - ☐ Poproś świadczeniodawcę o wypełnienie odpowiedniej części formularza i zwrócenie go w odpowiednim terminie.

Prześlij do ubezpieczyciela swojego pracodawcy

- ☒ Aby nie utracić świadczeń, wypełniony pakiet z wnioskiem należy złożyć w ciągu **30 dni** od rozpoczęcia urlopu.
Zachowaj dla siebie kopię wszystkich formularzy i dokumentacji.
- Formularz **PFL-1** i formularz **PFL-4** wyślij pocztą lub faksem do ubezpieczyciela swojego pracodawcy.
Informacje o ubezpieczycielu pracodawcy:
 - Można znaleźć na plakacie o płatnym urlopie rodzinnym w swoim miejscu pracy.
 - Są dostępne u pracodawcy.
 - Zachęcamy do skorzystania z aplikacji umożliwiającej wyszukiwanie ochrony ubezpieczeniowej pracodawcy na stronie wcb.ny.gov, aby sprawdzić informacje o ubezpieczycielu pracodawcy w zakresie płatnego urlopu rodzinnego.
- Jeśli nie można ustalić, kto jest ubezpieczycielem pracodawcy, należy zadzwonić na infolinię ds. płatnego urlopu rodzinnego: **(844) 337-6303** (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:30 do 16:30)
- Pakietu z wnioskiem NIE należy wysłać do Workers' Compensation Board w stanie Nowy Jork.

Za złożenie formularzy u ubezpieczyciela odpowiada PRACOWNIK. Nie należy TO do obowiązków pracodawcy.



Pamiętaj!

W większości przypadków, ubezpieczyciel musi wypłacić lub odmówić świadczeń w ciągu **18 dni** od otrzymania wypełnionego wniosku lub pierwszego dnia urlopu, w zależności od tego, co nastąpi później. Wniosek nie może zostać uznany za niepełny wyłącznie w związku z niewypełnieniem przez pracodawcę **Części B formularza PFL-1** w ciągu trzech dni roboczych.

Jeśli ubezpieczyciel odmówi lub nie wypłaci terminowo świadczeń, lub jeśli pracownik będzie miał inny spór związany z roszczeniami, może zażądać przeglądu działań ubezpieczyciela. Dodatkowe informacje są dostępne na stronie nyspfla.com.

Skargi dotyczące dyskryminacji lub stosowania odwetu przez pracodawcę są rozpatrywane na drodze przesłuchania przez sędziego ds. odszkodowań dla pracowników. Jeśli pracownik uważa, że pracodawca dyskryminował go lub stosował wobec niego odwet za wzięcie urlopu lub złożenie wniosku o płatny urlop rodzinny, powinien wejść na stronę PaidFamilyLeave.ny.gov lub zadzwonić pod numer **(844) 337-6303**.



Kwalifikowalność

- Pracownik może wziąć płatny urlop z ochroną miejsca pracy, aby sprawować opiekę nad poważnie chorym członkiem rodziny i dzięki temu być z bliskimi wtedy, gdy tego potrzebują. Może to obejmować:
 - Niezbędną opiekę fizyczną
 - Wsparcie emocjonalne
 - Odwiedziny
 - Pomoc w leczeniu
 - Transport
 - Zorganizowanie zmiany opieki
 - Pomoc w sprawach życia codziennego
 - Usługi osobistego opiekuna
- Urlop przysługuje na opiekę nad następującymi członkami rodziny:
 - współmałżonek
 - teściowie
 - partner życiowy
 - dziadkowie
 - dziecko/pasierb
 - wnuk
 - rodzic/przybrany rodzic
- Większość pracowników, którzy są zatrudnieni w stanie Nowy Jork przez prywatnych pracodawców jest objęta płatnym urlopem rodzinnym.
 - **Pracownicy pełnoetatowi:** Osoby pracujące regularnie 20 lub więcej godzin tygodniowo dla pracodawcy objętego ubezpieczeniem, są uprawnione do skorzystania z urlopu po 26 tygodniach ciągłego zatrudnienia u pracodawcy.
 - **Pracownicy zatrudnieni na część etatu:** Osoby pracujące regularnie mniej niż 20 godzin tygodniowo dla pracodawcy objętego ubezpieczeniem, są uprawnione do skorzystania z urlopu po przepracowaniu 175 dni u pracodawcy (nie trzeba zachować ciągłości).
- Pracownicy urzędów państwowych niereprezentowani przez związki mogą zostać objęci ubezpieczeniem, jeżeli ich pracodawca dobrowolnie wyraził zgodę na zapewnienie świadczenia. Pracownicy urzędów państwowych reprezentowani przez związki będą objęci świadczeniem tylko wtedy, gdy zostało ono wynegocjowane w drodze układu zbiorowego.
- Obywatelstwo i/lub status imigracyjny nie decydują o kwalifikowalności pracownika.
- Osoby, które uważają, że kwalifikują się do świadczenia, mogą złożyć wniosek o płatny urlop rodzinny, a ubezpieczyciel podejmie decyzję.
- Pytania dotyczące zasad kwalifikowalności należy kierować na infolinię ds. płatnego urlopu rodzinnego pod numer **(844) 337-6303**.

PROSZĘ PAMIĘTAĆ! Za złożenie formularzy u ubezpieczyciela odpowiada PRACOWNIK. Nie NALEŻY to do obowiązków pracodawcy.



Paid Family Leave

Wniosek o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P) – instrukcje

- Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny musi wypełnić część A *Wniosku o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)*. Wszystkie pola formularza są obowiązkowe, chyba że oznaczono je jako opcjonalne. Następnie pracownik przekazuje formularz pracodawcy w celu wypełnienia części B.
- Pracodawca wypełnia część B *Wniosku o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)* i zwraca ją pracownikowi w ciągu trzech dni.
- W zależności od rodzaju wnioskowanego urlopu wymagane są dodatkowe formularze. Za wypełnienie tych formularzy odpowiedzialny jest pracownik ubiegający się o urlop.
- Pracownik składa wypełniony **Wniosek o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P) z wymaganym dodatkowym formularzem ubezpieczycielowi pracodawcy** pokrywającemu płatność za urlop rodzinny wymienionemu w części B *Wniosku o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)*. Pracownik powinien zachować kopię każdego z przedłożonych formularzy w swojej dokumentacji.

CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik)

Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny musi wpisać wszystkie wymagane informacje.

Wniosek o płatny urlop rodzinny (PFL) (wypełnia pracownik)

Pytanie 12: Dziecko jest definiowane jako syn (córka) biologiczny, adoptowany lub przysposobiony, pasierb (pasierbica), podopieczny, syn (córka) partnera lub osoba, wobec której pracownik sprawuje władzę rodzicielską. Rodzic jest definiowany jako rodzic biologiczny, zastępczy lub adopcyjny, teść (teściowa), ojczym (macocha), opiekun prawny lub inna osoba sprawująca władzę rodzicielską nad pracownikiem, gdy był dzieckiem.

Pytanie 13: Jeśli w datach zostanie określony „ciągły” urlop, pracownik musi podać daty rozpoczęcia i zakończenia wnioskowanego płatnego urlopu rodzinnego. Daty powinny być rzeczywistymi datami rozpoczęcia i zakończenia płatnego urlopu rodzinnego. W razie braku pewności należy podać przybliżone daty rozpoczęcia i zakończenia urlopu oraz zaznaczyć „Przybliżone daty”. Jeśli w datach podano urlop „okresowy”, należy podać daty, w których zostanie wykorzystany urlop. Należy zachować możliwie jak największą dokładność. Jeśli daty są nieznane lub przybliżone, należy zaznaczyć „Przybliżone daty”.

Jeśli daty są przybliżone, ubezpieczyciel pokrywający płatność za urlop rodzinny może wymagać złożenia wniosku o zapłatę **po** dniu, w którym zostanie wykorzystany urlop. Płatność za zatwierdzone rozszczenia będzie należna w najwcześniejszym możliwym terminie, ale w żadnym przypadku nie później niż 18 dni od daty wypełnienia wniosku.

Pytanie 14: Jeśli pracownik składa wniosek PFL do pracodawcy w terminie krótszym niż 30 dni od daty rozpoczęcia PFL, pracownik musi wyjaśnić, dlaczego nie mógł zapewnić powiadomienia na 30 dni wcześniej. Jeśli wyjaśnienie nie zmieści się w miejscu przewidzianym na formularzu, należy wpisać „Patrz załącznik” i załączyć osobne wyjaśnienie. Należy podać imię i nazwisko pracownika, datę urodzenia w górnej części załącznika.

Dane zatrudnienia (wypełnia pracownik)

Pytanie 16: Wpisać datę zatrudnienia zgodną z najlepszą wiedzą pracownika. Jeśli od daty zatrudnienia minął ponad rok, wystarczy podać rok rozpoczęcia zatrudnienia.

Pytanie 18: Wpisać szacowane średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto. Należy uwzględnić wyłącznie wynagrodzenie otrzymywane od pracodawcy wymienionego w niniejszym formularzu. **Tygodniowe wynagrodzenie brutto to łączne wynagrodzenie za tydzień, uwzględniające nadgodziny, napiwki, premie i prowizje – przed dokonywanymi przez pracodawcę potrąceniami** takimi jak podatki federalne czy stanowe. Jeśli pracodawca nie jest w stanie dostarczyć tej informacji, pracownik może obliczyć tygodniowe wynagrodzenie brutto w następujący sposób:

Krok 1: Podsumować wszystkie rodzaje wynagrodzenia brutto (przed potrąceniami kwotami) otrzymane w ciągu ośmiu tygodni przed rozpoczęciem płatnego urlopu rodzinnego, w tym nadgodziny i napiwki. (*Instrukcje dotyczące obliczania premii i/lub prowizji – patrz krok 3*).

Krok 2: Wynagrodzenie brutto obliczone w pierwszej fazie obliczeń należy podzielić przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni, jeśli jest mniejsza niż osiem).

Krok 3: Jeśli pracownik otrzymywał premie i/lub prowizje podczas 52 tygodni przed PFL, należy dodać proporcjonalną kwotę tygodniową do średniego wynagrodzenia tygodniowego.

Aby określić proporcjonalną kwotę tygodniową, należy dodać wszystkie premie/prowizje uzyskane w poprzedzających 52 tygodniach i podzielić je przez 52.

Przykłady obliczeń tygodniowego wynagrodzenia brutto:

Tydzień 1 – Wynagrodzenie brutto z nadgodzinami	550 USD
Tydzień 2 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 3 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 4 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 5 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 6 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 7 – Wynagrodzenie brutto, z nadgodzinami	600 USD
Tydzień 8 – Wynagrodzenie brutto, z nadgodzinami	+ 550 USD
Razem =	4200 USD
Dzielone przez 8	÷ 8
Średnie tygodniowe wynagrodzenie =	525 USD
Premie otrzymane w 52 poprzedzających tygodniach	2600 USD
Dzielone przez 52	÷ 52
Proporcjonalna premia tygodniowa =	50 USD

Ciąg dalszy instrukcji dotyczących formularza PFL-1P na następnej stronie

CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik) – ciąg dalszy z poprzedniej strony**Ciąg dalszy instrukcji dotyczących formularza PFL-1P z poprzedniej strony**

Średnie tygodniowe wynagrodzenie	525 USD
Proporcjonalna premia tygodniowa	+ 50 USD
Średnie tygodniowe wynagrodzenie (z premią) =	575 USD

Należy pamiętać, że pracodawca musi również przedstawić powyższe informacje w części B *Wniosku o płatny urlop rodzinny* (formularz PFL-1P).

Jeśli pracownik składa formularz przedterminowo: Należy wskazać, że pracownik składa wniosek o płatny urlop rodzinny przed terminem. Przedterminowe składanie wniosku rozumie się jako składanie wniosku przed wystąpieniem zdarzenia kwalifikującego. Ponieważ niektóre wymagane informacje są nieznanne w chwili składania wniosku, nie będzie on kompletny. Jeśli przedterminowe złożenie wniosku jest dozwolone przez ubezpieczyciela lub samoubezpieczonego pracodawcę, brakujące

informacje należy uzupełnić tak szybko, jak to możliwe. Nie ma możliwości ustalenia świadczeń aż do przekazania wszystkich wymaganych informacji.

Ubezpieczyciel pokrywający koszt płatnego urlopu rodzinnego lub samoubezpieczony pracodawca w ciągu pięciu dni przekażą pracownikowi powiadomienie: 1) potwierdzające otrzymanie roszczenia oczekującego na rozpatrzenie, 2) wyszczególniające, których informacji brakuje, 3) zawierające pouczenie o sposobie uzupełnienia brakujących informacji. **Po uzupełnieniu wszystkich informacji ubezpieczyciel pokrywający koszt płatnego urlopu rodzinnego lub samoubezpieczony pracodawca ma 18 dni na opłacenie lub odrzucenie roszczenia.**

Jeśli ubezpieczyciel lub samoubezpieczony pracodawca nie zezwala na przedterminowe składanie wniosku, w ciągu pięciu dni musi zwrócić wniosek o płatny urlop rodzinny pracownikowi z wyjaśnieniem, że roszczenie należy przedłożyć ponownie, gdy wszystkie informacje będą dostępne.

Przed przekazaniem formularza pracodawcy w celu wypełnienia części B pracownik musi podpisać i opatrzyć go datą.

CZĘŚĆ B – DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)

Pracodawca pracownika wnioskującego o płatny urlop rodzinny musi wypełnić wszystkie informacje w części B.

Pytanie 2: Jeśli jako federalny numer identyfikacyjny pracodawcy (FEIN) jest używany numer ubezpieczenia społecznego (SSN), należy go wpisać.

Pytanie 3: Wpisać kod standardowej klasyfikacji branżowej (SIC) pracodawcy. Jeśli kod SIC nie jest znany, należy skontaktować się z ubezpieczycielem.

Pytanie 8: Kod zawodu pracownika można odnaleźć na stronie: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Pytanie 9: Wpisać wynagrodzenie otrzymane przez pracownika w ciągu ostatnich ośmiu tygodni poprzedzających datę rozpoczęcia płatnego urlopu rodzinnego. Wyplacona kwota brutto to tygodniowe wynagrodzenie brutto pracownika z uwzględnieniem wszelkich nadgodzin i napiwków otrzymanych w danym tygodniu, powiększona o ewentualną proporcjonalną tygodniową premię lub prowizję otrzymaną w ciągu poprzednich 52 tygodni. (W celu uzyskania szczegółowych kroków zob. Pytanie 18 na stronie 1 instrukcji). Obliczyć średnie wynagrodzenie tygodniowe brutto, dodając wyplacone kwoty brutto, a następnie podzielić przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni, jeśli jest mniejsza niż osiem).

Pytanie 10: Niezaznaczenie opcji „Tak” dotyczącej pokrycia kosztów przez ubezpieczyciela oznacza zrzeczenie się prawa do uzyskania zwrotu kosztów.

Potwierdzenie, że pracownik kwalifikuje się do otrzymania płatnego urlopu rodzinnego: Pracownik, który zazwyczaj pracuje co najmniej 20 godzin tygodniowo, musi być zatrudniony przez co najmniej 26 tygodni z rzędu. Pracownik, który zazwyczaj pracuje mniej niż 20 godzin tygodniowo, musi przepracować 175 dni.

Pytanie 11a: „Niezdolność do pracy” odnosi się do świadczeń przysługujących ustawowo w stanie Nowy Jork z tytułu niezdolności do pracy. Jeśli odpowiedź brzmi „Żaden”, jako łączną liczbę tygodni i dni w pytaniu 12b należy wprowadzić „0”.

Pytanie 11b: Maksymalna liczba tygodni przysługujących ustawowo według prawa stanu Nowy Jork z tytułu niezdolności do pracy i płatnego urlopu rodzinnego w dowolnym okresie 52 tygodni wynosi 26 tygodni. Należy podać łączną liczbę wykorzystanych tygodni, jak również liczbę dodatkowych dni, jeśli urlop obejmuje część tygodnia, z tytułu niezdolności do pracy zgodnie z prawem stanu Nowy Jork i płatnego urlopu rodzinnego w ciągu poprzedzających 52 tygodni.

Pytanie 13, 14 i 15: Podać nazwę, adres i numer polisy ubezpieczeniowej ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego lub ubezpieczyciela pokrywającego koszt niezdolności do pracy i płatnego urlopu rodzinnego. Jeśli pracodawca jest samoubezpieczony, podać nazwę i adres, pod który należy złożyć wniosek o płatny urlop rodzinny do rozpatrzenia.

Pracodawca podpisuje, opatruje datą, a następnie zwraca wniosek pracownikowi ubiegającemu się o płatny urlop rodzinny w ciągu trzech dni roboczych.

Należy pamiętać o wypełnieniu dodatkowych formularzy wniosku o płatny urlop rodzinny w zależności od rodzaju wnioskowanego płatnego urlopu rodzinnego.

Powiadomienie zgodnie z Ustawą stanu Nowy Jork o ochronie prywatności (Ustawa o urzędnikach państwowych, artykuł 6-A) i Ustawą federalną o prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Upoważnienie Rady ds. Wynagrodzeń Pracowniczych („Rady”) do pobierania od pracowników danych osobowych, w tym numerów ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej, opiera się na kompetencjach administracyjnych Rady zgodnie z Ustawą o wynagrodzeniach pracowniczych, punkt 142. Informacje te są gromadzone, aby ułatwić Radzie rozpatrywanie wniosków i zarządzanie nimi w możliwie najsprawniejszy sposób oraz prowadzenie rzetelnej dokumentacji. Podawanie Radzie numeru ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Rada będzie chronić poufność wszystkich posiadanych przez siebie danych osobowych i ujawniać je wyłącznie w ramach pełnienia swoich obowiązków służbowych oraz zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik)

1. **Pełne imię i nazwisko pracownika** (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

2. **Inne nazwiska (jeśli dotyczy), pod jakimi był zatrudniony pracownik**

3. **Adres korespondencyjny pracownika**

Ulica, nr domu i lokalu

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

4. **Numer ubezpieczenia społecznego lub TIN pracownika**

□□□□ - □□□□ - □□□□□□

5. **Data urodzenia pracownika** (MM/DD/RRRR)

□□ / □□ / □□□□

6. **Główny numer telefonu pracownika**

(□□□□) □□□□ - □□□□□□

7. **Preferowany adres e-mail pracownika podczas płatnego urlopu rodzinnego** (jeśli dostępny)

8. **Płeć pracownika**

☐ Mężczyzna ☐ Kobieta ☐ Nieokreślona/Inna

9. **Preferowany język pracownika**

☐ English ☐ Español ☐ Русский ☐ Polski
☐ 中文 ☐ Italiano ☐ Kreyòl ayisyen ☐ 한국어
☐ Inne

Opcjonalne (w celach badawczych)

10. **Rasa / pochodzenie etniczne pracownika**

Wyłącznie na potrzeby demografii medycznej. (Zestaw kodów amerykańskiego centrum kontroli i zapobiegania chorobom (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC) wersja 1.0.)

Czy pracownik pochodzi z kraju hiszpańskojęzycznego, jest pochodzenia latynoskiego lub hiszpańskiego?
(Można wybrać jedną lub więcej kategorii).

- ☐ Meksykanin
☐ Amerykanin pochodzenia meksykańskiego
☐ Chicano
☐ Portorykańczyk
☐ Dominikańczyk
☐ Kubańczyk
☐ Pochodzi z innego kraju hiszpańskojęzycznego lub jest innego pochodzenia latynoskiego
☐ Nie pochodzi z kraju hiszpańskojęzycznego, nie jest pochodzenia latynoskiego ani hiszpańskiego
☐ Nieznane

Jakiej rasy jest pracownik?

(Można wybrać jedną lub więcej kategorii).

- ☐ Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski
☐ Czarny lub Afroamerykanin
☐ Hindus
☐ Chińczyk
☐ Filipińczyk
☐ Japończyk
☐ Koreańczyk
☐ Wietnamczyk
☐ Inna rasa azjatycka
☐ Biały
☐ Rdzenny Hawajczyk
☐ Guamańczyk lub Czamorro
☐ Samoańczyk
☐ Mieszkaniec innych wysp Pacyfiku
☐ Inna rasa

Wniosek o płatny urlop rodzinny (PFL) (wypełnia pracownik)

11. **Przyczyna ubiegania się o płatny urlop rodzinny:** ☐ Opieka nad dzieckiem ☐ Opieka nad członkiem rodziny ☐ Zdarzenie kwalifikujące związane ze służbą wojskową

12. **Członek rodziny jest dla pracownika:**

☐ Dzieckiem ☐ Małżonkiem ☐ Partnerem życiowym ☐ Rodzicem ☐ Teściem/teściową ☐ Dziadkiem/babką ☐ Wnukiem/wnuczką

ciąg dalszy formularza PFL-1P na następnej stronie



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

 / /

CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik) – ciąg dalszy z poprzedniej strony

Formularz PFL-1P – ciąg dalszy z poprzedniej strony

13. Czy płatny urlop rodzinny będzie miał charakter ciągły i/lub okresowy?

☐

Ciągły

Data rozpoczęcia: urlopu (MM/DD/RRRR)

 / /

Data zakończenia urlopu (MM/DD/RRRR)

 / /
☐

Szacowane daty

☐

Okresowy

Podać daty, w których pracownik będzie korzystał z płatnego urlopu rodzinnego:

☐

Szacowane daty

14. Jeśli wniosek jest składany z krótszym niż 30-dniowym wyprzedzeniem, podać przyczynę:

Dane zatrudnienia (wypełnia pracownik)

15. Nazwa przedsiębiorstwa

16. Data zatrudnienia pracownika (MM/DD/RRRR)

 / /

17. Adres zakładu pracy pracownika

Ulica, nr domu i lokalu

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

18. Średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto pracownika (Podanie tych danych będzie wymagane zarówno od pracownika, jak i pracodawcy)

19. Numer telefonu pracodawcy w sprawach związanych z niniejszym wnioskiem () - 20a. Czy pracownik ma więcej niż jednego pracodawcę? ☐ Tak ☐ Nie20b. Jeśli tak, czy pracownik korzysta z płatnego urlopu rodzinnego u drugiego pracodawcy? ☐ Tak ☐ Nie21. Czy pracownik otrzymuje obecnie odszkodowania pracownicze z tytułu utraty wynagrodzenia? ☐ Tak ☐ Nie

Oświadczenie o ujawnieniu informacji: Informacje dotyczące świadczeń z tytułu płatnego urlopu rodzinnego otrzymanych przez pracownika, takich jak otrzymane płatności i rodzaje urlopów, zostaną przekazane pracodawcy.

Oświadczenie i podpis

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem defraudacji towarzystwa ubezpieczeniowego lub innej osoby, składa wniosek o ubezpieczenie lub zgłasza roszczenie zawierające w istocie nieprawdziwe informacje bądź ukrywa informacje dotyczące wszelkich istotnych faktów dla takiego wniosku lub roszczenia w celu wprowadzenia innych osób w błąd, popełnia czyn określany jako nadużycie ubezpieczeniowe, traktowany jako przestępstwo, i podlega karze cywilnej do kwoty pięciu tysięcy dolarów i podanej wartości roszczenia za każde takie naruszenie.

Niniejszym składam wniosek o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego na podstawie Ustawy stanu Nowy Jork o wynagrodzeniu pracowniczym. Powyższe informacje są prawdziwe i dokładne według stanu mojej wiedzy i przekonania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis pracownika

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

 / /

☐ Niniejszy formularz składam przedterminowo (patrz instrukcje dotyczące przedterminowego składania wniosków). Rozumiem, że ubezpieczyciel skontaktuje się ze mną, aby poinformować mnie, w jaki sposób uzupełnić brakujące wymagane informacje.

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

 / /

CZĘŚĆ B – DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)

1. Pełna nazwa prawna i adres korespondencyjny przedsiębiorstwa

Nazwa przedsiębiorstwa

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

2. Nr FEIN pracodawcy - 3. Kod standardowej klasyfikacji branżowej (SIC) pracodawcy

4. Imię i nazwisko osoby kontaktowej pracodawcy w sprawie pytań dotyczących płatnego urlopu rodzinnego

5. Numer telefonu osoby kontaktowej pracodawcy () -

6. Adres e-mail osoby kontaktowej pracodawcy

7. Data zatrudnienia pracownika (MM/DD/RRRR) / / 8. Zawód pracownika Kody są dostępne pod adresem: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. Wpisać wynagrodzenia brutto pracownika z 8 ostatnich tygodni i obliczyć średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto

Nr tyg.	Tydzień kończący się (MM/DD/RRRR)	Liczba przepracowanych dni	Wypłacona kwota brutto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Obliczone średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto:			

10. Jeśli pracownik otrzymał lub będzie otrzymywał pełne wynagrodzenie podczas płatnego urlopu rodzinnego, czy pracodawca zażąda zwrotu kosztów? ☐ Tak ☐ Nie

Ciąg dalszy formularza PFL-1P na następnej stronie

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CZĘŚĆ B – DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca) – ciąg dalszy z poprzedniej strony

Formularz PFL-1P – ciąg dalszy z poprzedniej strony

11a. W poprzednich 52 tygodniach pracownik pobierał urlop z tytułu:

- ☐ Niezdolności do pracy wg prawa stanu Nowy Jork
 ☐ Płatnego urlopu rodzinnego
 ☐ Niezdolności do pracy i płatnego urlopu rodzinnego
☐ Żadnego z powyższych

11b. Podać łączną liczbę tygodni i dni wykorzystanych zarówno z tytułu niezdolności do pracy, jak i płatnego urlopu rodzinnego w ciągu ostatnich 52 tygodni:

Niezdolność do pracy	Tygodni(e)	Proszę podać konkretne daty niezdolności do pracy:
	Dni	
Płatny urlop rodzinny:	Tygodni(e)	Proszę podać konkretne daty płatnego urlopu rodzinnego:
	Dni	

12. Czy pracownik korzysta z urlopu przysługującego zgodnie z Ustawą o urlopach rodzinnych i zdrowotnych (FMLA) równoległe z płatnym urlopem rodzinnym? ☐ Tak ☐ Nie

13. Nazwa i adres korespondencyjny ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego

Nazwa ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

14. Numer telefonu ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego () - 15. Numer polisy płatnego urlopu rodzinnego

Oświadczenie i podpis

- ☐ Poświadczam, że pracownik zazwyczaj pracuje co najmniej 20 godzin tygodniowo i jest zatrudniony od co najmniej 26 tygodni z rzędu LUB pracownik zazwyczaj pracuje mniej niż 20 godzin tygodniowo i pracuje od co najmniej 175 dni.

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem defraudacji towarzystwa ubezpieczeniowego lub innej osoby, składa wniosek o ubezpieczenie lub zgłasza roszczenie zawierające w istocie nieprawdziwe informacje bądź ukrywa informacje dotyczące wszelkich istotnych faktów dla takiego wniosku lub roszczenia w celu wprowadzenia innych osób w błąd, popełnia czyn określany jako nadużycie ubezpieczeniowe, traktowany jako przestępstwo, i podlega karze cywilnej do kwoty pięciu tysięcy dolarów i podanej wartości roszczenia za każde takie naruszenie.

Jestem osobą upoważnioną do składania podpisów w imieniu pracodawcy pracownika wnioskującego o płatny urlop rodzinny. Mój podpis potwierdza, że zgodnie ze stanem mojej wiedzy i przekonań wszystkie informacje podane przeze mnie są dokładne i prawdziwe.

Podpis osoby upoważnionej w imieniu pracodawcy

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stanowisko

Instrukcje dotyczące Zgody o udzielenie informacji o stanie zdrowia zgodnie z Ustawą o płatnym urlopie rodzinnym (formularz PFL-3P)

- Jeśli pracownik wnioskuje o płatny urlop rodzinny w celu sprawowania opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny, osoba objęta opieką lub jej upoważniony przedstawiciel musi wypełnić *Zgodę na udzielenie informacji o stanie zdrowia zgodnie z Ustawą o płatnym urlopie rodzinnym (formularz PFL-3P)* i złożyć ją wraz z kopią *Zaświadczenia pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)*.
- *Zgoda na udzielenie informacji o stanie zdrowia zgodnie z Ustawą o płatnym urlopie rodzinnym (formularz PFL-3P)* upoważnia pracownika opieki zdrowotnej do wypełnienia *Zaświadczenia pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)* i przekazania go pracownikowi ubiegającemu się o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego.
- Przed wypełnieniem i podpisaniem osoba objęta opieką musi przeczytać całą *Zgodę na udzielenie informacji o stanie zdrowia zgodnie z Ustawą o płatnym urlopie rodzinnym (formularz PFL-3P)*.
- W celu ustalenia świadczeń w ramach płatnego urlopu rodzinnego pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny składa *Wniosek o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)* oraz *Zaświadczenie pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)* ubezpieczycielowi pracodawcy pokrywającemu koszt płatnego urlopu rodzinnego lub swojemu pracodawcy, jeśli pracodawca jest samoubezpieczony.

UWAGA: Formularz zostanie zachowany przez pracownika opieki zdrowotnej. Pracownik powinien sporządzić kopię formularza do własnej dokumentacji przed przekazaniem go pracownikowi opieki zdrowotnej.

Osoba objęta opieką lub jej upoważniony przedstawiciel podpisuje formularz i opatruje go datą.

Formularz jest przekazywany pracownikowi opieki zdrowotnej zajmującemu się osobą objętą opieką wraz z *Zaświadczeniem pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)*.

ZGODA NA UDZIELENIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA POWAŻNIE CHOREGO CZŁONKA RODZINY PRZEZ PRACOWNIKA OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełnia osoba objęta opieką lub upoważniony przedstawiciel; należy przekazać pracownikowi opieki zdrowotnej zajmującemu się osobą objętą opieką wraz z formularzem PFL-4P)

Pracownik wpisuje swoje imię i nazwisko oraz imię, nazwisko i datę urodzenia osoby objętej opieką (pacjenta) na górze każdej strony.

Nazwa ubezpieczyciela pokrywającego koszt wnioskowanego płatnego urlopu rodzinnego na górze formularza jest taka sama jak nazwa ubezpieczyciela podana we *Wniosku o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)*, część B, wiersz 13.

Osoba objęta opieką lub jej upoważniony przedstawiciel muszą wypełnić wszystkie wymagane informacje.

Jeśli osoba objęta opieką nie może wypełnić tego formularza, upoważniony przedstawiciel musi załączyć kopię dokumentacji prawnej, takiej jak pełnomocnictwo w sprawach związanych z opieką zdrowotną lub inne pełnomocnictwo upoważniające przedstawiciela do składania podpisów w imieniu osoby objętej opieką. Pracownik opieki zdrowotnej będzie musiał otrzymać ww. dokumentację upoważnienia, chyba że upoważnionym przedstawicielem jest rodzic składający podpis w imieniu niepełnoletniego dziecka.

Powiadomienie zgodnie z Ustawą stanu Nowy Jork o ochronie prywatności (Ustawa o urzędnikach państwowych, artykuł 6-A) i Ustawą federalną o prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Upoważnienie Rady ds. Wynagrodzeń Pracowniczych („Rady”) do pobierania od pracowników danych osobowych, w tym numerów ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej, opiera się na kompetencjach administracyjnych Rady zgodnie z Ustawą o wynagrodzeniach pracowniczych, punkt 142. Informacje te są gromadzone, aby ułatwić Radzie rozpatrywanie wniosków i zarządzanie nimi w możliwie najsprawniejszy sposób oraz prowadzenie rzetelnej dokumentacji. Podawanie Radzie numeru ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Rada będzie chronić poufność wszystkich posiadanych przez siebie danych osobowych i ujawniać je wyłącznie w ramach pełnienia swoich obowiązków służbowych oraz zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Imię i nazwisko osoby objętej opieką (pacjenta) (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia osoby objętej opieką (pacjenta) (MM/DD/RRRR)

/ /

ZGODA NA UDZIELENIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA POWAŻNIE CHOREGO CZŁONKA RODZINY PRZEZ PRACOWNIKA OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełnia osoba objęta opieką lub upoważniony przedstawiciel; należy przekazać pracownikowi opieki zdrowotnej zajmującemu się osobą objętą opieką wraz z formularzem PFL-4P)

Ja, , upoważniam pracownika opieki zdrowotnej wskazanego w niniejszym formularzu do udzielania informacji na temat mojego stanu zdrowia i ubezpieczycielowi jego pracodawcy .

Rodzaje udzielanych informacji: Niniejszy formularz upoważnia wskazanego pracownika opieki zdrowotnej do udzielenia informacji o Pana/ Pani stanie zdrowia na podstawie załączonej dokumentacji medycznej. Formularz ten upoważnia pracownika opieki zdrowotnej zajmującemu się Panem/Panią do udzielenia wyłącznie informacji w Pana/ Pani dokumentacji medycznej dotyczących choroby, która stanowi podstawę ubiegania się przez wnioskodawcę o uzyskanie świadczeń w ramach płatnego urlopu rodzinnego.

Okres, na jaki udzielana jest zgoda: Niniejsze upoważnienie wygasa po upływie jednego roku lub z chwilą jego uchylecia przez Pana/Panią. Zgodę można wycofać w dowolnej chwili. Aby wycofać zgodę, należy wysłać odpowiednie pismo do pracownika opieki zdrowotnej wskazanego na tym formularzu.

Niniejszy formularz NIE uprawnia pracownika opieki zdrowotnej do udzielania poniższych informacji, chyba że udzieli Pan/ Pani na to wyraźnej zgody. Proszę umieścić znak „X” obok każdej informacji, której MOŻE udzielić pracownik opieki zdrowotnej:

☐ Informacje dotyczące HIV/AIDS ☐ Informacje dotyczące zdrowia psychicznego ☐ Leczenie uzależnienia od alkoholu/narkotyków ☐ Dokumentacja psychoterapii

Dane pracownika opieki zdrowotnej (uzupełnia osoba objęta opieką lub jej upoważniony przedstawiciel)

Należy wskazać pracownika opieki zdrowotnej obecnie prowadzącego leczenie choroby, która stanowi podstawę ubiegania się wnioskodawcy o uzyskanie świadczeń w ramach płatnego urlopu rodzinnego.

1. Imię i nazwisko pracownika opieki zdrowotnej

2. Adres korespondencyjny pracownika opieki zdrowotnej

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

3. Numer telefonu pracownika opieki zdrowotnej (wraz z numerem kierunkowym regionu lub kraju)

Ciąg dalszy formularza PFL-3P na następnej stronie



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Imię i nazwisko osoby objętej opieką (pacjenta) (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia osoby objętej opieką (pacjenta) (MM/DD/RRRR)

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

ZGODA NA UDZIELENIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA POWAŻNIE CHOREGO CZŁONKA RODZINY PRZEZ PRACOWNIKA OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełnia osoba objęta opieką lub jej upoważniony przedstawiciel; należy przekazać pracownikowi opieki zdrowotnej zajmującemu się osobą objętą opieką wraz z formularzem PFL-4P) – ciąg dalszy z poprzedniej strony

Formularz PFL-3P – ciąg dalszy z poprzedniej strony

Dane osoby objętej opieką (uzupełnia osoba objęta opieką lub jej upoważniony przedstawiciel)

4. Adres korespondencyjny osoby objętej opieką

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

5. Numer ubezpieczenia społecznego osoby objętej opieką

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

6. Numer telefonu osoby objętej opieką (wraz z numerem kierunkowym regionu lub kraju)

ZAPOZNAĆ SIĘ Z PONIŻSZYM TEKSTEM OŚWIADCZENIA I PODPISAĆ

Niniejszym wyrażam zgodę na przekazanie przez wskazanego pracownika opieki zdrowotnej uzupełnionego *Zaświadczenia pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)* wnioskodawcy wskazanemu na formularzu PFL-4P. Jestem świadomy(-a), że informacje tego rodzaju obejmują rozpoznanie i rokowania dotyczące mojej aktualnej choroby, datę jej wystąpienia oraz oszacowanie skali pomocy wymaganej ze strony pracownika wnioskującego o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego w związku z moją obecną chorobą.

Podpis osoby objętej opieką

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

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

Upoważniony przedstawiciel

Imię i nazwisko drukowanymi literami

Ja, _____, reprezentuję osobę objętą opieką w tej sprawie na podstawie:

☐ Praw rodzicielskich
 ☐ Pełnomocnictwa (załączyć kopię)
 ☐ Decyzji sądu (załączyć kopię)
 ☐ Pełnomocnictwa w sprawach związanych z opieką zdrowotną (załączyć kopię)

Podpis upoważnionego przedstawiciela

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

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

Pracownik powinien zachować kopię do własnej dokumentacji.

Instrukcje dotyczące Zaświadczenia pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)

Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny w celu sprawowania opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny musi złożyć *Zaświadczenie pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)* wraz z *Wnioskiem o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)*.

Pracownik:

- Pracownik wpisuje swoje imię i nazwisko, datę urodzenia, inne nazwiska (jeśli dotyczy), pod którymi był zatrudniony, numer ubezpieczenia społecznego lub numer identyfikacyjny podatnika (TIN), adres korespondencyjny oraz imię, nazwisko i datę urodzenia osoby objętej opieką (pacjenta) na górze strony 1.
- Pracownik wpisuje swoje imię, nazwisko i datę urodzenia oraz imię, nazwisko i datę urodzenia osoby objętej opieką (pacjenta) na górze strony 2.
- Pracownik przekazuje *Zaświadczenie pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)* pracownikowi opieki zdrowotnej.

ZAŚWIADCZENIE PRACOWNIKA OPIEKI ZDROWOTNEJ O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD POWAŻNIE CHORYM CZŁONKIEM RODZINY (wypełnia pracownik opieki zdrowotnej zajmujący się osobą objętą opieką (pacjentem) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)

Pracownik opieki zdrowotnej prowadzący pacjenta musi wypełnić wszystkie wymagane informacje, chyba że zaznaczono, iż są one opcjonalne.

Dane pacjenta / poważnie chorego członka rodziny (wypełnia pracownik opieki zdrowotnej zajmujący się osobą objętą opieką (pacjentem) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)

Pytanie 2: Zaleca się podanie opcjonalnego kodu ICD-10.

Pracownik opieki zdrowotnej prowadzący pacjenta musi wypełnić sekcje „Dane pacjenta” oraz „Pracownik opieki zdrowotnej” w *Zaświadczeniu pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)*.

Pracownik opieki zdrowotnej podpisuje formularz, opatruje go datą, a następnie zwraca go pracownikowi wnioskującemu o płatny urlop rodzinny.

W przypadku podejrzenia, że pacjent jest ofiarą nadużycia lub zaniedbania spowodowanego przez pracownika wnioskującego o PFL można odmówić udzielenia niniejszej certyfikacji.

Pracownik:

- Po otrzymaniu wypełnionego formularza *Zaświadczenia pracownika opieki zdrowotnej o sprawowaniu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (formularz PFL-4P)* od pracownika opieki zdrowotnej należy wysłać wypełnione formularze i dokumentację uzupełniającą ubezpieczycielowi.

Powiadomienie zgodnie z Ustawą stanu Nowy Jork o ochronie prywatności (Ustawa o urzędnikach państwowych, artykuł 6-A) i Ustawą federalną o prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Upoważnienie Rady ds. Wynagrodzeń Pracowniczych („Rady”) do pobierania od pracowników danych osobowych, w tym numerów ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej, opiera się na kompetencjach administracyjnych Rady zgodnie z Ustawą o wynagrodzeniach pracowniczych, punkt 142. Informacje te są gromadzone, aby ułatwić Radzie rozpatrywanie wniosków i zarządzanie nimi w możliwie najsprawniejszy sposób oraz prowadzenie rzetelnej dokumentacji. Podawanie Radzie numeru ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Rada będzie chronić poufność wszystkich posiadanych przez siebie danych osobowych i ujawniać je wyłącznie w ramach pełnienia swoich obowiązków służbowych oraz zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

/ /

Inne nazwiska (jeśli dotyczy), pod jakimi był zatrudniony pracownik

Numer ubezpieczenia społecznego lub TIN pracownika

- -

Adres korespondencyjny pracownika

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

Imię i nazwisko osoby objętej opieką (pacjenta) (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia osoby objętej opieką (pacjenta) (MM/DD/RRRR)

/ /

ZAŚWIADCZENIE PRACOWNIKA OPIEKI ZDROWOTNEJ O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD POWAŻNIE CHORYM CZŁONKIEM RODZINY (wypełnia pracownik opieki zdrowotnej zajmujący się osobą objętą opieką (pacjentem) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)

Dane pacjenta / poważnie chorego członka rodziny (wypełnia pracownik opieki zdrowotnej zajmujący się osobą objętą opieką (pacjentem) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)

1. Czy pacjent wymaga opieki ze strony pracownika wnioskującego o płatny urlop rodzinny (PFL)?

☐ Tak ☐ Nie (Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, należy przejść do „Danych pracownika opieki zdrowotnej”).

Uwaga: W niniejszej sekcji „zapewnienie opieki” może obejmować wymaganą opiekę fizyczną, wsparcie emocjonalne, odwiedziny, pomoc w leczeniu, transport, organizowanie zmian w opiece, pomoc w podstawowych codziennych czynnościach, jak również pełnienie funkcji osobistego pomocnika.

2. Kod klasyfikacji podstawowej ICD-10 (opcjonalny)

3. Rozpoznanie

4. Data wystąpienia choroby pacjenta (MM/DD/RRRR)

/ /

5. Pierwszy dzień wymaganej opieki nad pacjentem (MM/DD/RRRR)

/ /

6. Szacowana data, od której opieka nad pacjentem nie będzie konieczna (MM/DD/RRRR)

/ /

7. Szacowana liczba dni w tygodniu LUB dni w miesiącu, w które pacjent wymaga opieki

Dni/tydzień

LUB

Dni/miesiąc

Dane pracownika opieki zdrowotnej (wypełnia pracownik opieki zdrowotnej zajmujący się osobą objętą opieką (pacjentem) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)

8. Imię i nazwisko pracownika opieki zdrowotnej

Formularz PFL-4P – ciąg dalszy z poprzedniej strony



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

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

Imię i nazwisko osoby objętej opieką (pacjenta) (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia osoby objętej opieką (pacjenta) (MM/DD/RRRR)

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

ZAŚWIADCZENIE PRACOWNIKA OPIEKI ZDROWOTNEJ O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD POWAŻNIE CHORYM CZŁONKIEM RODZINY (wypełnia pracownik opieki zdrowotnej zajmujący się osobą objętą opieką (pacjentem) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)
 – ciąg dalszy z poprzedniej strony

Formularz PFL-4P – ciąg dalszy z poprzedniej strony

9. Rodzaj pracownika opieki zdrowotnej:

- ☐ Lekarz medycyny (MD)
☐ Lekarz osteopata (DO)
☐ Lekarz podiatra (DPM)
☐ Lekarz chiropraktyk (DC)

- ☐ Lekarz stomatolog (DDS/DDM)
☐ Felczer (PA)
☐ Pielęgniarka (NP)
☐ Licencjonowany psycholog

- ☐ Licencjonowany pracownik społeczny (LMSW/LCSW)
☐ Inny (proszę określić)

10. Adres korespondencyjny pracownika opieki zdrowotnej

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

11. Numer telefonu pracownika opieki zdrowotnej (wraz z numerem kierunkowym regionu lub kraju)

12. Numer faksu pracownika opieki zdrowotnej (wraz z numerem kierunkowym regionu lub kraju)

13. Adres e-mail pracownika opieki zdrowotnej (jeśli dotyczy)

14. Stan lub kraj (jeśli inny niż USA), w którym pracownik opieki zdrowotnej ma prawo wykonywania zawodu

15. Specjalizacja

16. Numer prawa wykonywania zawodu pracownika opieki zdrowotnej

Zaświadczenie i podpis

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem defraudacji towarzystwa ubezpieczeniowego lub innej osoby, składa wniosek o ubezpieczenie lub zgłasza roszczenie zawierające w istocie nieprawdziwe informacje bądź ukrywa informacje dotyczące wszelkich istotnych faktów dla takiego wniosku lub roszczenia w celu wprowadzenia innych osób w błąd, popełnia czyn określany jako nadużycie ubezpieczeniowe, traktowany jako przestępstwo, i podlega karze cywilnej do kwoty pięciu tysięcy dolarów i podanej wartości roszczenia za każde takie naruszenie.

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są oparte na mojej profesjonalnej ocenie w zakresie praktyki, do której wykonywania jestem uprawniony(-a).

Podpis pracownika opieki zdrowotnej

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

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