

# Как запросить оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам для ухода за тяжелобольным членом семьи



Paid Family  
Leave

## Перед подачей заявления



Изучите требования для получения оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам. (См. следующую страницу или посетите веб-сайт [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov).)



**Запланируйте отпуск.** Отпуск можно взять единовременно или по частям, но за один раз можно брать не менее одного целого рабочего дня.



Вы должны уведомить своего работодателя не позднее чем за 30 дней до начала отпуска (если его можно спланировать) или сразу после получения соответствующей информации.

## Заполните формы и приложите необходимые документы



### Заполните **Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форму PFL-1)**

- Заполните свой раздел формы, сделайте копию и передайте форму своему работодателю для заполнения **Части В**.
- Ваш работодатель обязан вернуть вам заполненную **форму PFL-1** в течение трех рабочих дней. Если возникла задержка, вы можете выполнять дальнейшие действия, не дожидаясь возвращения вам формы. Отправьте заполненную вами **форму PFL-1** вместе с другими обязательными документами непосредственно в страховую компанию.



### Заполните **Разрешение на раскрытие личной медицинской информации согласно Закону об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (форму PFL-3)**

- Ваш член семьи (получатель медицинских услуг) заполняет **форму PFL-3** и предоставляет ее своему поставщику медицинских услуг для хранения. Эта форма разрешает поставщику медицинских услуг предоставлять информацию о серьезном заболевании вашего члена семьи вам и страховой компании вашего работодателя. Не отправляйте эту форму в страховую компанию.



### Заполните **Заявление поставщика медицинских услуг об обслуживании тяжело больного члена семьи (форма PFL-4)**

- Заполните свой раздел, сделайте копию и передайте форму поставщику медицинских услуг, обслуживающему вашу семью, для заполнения **Части В**.
- Попросите поставщика медицинских услуг заполнить его часть формы и своевременно вернуть форму вам.

## Отправьте документы в страховую компанию вашего работодателя



Вы должны отправить заполненное заявление вместе с документами не позднее чем через 30 дней после начала отпуска, чтобы не потерять причитающиеся вам выплаты.

Сделайте копию всех форм и документов и сохраните их.

Отправьте по почте или факсом заполненную **форму PFL-1** и **форму PFL-4** в страховую компанию вашего работодателя.

Узнать, с какой страховой компанией сотрудничает ваш работодатель, можно несколькими способами:

- Найдите плакат об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам на вашей работе.
- Спросите у вашего работодателя.
- Найдите страховую компанию, с которой сотрудничает ваш работодатель, с помощью приложения для поиска страховщиков работодателей, которое размещено на сайте [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).

Если вы не знаете, с какой страховой компанией сотрудничает ваш работодатель, позвоните на горячую линию Paid Family Leave Helpline по телефону: **(844) 337-6303** (с понедельника по пятницу с 8:30 до 16:30)

НЕ отправляйте заявление и документы на адрес NYS Workers' Compensation Board.

**Отправить формы в страховую компанию должны ВЫ. Это НЕ обязанность вашего работодателя.**



## Важная информация

В большинстве случаев страховая компания должна произвести выплаты или отклонить ваше заявление в течение 18 дней после получения вашего заполненного заявления или после вашего первого дня отпуска, в зависимости от того, какая дата наступает позже. Ваше заявление не может считаться не полностью заполненным только потому, что ваш работодатель не заполнил *Часть B* формы *PFL-1* в течение трех рабочих дней.

Если страховщик отказывается или не может своевременно произвести выплаты или у вас имеется какой-либо другой спорный вопрос, вы можете оспорить действия страховщика. Подробную информацию можно найти на сайте [nyspfla.com](http://nyspfla.com).

Жалобы о дискриминации или репрессивных мерах со стороны работодателя рассматриваются судьей по нарушениям Закона о компенсациях работникам по результатам слушания. Если вы считаете, что ваш работодатель применил в отношении вас дискриминационные или репрессивные меры за то, что вы запросили или взяли оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам, посетите сайт [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov) или позвоните по телефону **(844) 337-6303**.



## Право на получение отпуска

- Вы можете взять оплачиваемый отпуск с гарантированным сохранением труда для ухода за тяжелобольным членом семьи, чтобы быть рядом с ним в то время, когда помочь больше всего нужно. Помощь может включать следующее:
    - Необходимый физический уход
    - Эмоциональная поддержка
    - Посещения
    - Помощь в лечении
    - Транспортировка
    - Организация изменения режима ухода
    - Повседневная помощь
    - Услуги персонального помощника
  - Правила распространяются на уход за следующими членами семьи:
    - супруг, супруга;
    - семейный партнер;
    - родной или приемный ребенок;
    - родной или приемный родитель;
    - отец или мать супруга/супруги;
    - бабушка или дедушка;
    - внук или孙女.
- Большинство работников, работающих в штате Нью-Йорк у частных работодателей, имеют право на получение оплаченного отпуска по семейным обстоятельствам (ООС).
    - Работники, занятые полный рабочий день. Если вы работаете по регулярному графику 20 или более часов в неделю, вы получаете право на ООС после того, как отработаете у данного работодателя 26 недель подряд.
    - Работники, занятые неполный рабочий день. Если вы работаете по регулярному графику менее 20 часов в неделю, вы получаете право на ООС после того, как вы отработаете у данного работодателя 175 дней, которые не обязательно должны идти подряд.
  - Государственные служащие, не представленные профсоюзом, могут иметь страховку для получения ООС, если их работодатель добровольно присоединился к этой программе. Государственные служащие, представленные профсоюзом, имеют страховку для получения ООС, только если эта льгота была согласована в рамках коллективного договора.
  - Гражданство и/или иммиграционный статус работника не влияют на получение такого отпуска.
  - Если вы считаете, что имеете право на получение ООС, вы можете подать заявление, и страховая компания примет решение.
  - Если у вас возникли вопросы о правилах участия в программе, позвоните на горячую линию PFL по телефону **(844) 337-6303**.

**ВНИМАНИЕ!** Отправить формы в страховую компанию должны Вы. Это НЕ обязанность вашего работодателя.



# Инструкции по оформлению запроса на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R)

- Чтобы запросить получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (OOC) (Paid Family Leave, PFL), запрашивающий ООС работник должен заполнить часть А *запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R)*. Все пункты формы являются обязательными для заполнения, кроме пунктов, помеченных как необязательные. После этого работник подает форму работодателю для заполнения части В.
- Работодатель заполняет часть В *запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R)* и в течение трех дней возвращает ее работнику.
- В зависимости от вида запрашиваемого отпуска требуется заполнить те или иные дополнительные формы. Ответственность за заполнение этих форм несет запрашивающий отпуск работник.
- Работник подает запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R) с требующейся дополнительной формой покрывающей ООС страховой компании работодателя, указанной в части В запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R).**  
Работник должен сохранять у себя копии всех поданных форм для справки.

## ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником)

Запрашивающий ООС работник должен указать всю необходимую информацию.

### Запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС) (заполняется работником)

**Вопрос № 12.** Ребенок — это биологический, приемный или взятый на воспитание сын либо биологическая, приемная или взятая на воспитание дочь, пасынок, падчерица, законный воспитанник либо законная воспитанница, сын либо дочь сожителя или сожительницы или лицо, в отношении которого работник заменяет родителей. Родитель — это биологический или патронатный родитель, усыновитель (-ница) / уочеритель (-ница), родитель супруга (-и), отчим или мачеха, законный опекун или иное лицо, заменившее родителей работника, когда он был ребенком.

**Вопрос № 13** Если период времени является непрерывным, работник должен указать начальную и конечную даты запрашиваемого ООС. Это должны быть даты, когда ООС фактически начинается и заканчивается. Если начальная и конечная даты точно не известны, определите их приблизительно и поставьте отметку напротив надписи «Даты являются приблизительными». Если период времени разбит на части, укажите даты начала и окончания каждой части, в течение которой будет братьсяся ООС. Страйтесь указывать данные как можно

точнее. Если даты неизвестны или определены приблизительно, поставьте отметку напротив надписи «Даты являются приблизительными».

Если даты являются приблизительными, покрывающая ООС страховая компания может потребовать, чтобы вы подавали запрос на оплату **после** того, как фактически возьмете день ООС. Выплаты по утвержденным требованиям осуществляются в кратчайшие сроки, но не позднее 18 дней с даты заполнения запроса.

**Вопрос № 14.** Если работник подает запрос на оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (PFL) работодателю с предварительным уведомлением менее чем за 30 дней до начальной даты PFL, такой работник должен объяснить, почему уведомление не могло быть подано раньше. Если для объяснения мало места, отведенного в форме, укажите «См. в приложении» и приложите такое объяснение к форме. В верхней части приложения обязательно укажите полное имя, фамилию и дату рождения работника.

## Информация о трудоустройстве (заполняется работодателем)

**Вопрос № 16.** Как можно точнее укажите дату приема на работу. Если с момента приема на работу прошло более года, достаточно указать год трудоустройства.

**Вопрос № 18.** Максимально точно укажите средний размер начисленной заработной платы за неделю. Включайте только те суммы заработной платы, которые были заработаны у работодателя, указанного в этой форме запроса. **Начисленная заработная плата за неделю — это общая плата за неделю (включая оплату сверхурочных работ, чаевые, премии и комиссионные вознаграждения) до каких-либо осуществляемых работодателем удержаний**, таких как федеральные налоги и налоги штата. Если работодатель не в состоянии предоставить такие данные, работник может рассчитать начисленную заработную плату за неделю следующим образом.

**Шаг 1.** Сложите все суммы начисленной заработной платы (до каких-либо удержаний), полученной за последние восемь недель до начала ООС, включая оплату сверхурочных работ и чаевые. (См. шаг 3 для получения указаний по расчету премий и/или комиссионных вознаграждений.)

**Шаг 2.** Разделите сумму начисленной заработной платы, рассчитанную на первом шаге, на восемь (или на количество фактически отработанных недель, если оно меньше восьми), чтобы рассчитать средний размер заработной платы за неделю.

**Шаг 3.** Если в течение 52 недель перед PFL работник получал премии и/или комиссионные выплаты, прибавьте пропорциональную недельную сумму к средней заработной

плате за неделю. Для определения пропорциональной недельной суммы просуммируйте все премии / комиссионные выплаты, заработанные за предшествующие 52 недели, а полученный результат разделите на 52.

Пример расчета суммы начисленной заработной платы за неделю

Неделя 1: начисленная заработка	платы, включая оплату сверхурочных работ	550 долл.
Неделя 2: начисленная заработка	платы	500 долл.
Неделя 3: начисленная заработка	платы	500 долл.
Неделя 4: начисленная заработка	платы	500 долл.
Неделя 5: начисленная заработка	платы	500 долл.
Неделя 6: начисленная заработка	платы, включая оплату сверхурочных работ	500 долл.
Неделя 7: начисленная заработка	платы, включая оплату сверхурочных работ	600 долл.
Неделя 8: начисленная заработка	платы, включая оплату сверхурочных работ	550 долл.
Всего =		4200 долл.
Разделить на 8		525 долл.
Средний размер заработной платы за неделю =		525 долл.
Премии, заработанные за предшествующие 52 недели		2600 долл.
Разделить на 52		50 долл.
Пропорциональная недельная сумма премии =		50 долл.

*Продолжение инструкций по заполнению формы PFL-1R см. на следующей странице*

**ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ** (заполняется работником): продолжение предыдущей страницы

<i>Продолжение инструкций по заполнению формы PFL-1R, приведенных на предыдущей странице</i>	
Средний размер заработной платы за неделю	525 долл.
Пропорциональная недельная сумма премии	+ 50 долл.
<b>Средний размер заработной платы за неделю (включая премии) =</b>	<b>575 долл.</b>

Обратите внимание, что работодатель также должен указать эти данные в части В запроса на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R).

**Если вы подаете форму предварительно:** укажите, если работник предварительно подает свой запрос на ООС.

Предварительная подача представляет собой подачу заявления раньше предстоящего квалифицирующего события без указания определенных обязательных данных вследствие того, что такая информация неизвестна на момент подачи. Если предварительная подача допускается страховой компанией или самозастрахованным

работодателем, недостающие данные следует предоставить, как только они станут известны. Пособия не могут быть назначены до тех пор, пока не будет представлена вся необходимая информация.

Покрывающая ООС страховая компания или самозастрахованный работодатель в течение пяти дней направят работнику уведомление с 1) сообщением о том, что требование находится на рассмотрении; 2) указанием недостающих данных; 3) инструкциями по порядку подачи недостающих данных. **После получения всех данных у покрывающей ООС страховой компании или самозастрахованного работодателя есть 18 дней, чтобы оплатить или отклонить требование.**

Если страховщик или самозастрахованный работодатель не разрешает предварительную подачу, страховщик или самозастрахованный работодатель в течение пяти дней должен вернуть работнику запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам с объяснениями, что требование следует подать повторно, когда вся информация будет в наличии.

**Перед подачей этой формы работодателю для заполнения  
части В работник проставляет подпись и дату.**

**ЧАСТЬ В. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ** (заполняется работодателем)

**Работодатель запрашивающего ООС работника должен заполнить все данные в части В.**

**Вопрос № 2.** Если в качестве федерального идентификационного номера работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN) используется номер социального обеспечения, укажите номер социального обеспечения.

**Вопрос № 3.** Укажите код стандартной отраслевой классификации (Standard Industrial Classification, SIC) работодателя. Если вы не знаете свой код SIC, обратитесь к страховщику.

**Вопрос № 8.** Код профессии работника можно найти здесь: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm).

**Вопрос № 9.** Укажите суммы заработной платы, заработанные работником за последние восемь месяцев, предшествующие дате начала ООС. Выплаченная начисленная сумма — это начисленная плата за неделю, включая суммы оплаты сверхурочных работ и чаевых, заработанные за такую неделю, плюс недельная пропорциональная сумма премий и комиссионных вознаграждений, полученных за предшествующие 52 недели. (См. разъяснения к вопросу № 18, начиная со стр. 1 инструкций, с подробным пошаговым описанием расчета.) Рассчитайте средний размер начисленной заработной платы за неделю, сложив выплаченные начисленные суммы и разделив полученный результат на восемь (или на количество фактически отработанных недель, если оно меньше восеми).

**Подтверждение наличия у сотрудника права на ООС.** Работник с регулярным графиком работы 20 или более часов в неделю должен проработать не менее 26 недель подряд. Работник с регулярным графиком работы менее 20 часов в неделю должен проработать 175 дней.

**Работодатель подписывает и проставляет дату, а затем возвращает форму сотруднику, подающему запрос на ООС, в течение трех рабочих дней.**

**Обязательно следует заполнить надлежащие дополнительные формы ООС на основе типа запрашиваемого ООС.**

Примечание в соответствии с законом «О защите персональных данных штата Нью-Йорк» (New York Personal Privacy Protection Law) (статьей 6-A закона «О государственных служащих» (Public Officers Law)) и Федеральным законом «О конфиденциальности» (Federal Privacy Act) от 1974 г. (§ 552a 5-го Свода законов США (U.S.C.)).

Право Совета по компенсации работникам (далее — Совет) требовать от работников представления личных данных, включая номер социального обеспечения или идентификационный номер налогоплательщика, обусловлено следственными полномочиями Совета по § 142 закона «О компенсации работникам» (Workers' Compensation Law). Сбор этой информации осуществляется, чтобы помочь Совету наиболее эффективно расследовать заявления и управлять ими, а также вести их точный учет. Представление Совету номера социального обеспечения или идентификационного номера налогоплательщика является добровольным. Совет обеспечивает конфиденциальность всех персональных данных, находящихся в его распоряжении, и передает их только в рамках своих официальных обязанностей и в соответствии с требованиями применимого законодательства, действующего на уровне штата и на федеральном уровне.



# Paid Family Leave

## Запрос на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R)

УКАЗАНИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ФОРМУ

### ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником)

1. Официальное имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

2. Другие фамилии (если есть), под которыми работал работник

3. Почтовый адрес работника

Номер дома и улица

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

4. Номер социального обеспечения или ИИН работника

  -  -  -  -  -  

5. Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

  /  /  -  -  -  

6. Основной номер телефона работника

(  -  )  -  -  -  -  

7. Предпочитаемый адрес электронной почты работника во время ООС (если есть)

8. Пол работника

Мужской  Женский  Не обозначен/другое

9. Предпочитаемый язык работника

<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Русский	<input type="checkbox"/> Polski
<input type="checkbox"/> 中文	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Kreyòl ayisyen	<input type="checkbox"/> 한국어
<input type="checkbox"/> Другой			

### Дополнительно (для целей исследования)

10. Национальность / расовая принадлежность работника

Исключительно для целей медико-демографических исследований. (Кодекс Центров профилактики и контроля заболеваемости США (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC), версия 1.0.)

Является ли работник испаноязычным или выходцем из стран Латинской Америки? (Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Мексиканец
- Мексикано-американец
- Чикано
- Пуэрториканец
- Доминиканец
- Кубинец
- Другой испаноязычный или выходец из стран Латинской Америки?
- Не испаноязычный и не выходец из стран Латинской Америки
- Неизвестно

Какова расовая принадлежность работника?

(Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Чернокожий или афроамериканец
- Индиец
- Китаец
- Филиппинец
- Японец
- Кореец
- Вьетнамец
- Уроженец другой азиатской страны
- Белый
- Коренной житель Гавайских островов
- Гуамец или чаморро
- Самоанец
- Уроженец других островов Тихого океана
- Другая расовая принадлежность

### Запрос на получение оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС) (заполняется работником)

11. Основание для подачи запроса на ООС:  Проведение времени с ребенком  Уход за членом семьи  
 Квалифицирующее событие, связанное с военной службой

12. Кем член семьи приходится работнику:

Ребенок  Супруг (-а)  Сожитель (сожительница)  Отец/мать  Отец/мать супруга (-и)  Дедушка/бабушка  Внук/внучка

Продолжение формы PFL-1R см. на следующей странице



## ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

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

## ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником): продолжение предыдущей страницы

Продолжение формы PFL-1R с предыдущей страницы

## 13. Будет ли ООС братьсяся на непрерывный период и/или разделяться на части?

<input type="checkbox"/>	Непрерывный	Дата начала ООС (ММ/ДД/ГГГГ)	Дата окончания ООС (ММ/ДД/ГГГГ)	<input type="checkbox"/> Даты являются приблизительными
Укажите даты начала и окончания периодов, в которые будете брать ООС:			<input type="checkbox"/> Даты являются приблизительными	
<input type="checkbox"/>	Разбит на части			

## 14. Если уведомление работодателю предоставляется позднее чем за 30 дней, приведите объяснение:

## Информация о трудоустройстве (заполняется работодателем)

## 15. Название предприятия

16. Дата приема работника на работу (ММ/ДД/ГГГГ) 


## 17. Место работы работника

Номер дома и улица

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

18. Средний размер начисленной заработной платы работника за неделю

(эти данные запрашиваются как у работника, так и у работодателя) \_\_\_\_\_

19. Номер телефона работника для связи относительно настоящего запроса ( 


 ) 


 - 


20а. У работника есть несколько работодателей?  Да  Нет20б. Если да, берет ли работник ООС у другого работодателя?  Да  Нет21. Получает ли работник в настоящее время компенсацию в связи с потерей заработной платы?  Да  Нет

Заявление относительно раскрытия информации: информация относительно получаемых работником пособий в связи с ООС, такая как полученные выплаты и виды отпуска, будет предоставлена работодателю.

## Заявление и подпись

Любое лицо, которое, имея целью заведомый и намеренный обман страховой компании или другого лица, предоставляет заявление на получение страховки или страховое требование, содержащие ложную по существу информацию, или с целью введения в заблуждение скрывает информацию, существенную при представлении заявления или страхового требования, совершает акт страхового мошенничества, который является преступлением, и за каждое такое нарушение предусмотрена гражданско-правовая санкция, не превышающая пяти тысяч долларов и заявленной стоимости страхового требования.

Настоящим я подаю запрос на получение выплат в рамках оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в соответствии с законом штата Нью-Йорк «О компенсации работникам». Своей подписью подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставляемая мной информация является точной и достоверной.

Подпись работника

Дата подписания (ММ/ДД/ГГГГ)

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

Я подаю эту форму заранее (см. инструкции относительно предварительной подачи). Я понимаю, что страховая компания свяжется со мной, чтобы объяснить порядок подачи недостающей информации.

## ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

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

## ЧАСТЬ В. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем)

## 1. Полное юридическое название и почтовый адрес предприятия

Название предприятия

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

## 2. Федеральный идентификационный номер (FEIN) работодателя

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

## 3. Код стандартной отраслевой классификации (SIC) работодателя

--	--	--

## 4. Имя и фамилия контактного лица работодателя по вопросам, касающимся ООС

## 5. Контактный номер телефона работодателя (  -  )

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

## 6. Контактный адрес электронной почты работодателя

## 7. Дата приема работника на работу (ММ/ДД/ГГГГ)

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

8. Должность работника Коды доступны по ссылке: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)

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

## 9. Введите сумму начисленной заработной платы работника за последние 8 недель и рассчитайте средний размер заработной платы за неделю

Количество недель	Дата конца недели (ММ/ДД/ГГГГ)	Количество рабочих дней	Выплаченная начисленная сумма
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Рассчитанный средний размер <b>начисленной недельной заработной платы:</b>			

10. Если работник получал или будет получать полный размер заработной платы во время ООС, будет ли работодатель запрашивать возмещение?  Да  Нет

Продолжение формы PFL-1R см. на следующей странице

## ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

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

## ЧАСТЬ В. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем): продолжение предыдущей страницы

Продолжение формы PFL-1R с предыдущей страницы

11а. За предыдущие 52 недели брал ли работник отпуск в связи со следующим:  Нетрудоспособность в значении законодательства штата Нью-Йорк  
 ООС  И нетрудоспособность, и ООС  Нет

11б. Введите общее количество недель и дней взятого за последние 52 недели отпуска в связи с нетрудоспособностью, и с ООС:

Нетрудоспособность:	Количество недель	Укажите конкретные даты периодов нетрудоспособности:
ООС:	Количество недель	Укажите конкретные даты периодов ООС:

12. Берет ли работник отпуск в соответствии с законом «Об отпуске по уходу за членами семьи» (Family Medical Leave Act, FMLA) одновременно с ООС?  Да  Нет

13. Название и почтовый адрес покрывающей ООС страховой компании

Название покрывающей ООС страховой компании

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

14. Номер телефона покрывающей ООС страховой компании (    )   -

15. Номер полиса ООС

## Заявление и подпись

Я подтверждаю, что работник регулярно работает по 20 или более часов в неделю и уже проработал не менее 26 недель подряд ИЛИ работник регулярно работает менее 20 часов в неделю и уже проработал не менее 175 дней.

Любое лицо, имея целью заведомый и намеренный обман страховой компании или другого лица, предоставляет заявление на получение страховки или страховое требование, содержащие ложную по существу информацию, или с целью введения в заблуждение скрывает информацию, существенную при предоставлении заявления или страхового требования, совершает акт страхового мошенничества, который является преступлением, и за каждое такое нарушение предусмотрена гражданско-правовая санкция, не превышающая пяти тысяч долларов и заявленной стоимости страхового требования.

Я — лицо, уполномоченное подписываться от имени работодателя работника, подавшего запрос на ООС. Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является, насколько мне известно, точной и достоверной.

Подпись уполномоченного лица работодателя

Дата подписания (ММ/ДД/ГГГГ)

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

Должность

# Инструкции по заполнению разрешения на раскрытие личной медицинской информации в соответствии с законом «Об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам» (форма PFL-3R)

- Если работник подает запрос на ООС для ухода за членом семьи, страдающим серьезным заболеванием, то получатель ухода или уполномоченный представитель должен заполнить *разрешение на раскрытие личной медицинской информации в соответствии с законом «Об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам» (форма PFL-3R)* и подать его своему поставщику медицинских услуг вместе с копией *свидетельства поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием (форма PFL-4R)*.
- Разрешение на раскрытие личной медицинской информации в соответствии с законом «Об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам» (форма PFL-3R)* дает право поставщику медицинских услуг заполнить *свидетельство поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием (форма PFL-4R)* и выдать его работнику, обращающемуся за пособиями в связи с ООС.
- Перед заполнением и подписанием формы получатель ухода должен полностью ознакомиться с *разрешением на раскрытие личной медицинской информации в соответствии с законом «Об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам» (форма PFL-3R)*.
- Работник, подающий запрос на ООС, подает и *запрос на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R)*, и *свидетельство поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием (форма PFL-4R)* покрывающей ООС страховой компании работодателя или своему работодателю, если работодатель является самозастрахованной организацией, для установления размера пособия в связи с ООС.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Эта форма будет храниться у поставщика медицинских услуг. Перед тем как передать форму поставщику медицинских услуг, работник должен сделать копию формы для справки.

Получатель ухода или уполномоченный представитель подписывает форму и проставляет дату.

Настоящая форма предоставляется поставщику медицинских услуг получателя ухода вместе со *свидетельством поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием (форма PFL-4R)*.

## РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЧЛЕНА СЕМЬИ С СЕРЬЕЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (заполняется получателем ухода или уполномоченным представителем и подается поставщику медицинских услуг получателя ухода вместе с формой PFL-4R)

Работник указывает свои имя и фамилию, а также имя и фамилию и дату рождения получателя ухода (пациента) в верхней части каждой страницы.

Название обеспечивающей ООС страховой компании, запрашиваемое вверху формы, аналогично названию обеспечивающей ООС страховой компании, указанной в *запросе на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1R)*, часть В, строка 13.

**Получатель ухода или уполномоченный представитель должен заполнить всю применимую запрашиваемую информацию.**

Если получатель ухода не может заполнить эту форму, уполномоченный представитель должен приложить копию правовой документации, например доверенность на принятие решений о медицинской помощи или обычную доверенность, разрешающей представителю подписывать документы от имени получателя ухода. Поставщик медицинских услуг будет запрашивать эту уполномочивающую документацию, кроме случаев, когда уполномоченным представителем является родитель, подписывающийся от имени своего несовершеннолетнего ребенка.

Примечание в соответствии с законом «О защите персональных данных штата Нью-Йорк» (New York Personal Privacy Protection Law) (статьей 6-A закона «О государственных служащих» (Public Officers Law)) и Федеральным законом «О конфиденциальности» (Federal Privacy Act) от 1974 г. (§ 552a 5-го Свода законов США (U.S.C.)).

Право Совета по компенсации работникам (далее — Совет) требовать от работников представления личных данных, включая номер социального обеспечения или идентификационный номер налогоплательщика, обусловлено следственными полномочиями Совета по § 142 закона «О компенсации работникам» (Workers' Compensation Law, WCL). Сбор этой информации осуществляется, чтобы помочь Совету наиболее эффективно расследовать заявления и управлять ими, а также вести их точный учет. Представление Совету номера социального обеспечения или идентификационного номера налогоплательщика является добровольным. Совет обеспечивает конфиденциальность всех персональных данных, находящихся в его распоряжении, и передает их только в рамках своих официальных обязанностей и в соответствии с требованиями применимого законодательства, действующего на уровне штата и на федеральном уровне.



## Paid Family Leave

### Запрос на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам

Разрешение на раскрытие личной медицинской информации

в соответствии с законом «Об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам»

(форма PFL-3R)

### УКАЗАНИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ФОРМУ

#### ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Имя получателя ухода (пациента) (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения получателя ухода (пациента) (ММ/ДД/ГГГГ)

  /  /  

#### РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЧЛЕНА СЕМЬИ С СЕРЬЕЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (заполняется получателем ухода или уполномоченным представителем и подается поставщику медицинских услуг получателя ухода вместе с формой PFL-4R)

Имя получателя ухода (пациента)

Я, \_\_\_\_\_, уполномочиваю своего поставщика медицинских услуг,

указанного в настоящей форме, раскрывать мою личную медицинскую информацию

Имя работника

и покрывающей ООС страховой компании его/ее работодателя

Название покрывающей ООС страховой компании

**Документы, подлежащие раскрытию:** Настоящей формой указанному поставщику медицинских услуг предоставляется разрешение включать информацию из медицинской карты в прилагаемое медицинское свидетельство. Настоящая форма дает поставщику услуг разрешение раскрывать только ту информацию из вашей медицинской карты, которая касается вашего текущего заболевания, являющегося основанием для подачи работником запроса на предоставление ему пособий в связи с оплачиваемым отпуском по семейным обстоятельствам.

**Период действия отзыва разрешения на раскрытие информации:** Действие настоящего разрешения заканчивается через год или после отзыва вами разрешения на раскрытие информации. Вы можете аннулировать настоящее разрешение на раскрытие информации в любое время. Для его аннулирования направьте письмо поставщику медицинских услуг, указанному в настоящей форме.

Настоящая форма НЕ дает права вашему поставщику медицинских услуг раскрывать следующие типы информации, кроме случаев, когда вы конкретно разрешаете такое раскрытие. Поставьте «Х» рядом с информацией, которую ВПРАВЕ раскрывать поставщик медицинских услуг:

- Информация, касающаяся ВИЧ/СПИДа  Информация о психическом здоровье  Лечение алкогольной/наркотической зависимости  
 Сведения о психотерапевтической помощи

#### Информация о поставщике медицинских услуг (заполняется получателем ухода или уполномоченным представителем)

Укажите поставщика медицинских услуг, который в настоящее время предоставляет вам лечение заболевания, являющегося основанием для подачи работником запроса на получение пособий в связи с ООС.

##### 1. Имя поставщика медицинских услуг

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

##### 3. Номер телефона поставщика медицинских услуг (укажите код региона или страны)

Продолжение формы PFL-3R см. на следующей странице



**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ**

**Имя работника** (имя, инициал второго имени, фамилия)

**Имя получателя ухода (пациента)** (имя, инициал второго имени, фамилия)

**Дата рождения получателя ухода (пациента) (ММ/ДД/ГГГГ)**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЧЛЕНА СЕМЬИ С СЕРЬЕЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** (заполняется получателем ухода или уполномоченным представителем и подается поставщику медицинских услуг получателя ухода вместе с формой PFL-4R), продолжение предыдущей страницы

*Продолжение формы PFL-3R с предыдущей страницы*

**Информация о получателе ухода** (заполняется получателем ухода или уполномоченным представителем)

**4. Почтовый адрес получателя ухода**

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

**5. Номер социального обеспечения получателя ухода**

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**6. Номер телефона получателя ухода** (представьте код региона или страны)

**ПРОЧИТАЙТЕ И ПОДПИШИТЕ НИЖЕ**

Настоящим я подаю запрос на предоставление указанным поставщиком медицинских услуг заполненного *свидетельства поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием* (форма PFL-4R) работнику, указанному в форме PFL-4R. Я понимаю, что такая информация содержит диагноз и прогноз моего текущего заболевания, дату его начала и оценку объема необходимого мне ухода со стороны работника, обращающегося за пособиями в связи с ООС вследствие моего текущего заболевания.

Подпись получателя ухода

Дата подписания (ММ/ДД/ГГГГ)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Уполномоченный представитель**

Имя и фамилия печатными буквами

Я,  
следующего:

, представляю в этом вопросе получателя ухода на основании

- Родительские права  Доверенность (приложить копию)  Судебное предписание (приложить копию)  
 Доверенность на принятие решений о медицинской помощи (приложить копию)

Подпись уполномоченного представителя

Дата подписания (ММ/ДД/ГГГГ)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Работник должен сохранять копию у себя для справки.**

# Инструкции по заполнению свидетельства поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием (форма PFL-4R)

Работник, подающий запрос на ООС для ухода за членом семьи, страдающим серьезным заболеванием, должен подать *свидетельство поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием* (форма PFL-4R) вместе с *запросом на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам* (форма PFL-1R).

## Работник:

- Работник указывает в верхней части страницы 1 свои имя, фамилию, дату рождения, другие фамилии (если есть), под которыми он работал, номер социального обеспечения или идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), почтовый адрес, а также имя и дату рождения получателя ухода (пациента).
- Работник указывает свои имя и фамилию, а также имя и фамилию и дату рождения получателя ухода (пациента) в верхней части страницы 2.

Работник подает *свидетельство поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием* (форма PFL-4R) поставщику медицинских услуг.

**СВИДЕТЕЛЬСТВО ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ О НЕОБХОДИМОСТИ В УХОДЕ ЗА ЧЛЕНОМ СЕМЬИ С СЕРЬЕЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ** (заполняется поставщиком медицинских услуг получателя ухода (пациента) и возвращается работнику, указанному выше)

**Поставщик медицинских услуг пациента должен заполнить всю применимую запрашиваемую информацию, если не указано, что она является необязательной.**

**Информация о пациенте / члене семьи с серьезным заболеванием** (заполняется поставщиком медицинских услуг получателя ухода (пациента) и возвращается работнику, указанному выше)

**Вопрос № 2.** Рекомендуется предоставление необязательного кода МКБ-10.

Поставщик медицинских услуг пациента должен заполнить разделы «Информация о пациенте» и «Информация о поставщике медицинских услуг» *свидетельства поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием* (форма PFL-4R).

**Поставщик медицинских услуг подписывает и проставляет дату на форме, а затем возвращает ее работнику, подающему запрос на ООС.**

**Если вы считаете, что пациент является жертвой жестокого обращения или отсутствия заботы со стороны работника, подающего запрос на PFL, вы вправе отказаться от предоставления настоящего свидетельства.**

## Работник:

- После получения заполненной формы *свидетельства поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи с серьезным заболеванием* (форма PFL-4R) от поставщика медицинских услуг отправьте заполненные формы и подтверждающую документацию в страховую компанию.

Примечание в соответствии с законом «О защите персональных данных штата Нью-Йорк» (New York Personal Privacy Protection Law) (статьей 6-А закона «О государственных служащих» (Public Officers Law)) и Федеральным законом «О конфиденциальности» (Federal Privacy Act) от 1974 г. (§ 552a 5-го Свода законов США (U.S.C.)).

Право Совета по компенсации работникам (далее — Совет) требовать от работников представления личных данных, включая номер социального обеспечения или идентификационный номер налогоплательщика, обусловлено следственными полномочиями Совета по § 142 закона «О компенсации работникам» (Workers' Compensation Law, WCL). Сбор этой информации осуществляется, чтобы помочь Совету наиболее эффективно расследовать заявления и управлять ими, а также вести их точный учет. Представление Совету номера социального обеспечения или идентификационного номера налогоплательщика является добровольным. Совет обеспечивает конфиденциальность всех персональных данных, находящихся в его распоряжении, и передает их только в рамках своих официальных обязанностей и в соответствии с требованиями применимого законодательства, действующего на уровне штата и на федеральном уровне.



# Paid Family Leave

Запрос на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам  
Свидетельство поставщика медицинских услуг о необходимости в уходе за членом семьи  
с серьезным заболеванием (форма PFL-4R)

УКАЗАНИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ФОРМУ

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ**

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

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

Другие фамилии (если есть), под которыми работал работник

Номер социального обеспечения или ИНН работника

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

Почтовый адрес работника

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

Имя получателя ухода (пациента) (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения получателя ухода (пациента) (ММ/ДД/ГГГГ)

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

**СВИДЕТЕЛЬСТВО ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ О НЕОБХОДИМОСТИ В УХОДЕ ЗА ЧЛЕНОМ СЕМЬИ С СЕРЬЕЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ** (заполняется поставщиком медицинских услуг получателя ухода (пациента) и возвращается работнику, указанному выше)

**Информация о пациенте / члене семьи с серьезным заболеванием** (заполняется поставщиком медицинских услуг получателя ухода (пациента) и возвращается работнику, указанному выше)

1. Требуется ли пациенту уход со стороны работника, подающего запрос на оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (ООС)?

Да  Нет (Если «Нет», перейдите к разделу «Информация о поставщике медицинских услуг».)

**Примечание.** В контексте настоящего раздела «предоставление ухода» может включать необходимый физический уход, эмоциональную поддержку, посещение, помочь в лечении, перевозку, организацию изменения ухода, помочь в важных повседневных жизненных вопросах и услуги личной сиделки.

2. Первичный код МКБ-10 (необязательно)

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

3. Диагноз

4. Дата начала заболевания пациента (ММ/ДД/ГГГГ)

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

5. Дата, с которой пациент нуждается в уходе (ММ/ДД/ГГГГ)

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

6. Предполагаемая дата, когда пациент больше не будет нуждаться в уходе (ММ/ДД/ГГГГ)

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

7. Примерное количество дней в неделю ИЛИ дней в месяц, необходимых для ухода за пациентом

Количество дней  
в неделю

ИЛИ

Количество дней  
в месяц

**Информация о поставщике услуг** (заполняется поставщиком медицинских услуг получателя ухода (пациента) и возвращается работнику, указанному выше)

8. Имя поставщика медицинских услуг

Продолжение формы PFL-4R с предыдущей страницы



## ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

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

Имя получателя ухода (пациента) (имя, инициал второго имени, фамилия)

Дата рождения получателя ухода (пациента) (ММ/ДД/ГГГГ)

--	--	--	--	--

## СВИДЕТЕЛЬСТВО ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ О НЕОБХОДИМОСТИ В УХОДЕ ЗА ЧЛЕНОМ СЕМЬИ С СЕРЬЕЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ (заполняется поставщиком медицинских услуг получателя ухода (пациента) и возвращается работнику, указанному выше), продолжение предыдущей страницы

## Продолжение формы PFL-4R с предыдущей страницы

## 9. Тип поставщика медицинских услуг:

- Врач по лечебному делу (MD)  
 Врач-остеопат (DO)  
 Врач-ортопед (DPM)  
 Врач-хиропрактик (DC)

- Стоматолог (DDS/DDM)  
 Ассистент врача (PA)  
 Практикующая медсестра (NP)  
 Лицензированный психолог

- Лицензированный социальный работник (LMSW/LCSW)  
 Другое (укажите) \_\_\_\_\_

## 10. Почтовый адрес поставщика медицинских услуг

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

## 11. Номер телефона поставщика медицинских услуг (укажите код региона или страны) \_\_\_\_\_

## 12. Номер факса поставщика медицинских услуг (укажите код региона или страны) \_\_\_\_\_

## 13. Адрес электронной почты поставщика медицинских услуг (если есть) \_\_\_\_\_

## 14. Штат или страна (если не США), в которой поставщик медицинских услуг имеет лицензию на медицинскую практику \_\_\_\_\_

## 15. Специальность \_\_\_\_\_

## 16. Номер лицензии поставщика медицинских услуг \_\_\_\_\_

## Свидетельство и подпись

Любое лицо, имея целью заведомый и намеренный обман страховой компании или другого лица, предоставляет заявление на получение страховки или страховое требование, содержащие ложную по существу информацию, или с целью введения в заблуждение скрывает информацию, существенную при предоставлении заявления или страхового требования, совершает акт страхового мошенничества, который является преступлением, и за каждое такое нарушение предусмотрена гражданско-правовая санкция, не превышающая пяти тысяч долларов и заявленной стоимости страхового требования.

Моя подпись подтверждает, что информация, предоставленная мной в данной форме, основана на моей профессиональной экспертизе в рамках моей лицензированной сферы практики.

Подпись поставщика медицинских услуг

Дата подписания (ММ/ДД/ГГГГ)

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