

COMMENT DEMANDER UN CONGÉ PAYÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

pour créer des liens avec un enfant nouveau-né, adopté ou placé en famille d'accueil



Congé payé de solidarité familiale



AVANT DE DEMANDER UN CONGÉ PAYÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

- Vérifiez les conditions d'admissibilité.** Consultez la page suivante ou le site PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility.
- Planifiez votre congé.** Le congé peut être pris en une seule fois ou de façon intermittente, mais doit être pris par tranches d'une journée complète.
- Avisez votre employeur au moins 30 jours à l'avance**, dans les cas prévisibles, ou le plus tôt possible.

REMP LISSEZ VOS FORMULAIRES ET JOIGNEZ LA DOCUMENTATION REQUISE

Remplissez le formulaire de **Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)**.

Remarque : Ce formulaire comporte des sections qui doivent être remplies par vous et par votre employeur.

- Remplissez votre section, faites-en une copie, et remettez le formulaire à votre employeur pour qu'il remplisse la **partie B**.
- Votre employeur est tenu de vous renvoyer le **formulaire PFL-1** dans les **trois jours ouvrables**. S'il y a un retard, vous pouvez quand même procéder. Envoyez le **formulaire PFL-1** que vous avez rempli accompagné du reste de votre dossier de demande directement à la compagnie d'assurance de votre employeur.

Remplissez le formulaire **Certification de création de liens (formulaire PFL-2)**

- Remplissez le **formulaire PFL-2** et joignez la documentation requise. (Voir la page suivante pour plus de détails.)

SOUMETTEZ À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DE VOTRE EMPLOYEUR

Vous devez soumettre votre dossier de demande dûment rempli à la compagnie d'assurance de votre employeur dans les 30 jours suivant le début de votre congé pour éviter de perdre vos prestations.

Conservez une copie de tous les formulaires et documentations pour vos dossiers.

Envoyez ou faxez le **formulaire PFL-1** et le **formulaire PFL-2**, ainsi que la documentation requise, à la compagnie d'assurance de votre employeur.

Pour savoir qui est la compagnie d'assurance de votre employeur, vous pouvez :

- consulter l'affiche sur les congés payés de solidarité familiale sur votre lieu de travail.
- poser la question à votre employeur.
- faire une recherche à l'aide de l'application de recherche de couverture d'employeur sur wcb.ny.gov.

Si vous ne trouvez pas la compagnie d'assurance de votre employeur, appelez la ligne d'assistance pour les congés payés de solidarité familiale (PFL) : **(844) 337-6303**.

La ligne d'assistance PFL est ouverte du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30.

Vous êtes priés de NE PAS soumettre votre dossier de demande à la Commission de la santé et de la sécurité au travail de l'État de New York (Workers' Compensation Board).

L'envoi des formulaires à la compagnie d'assurance est VOTRE responsabilité. Ce n'est PAS la responsabilité de votre employeur.



À savoir

- Dans la plupart des cas, la compagnie d'assurance doit vous verser, ou refuser de vous verser, vos prestations dans les **18 jours** suivant la réception de votre demande dûment remplie, ou de votre premier jour de congé, la date la plus tardive étant prise en compte. Votre demande ne peut pas être considérée comme incomplète du seul fait que votre employeur n'a pas rempli la **partie B** du **formulaire PFL-1** dans les **trois jours ouvrables**.
- Si la compagnie d'assurance refuse ou omet de payer vos prestations dans les délais impartis, ou si vous avez un autre litige lié à une demande, vous pouvez demander que les actions de la compagnie d'assurance soient examinées. Vous trouverez des informations supplémentaires à nyspfla.namadr.com.
- Les plaintes concernant de la discrimination ou des représailles de l'employeur sont résolues par un juge de la Commission de la santé et de la sécurité au travail après une audience. Si vous pensez que votre employeur a fait preuve de discrimination ou a exercé des représailles à votre encontre pour avoir pris ou demandé un congé payé de solidarité familiale, consultez le site PaidFamilyLeave.ny.gov/protections ou contactez le **(844) 337-6303**.

Admissibilité

- Les parents peuvent prendre des congés payés et protégés par leur emploi pour créer des liens avec leur nouvel enfant au cours des **12 premiers mois** suivant la naissance, l'adoption ou le placement de l'enfant en famille d'accueil.
- La plupart des employés qui travaillent pour des employeurs privés dans l'État de New York sont couverts par le congé payé de solidarité familiale.
 - **Employés à temps plein** : Si vous travaillez selon un horaire régulier de 20 heures ou plus par semaine, vous êtes admissible après 26 semaines consécutives d'emploi auprès de votre employeur.
 - **Employés à temps partiel** : Si vous travaillez selon un horaire régulier de moins de 20 heures par semaine, vous êtes admissible après avoir travaillé pendant 175 jours, qui n'ont pas besoin d'être consécutifs, pour votre employeur.
- Les employés du secteur public non représentés peuvent être couverts si leur employeur a volontairement choisi d'offrir cette prestation. Les employés du secteur public représentés par un syndicat peuvent être couverts si les prestations ont été négociées dans le cadre de négociations collectives.
- La citoyenneté et/ou le statut d'immigration ne sont pas un facteur d'admissibilité des employés.
- Si vous pensez être admissible, vous pouvez demander un congé payé de solidarité familiale, et la compagnie d'assurance prendra une décision à cet égard.
- Si vous avez des questions sur les règles d'admissibilité, appelez la **ligne d'assistance PFL** au **(844) 337-6303** (du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30).

N'oubliez pas : L'envoi des formulaires à la compagnie d'assurance est VOTRE responsabilité. Ce n'est pas la responsabilité de votre employeur.

Documentation requise

La documentation requise varie en fonction du type de congé, comme indiqué ci-dessous :

POUR LA NAISSANCE D'UN ENFANT

Le parent biologique aura besoin de la documentation suivante :

- Une copie de l'acte de naissance de l'enfant, si disponible, **ou** une copie originale du certificat de naissance d'un prestataire de soins de santé.

Un parent non biologique aura besoin de la documentation suivante :

- Une copie de l'acte de naissance de l'enfant, si disponible, le nommant comme deuxième parent, une **reconnaissance volontaire de filiation**, ou une **ordonnance de filiation d'un tribunal**.

ou

- Même documentation que le parent biologique **et** un deuxième document vérifiant le lien avec le parent biologique, comme un acte de mariage, un certificat d'union civile ou un document de partenaire domestique.

POUR L'ADOPTION

Une copie des documents judiciaires confirmant l'adoption.

Documentation du processus d'adoption.

Si le deuxième parent n'est pas nommé dans les documents juridiques, il doit également fournir une preuve confirmant la relation avec le parent nommé dans le document judiciaire, comme un acte de mariage, un certificat d'union civile ou un document de partenaire domestique.

POUR LE PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL

Lettre de placement en famille d'accueil émise par le Département des services sociaux du comté ou de la ville, ou par une agence autorisée de placement volontaire en famille d'accueil.

Si le deuxième parent n'est pas nommé dans la lettre de placement, il doit également fournir une preuve confirmant la relation avec le parent nommé dans la lettre de placement, comme un acte de mariage, un certificat d'union civile ou un document de partenaire domestique.

Pour de plus amples informations, consultez le site PaidFamilyLeave.ny.gov ou appelez le **(844) 337-6303**



Congé payé de solidarité familiale

Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1) – Instructions

- Pour demander un congé payé de solidarité familiale (PFL), l'employé qui demande le PFL doit remplir la partie A du formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)*. Toutes les sections du formulaire sont obligatoires, sauf si elles sont indiquées comme facultatives. L'employé remet ensuite le formulaire à son employeur pour que ce dernier remplisse la partie B.
- L'employeur remplit la partie B du formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)* et le renvoie à l'employé dans les trois jours ouvrables.
- Des formulaires supplémentaires sont requis selon le type de congé demandé. Il incombe à l'employé qui demande le congé de remplir ces formulaires.
- **L'employé soumet le formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)* avec le formulaire supplémentaire requis à l'assureur PFL de l'employeur indiqué à la partie B du formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)*. L'employé doit conserver une copie de chaque formulaire soumis pour ses dossiers.**

PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé)

L'employé qui demande le PFL doit fournir toutes les informations requises.

Demande de PFL (doit être remplie par l'employé)

Question 12 : Un enfant peut être un enfant biologique, adopté ou placé en famille d'accueil, un beau-fils, une belle-fille, une pupille, un enfant d'un partenaire domestique, ou la personne pour laquelle l'employé agit *in loco parentis*. Un parent est défini comme un parent biologique, adoptif ou d'accueil, un beau-parent, un tuteur légal, ou une autre personne qui agissait *in loco parentis* par rapport à l'employé lorsque l'employé était un enfant.

Question 13 : Si les dates sont « continues », l'employé doit fournir les dates de début et de fin du PFL demandé. Ces dates doivent être les dates réelles de début et de fin du PFL. En cas d'incertitude, estimez les dates de début et de fin et indiquez « Dates are estimated » (Les dates sont estimées). Si les dates sont « périodiques », saisissez les dates auxquelles le PFL sera pris. Soyez aussi précis que possible. Si les dates sont inconnues ou estimées, indiquez

« Dates are estimated » (Les dates sont estimées).

Si les dates sont estimées, l'assureur PFL pourrait vous demander de soumettre une demande de paiement **après** que le jour de PFL a été pris. Le paiement des réclamations approuvées sera dû dès que possible, mais en aucun cas plus de 18 jours après la date de la demande remplie.

Question 14 : Si l'employé soumet la demande de PFL à son employeur avec un préavis de moins de 30 jours à compter de la date de début du PFL, l'employé doit expliquer pourquoi un préavis de 30 jours n'a pas pu être donné. Si l'explication est trop longue pour l'espace prévu sur le formulaire, écrivez « See attached » (Voir pièce jointe) et ajoutez une pièce jointe avec l'explication. Assurez-vous d'inclure le nom complet et la date de naissance de l'employé en haut de la pièce jointe.

Informations relatives à l'emploi (doit être remplie par l'employé)

Question 16 : Saisissez la date d'embauche au meilleur de la mémoire de l'employé. Si plus d'un an s'est écoulé depuis la date d'embauche, l'année de début de l'emploi est suffisante.

Question 18 : Saisissez la meilleure estimation de salaire hebdomadaire brut moyen. N'incluez que les salaires gagnés auprès de l'employeur indiqué sur ce formulaire de demande. **Le salaire hebdomadaire brut est le salaire hebdomadaire total — y compris les heures supplémentaires, les pourboires, les primes et les commissions — avant toute déduction effectuée par l'employeur**, telles que les impôts fédéraux et de l'État. Si l'employeur n'est pas en mesure de fournir ces informations, l'employé peut calculer son salaire hebdomadaire brut comme suit :

Étape 1 : Additionnez tous les salaires bruts perçus (avant toute déduction) au cours des huit dernières semaines avant le début du PFL, y compris les heures supplémentaires et les pourboires gagnés. (*Voir l'étape 3 pour les instructions de calcul des primes et/ou commissions.*)

Étape 2 : Divisez le salaire brut calculé à la première étape par huit (ou le nombre de semaines travaillées si moins de huit) pour calculer le salaire hebdomadaire moyen.

Étape 3 : Si l'employé a reçu des primes et/ou commissions au cours des 52 semaines précédant le PFL, ajoutez le montant hebdomadaire au prorata

au salaire hebdomadaire moyen. Pour déterminer le montant hebdomadaire au prorata, additionnez toutes les primes/commissions gagnées au cours des 52 semaines précédentes, puis divisez ce chiffre par 52.

Exemple de calcul du salaire hebdomadaire brut :

Semaine 1 - Salaire brut incluant les heures supplémentaires	550 \$
Semaine 2 - Salaire brut	500 \$
Semaine 3 - Salaire brut	500 \$
Semaine 4 - Salaire brut	500 \$
Semaine 5 - Salaire brut	500 \$
Semaine 6 - Salaire brut	500 \$
Semaine 7 - Salaire brut incluant les heures supplémentaires	600 \$
Semaine 8 - Salaire brut incluant les heures supplémentaires	+ 550 \$
Total =	4 200 \$
Divisez par 8	÷ 8
Salaire hebdomadaire moyen =	525 \$
Prime gagnée au cours des 52 semaines précédentes	2 600 \$
Divisez par 52	÷ 52
Prime hebdomadaire au prorata =	50 \$

Instructions relatives au formulaire PFL-1 (suite à la page suivante)

PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé) - (suite de la page précédente)*Instructions relatives au formulaire PFL-1 (suite de la page précédente)*

Salaire hebdomadaire moyen	525 \$
Prime hebdomadaire au prorata	+ 50 \$

Salaire hebdomadaire moyen (y compris la prime) = 575 \$

Veuillez noter que l'employeur est également tenu de fournir ces informations dans la partie B du formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale* (formulaire PFL-1).

Lors de la pré-soumission du formulaire : Indiquez s'il s'agit de la pré-soumission d'une demande de PFL de la part de l'employé. La pré-soumission est définie comme la soumission de la demande avant un événement admissible à venir, avec certaines informations requises manquantes car elles sont inconnues au moment de la soumission. Si la pré-soumission est autorisée par l'assureur ou l'employeur auto-assuré, les informations manquantes doivent être

L'employé signe et date avant de remettre ce formulaire à son employeur pour que ce dernier remplisse la partie B.

fournies dès qu'elles sont connues. Les prestations ne peuvent pas être déterminées tant que toutes les informations requises n'ont pas été fournies.

L'assureur PFL ou l'employeur auto-assuré fournira à l'employé dans les cinq jours un avis qui 1) indiquera que la réclamation est en cours ; 2) identifiera les informations manquantes ; 3) indiquera comment soumettre les informations manquantes. **Une fois toutes les informations fournies, l'assureur PFL ou l'employeur auto-assuré dispose de 18 jours pour payer ou refuser la réclamation.**

Si l'assureur ou l'employeur auto-assuré n'autorise pas la pré-soumission, l'assureur ou l'employeur auto-assuré doit renvoyer le formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale* à l'employé dans les cinq jours en expliquant que la demande doit être soumise à nouveau lorsque toutes les informations seront disponibles.

PARTIE B - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur)

L'employeur de l'employé qui demande le PFL doit fournir toutes les informations de la partie B.

Question 2 : Si un numéro de sécurité sociale est utilisé pour le numéro d'identification fédéral de l'employeur (Federal Employer Identification Number, FEIN), saisissez le numéro de sécurité sociale.

Question 3 : Saisissez le code de Classification type par industrie (Standard Industrial Classification, SIC) de l'employeur. Les employeurs doivent contacter leur assureur s'ils ne connaissent pas leur code SIC.

Question 8 : Il est possible de trouver le code de profession de l'employé à l'adresse : www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm.

Question 9 : Saisissez le salaire gagné par l'employé au cours des huit dernières semaines précédant la date de début du PFL. Le montant brut payé est le salaire hebdomadaire brut de l'employé, y compris les heures supplémentaires et les pourboires gagnés pour cette semaine, plus le montant hebdomadaire au prorata de toute prime ou commission reçue au cours des 52 semaines précédentes. (Pour les étapes détaillées, voir la question 18 à partir de la page 1 des instructions.) Calculez le salaire hebdomadaire moyen brut en additionnant les montants bruts payés, puis en divisant le total par huit (ou le nombre de semaines travaillées si moins de huit).

L'employé ayant émis l'attestation est admissible au PFL : Un employé qui travaille régulièrement 20 heures ou plus par semaine doit avoir été en emploi pendant au moins 26 semaines consécutives. Un employé qui travaille régulièrement moins de 20 heures par semaine doit avoir travaillé 175 jours.

L'employeur signe et date, puis renvoie le formulaire à l'employé demandant le PFL dans les trois jours ouvrables.

Question 10 : Ne pas sélectionner « Oui » dans le cadre de votre demande de remboursement à l'assureur entraînera votre renonciation au droit au remboursement.

Question 11a : « Invalidité » fait référence à l'invalidité requise par la loi de l'État de New York. Si la réponse est « Rien », saisissez « 0 » pour le nombre total de semaines et de jours à la question 11b.

Question 11b : Le nombre maximum de semaines disponibles pour l'invalidité statutaire dans l'État de New York et le PFL au cours d'une période de 52 semaines est de 26 semaines. Précisez le nombre total de semaines, ainsi que le nombre de jours supplémentaires si le congé comprend une semaine partielle, prises pour invalidité statutaire dans l'État de New York et PFL au cours des 52 semaines précédentes.

Questions 13, 14 et 15 : Saisissez le nom, l'adresse et le numéro de contrat d'assurance PFL de l'assureur fournissant le congé payé de solidarité familiale ou l'assurance invalidité/PFL. Si cet employeur est auto-assuré, saisissez le nom et l'adresse auxquels la demande de PFL doit être soumise pour traitement.

Assurez-vous de remplir les formulaires PFL supplémentaires appropriés en fonction du type de congé demandé.

Avis en vertu de la loi de New York sur la protection de la vie privée (Personal Privacy Protection Law) (article 6-A de la loi sur les agents publics) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée (Federal Privacy Act) de 1974 (5 USC 552a).

Le pouvoir de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (Commission) de demander aux employés de fournir des informations personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale ou leur numéro d'identification fiscale, découle de l'autorité administrative de la Commission en vertu de l'article 142 de la loi sur la santé et la sécurité au travail. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à enquêter et à administrer les réclamations de la manière la plus rapide possible, et pour l'aider à détenir des dossiers exacts. Fournir votre numéro de sécurité sociale ou votre numéro d'identification fiscale à la Commission est volontaire. La Commission protégera la confidentialité de toutes les informations personnelles en sa possession ; elle ne les divulguera que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et de l'État applicables.



PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé)

1. Nom légal de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

2. Autres noms de famille, le cas échéant, sous lesquels l'employé a travaillé

3. Adresse postale de l'employé

Adresse de rue

Ville, État

Code postal Pays (si hors des États-Unis)

4. Numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification fiscale de l'employé

- -

5. Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/ /

6. Numéro de téléphone principal de l'employé

() -

7. Adresse e-mail de choix de l'employé lorsqu'il est en PFL (si disponible)

8. Genre de l'employé

M F X

9. Langue de choix de l'employé

English Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어
 Autre

Facultatif (à des fins de recherche)

10. Origine ethnique/race de l'employé

À des fins démographiques en matière de santé seulement. (Ensemble de codes des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies [CDC] des États-Unis, version 1.0.)

L'employé est-il d'origine hispanique, latine ou espagnole ? (Une ou plusieurs catégories peuvent être sélectionnées.)

- Mexicaine
- Américaine mexicaine
- Chicana
- Porto ricaine
- Dominicaine
- Cubaine
- Une autre origine hispanique, latine ou espagnole
- Aucune origine hispanique, latine ou espagnole
- Inconnue

Quelle est la race de l'employé ?

(Une ou plusieurs catégories peuvent être sélectionnées.)

- Amérindienne ou de l'Alaska
- Noire ou afro-américaine
- Asiatique Indienne
- Chinoise
- Philippine
- Japonaise
- Coréenne
- Vietnamienne
- Autre asiatique
- Blanche
- De Hawaï
- De Guam ou de Chamorro
- De Samoa
- D'une autre île du Pacifique
- Autre race

Demande de congé payé de solidarité familiale (PFL) (doit être remplie par l'employé)

11. Raison de la demande de PFL : Créer des liens avec un enfant Prendre soin d'un membre de la famille
 Événement militaire admissible

12. Relation entre l'employé et le membre de sa famille :

Enfant Conjoint(e) Partenaire domestique Parent Beau-parent Grand-parent Petit-enfant Frère/sœur

Formulaire PFL-1 (suite à la page suivante)

DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/ /

PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé) - (suite de la page précédente)

Formulaire PFL-1 (suite de la page précédente)

13. Le PFL sera-t-il continu et/ou intermittent ?

Continu

Date de début du PFL (MM/JJ/AAAA)

/ /

Date de fin du PFL (MM/JJ/AAAA)

/ /

Les dates sont estimées

Intermittent

Identifiez les dates auxquelles le PFL intermittent sera pris :

Les dates sont estimées

14. Si vous fournissez un préavis de moins de 30 jours à l'employeur, veuillez expliquer :

Informations relatives à l'emploi (doit être remplie par l'employé)

15. Nom de l'entreprise

16. Date d'embauche de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/ /

17. Lieu de travail de l'employé

Adresse de rue

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

18. Salaire hebdomadaire brut moyen (Ces données seront demandées à la fois à l'employé et à l'employeur) _____

19. Numéro de téléphone de l'employeur pour tout contact dans le cadre de cette demande

() -

20a. L'employé a-t-il plus d'un employeur ? Oui Non

20b. Si « oui », l'employé prend-il un PFL auprès d'un autre employeur ? Oui Non

21. L'employé reçoit-il actuellement des indemnités pour perte de salaire dans le cadre de la santé et de la sécurité au travail ?

Oui Non

Déclaration de divulgation : Les informations concernant les prestations PFL reçues par l'employé, telles que les paiements reçus et les types de congés, seront fournies à l'employeur.

Déclaration et signature

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations substantiellement fausses, ou qui dissimule dans le but de tromper des informations concernant tout fait important, commet une fraude à l'assurance, qui est un délit, et qui sera passible d'une sanction civile n'excédant pas cinq mille dollars et la valeur déclarée de la réclamation pour chacune de ces violations.

Par la présente, je dépose une demande de prestations de congé payé de solidarité familiale en vertu de la loi sur l'indemnisation des travailleurs de l'État de New York. Ma signature atteste que les informations que je fournis sont véridiques et exactes au mieux de mes connaissances et de mes convictions.

Signature de l'employé

Date de signature (MM/JJ/AAAA)

/ /

Je sou mets ce formulaire à l'avance (voir les instructions relatives à la pré-soumission). Je comprends que la compagnie d'assurance me contactera pour m'indiquer comment soumettre les informations manquantes requises.

DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/ /

PARTIE B - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur)

1. Nom légal complet et adresse postale de l'entreprise

Nom de l'entreprise

Adresse postale

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

2. Numéro FEIN de l'employeur -

3. Code de Classification type par industrie (Standard Industrial Classification, SIC) de l'employeur

4. Nom de contact de l'employeur pour les questions liées au PFL

5. Numéro de téléphone de contact de l'employeur () -

6. Adresse e-mail de contact de l'employeur

7. Date d'embauche de l'employé (MM/JJ/AAAA) / /

8. Profession de l'employé Les codes sont disponibles à l'adresse : www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. Saisissez les huit dernières semaines de salaire brut de l'employé et calculez son salaire hebdomadaire brut moyen.

Semaine N°	Date de fin de la semaine (MM/JJ/AAAA)	Nombre de jours travaillés	Montant brut payé
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Salaire hebdomadaire brut moyen calculé :			

10. Si l'employé a reçu ou recevra l'intégralité de son salaire pendant qu'il est en PFL, l'employeur demandera-t-il un remboursement ?

Oui Non

Formulaire PFL-1 (suite à la page suivante)

DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/ /

PARTIE B - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur) -
(suite de la page précédente)

Formulaire PFL-1 (suite de la page précédente)

11a. Au cours des 52 semaines précédentes, l'employé a-t-il pris un congé pour : Invalidité État de New York PFL
 Invalidité et PFL Rien

11b. Saisissez le nombre total de semaines et de jours pris pour invalidité et PFL au cours des 52 dernières semaines :

Invalidité :	Semaines	Veuillez fournir des dates précises pour l'invalidité :
	Jours	

PFL :	Semaines	Veuillez fournir des dates précises pour le PFL :
	Jours	

12. L'employé prend-il le congé de solidarité familiale pour raison médicale en vertu de la loi relative au congé médical pour les familles (Family Medical Leave Act, FMLA) en même temps que le PFL ? Oui Non

13. Nom et adresse postale de l'assureur PFL

Nom de l'assureur PFL

Adresse postale

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

14. Numéro de téléphone de l'assureur PFL () -

15. Numéro du contrat d'assurance PFL _____

Déclaration et signature

J'affirme que l'employé travaille régulièrement 20 heures ou plus par semaine et qu'il travaille depuis au moins 26 semaines consécutives OU que l'employé travaille régulièrement moins de 20 heures par semaine et a travaillé au moins 175 jours.

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations substantiellement fausses, ou qui dissimule dans le but de tromper des informations concernant tout fait important, commet une fraude à l'assurance, qui est un délit, et qui sera passible d'une sanction civile n'excédant pas cinq mille dollars et la valeur déclarée de la réclamation pour chacune de ces violations.

Je suis la personne autorisée à signer en tant qu'employeur de l'employé qui demande le PFL. Ma signature atteste qu'à ma connaissance, les informations que j'ai fournies sont véridiques et exactes.

Signature autorisée de l'employeur

Date de signature (MM/JJ/AAAA)

/ /

Titre de poste

Certification de création de liens (formulaire PFL-2) – Instructions

Si l'employé demande un PFL pour créer des liens avec un nouveau-né, un enfant adopté ou un enfant placé en famille d'accueil, l'employé doit soumettre le formulaire de *Certification de création de liens (formulaire PFL-2)* avec le formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)*.

CERTIFICATION DE CRÉATION DE LIENS (doit être remplie par l'employé)

L'employé qui demande le PFL doit fournir toutes les informations requises pertinentes.
Envoyez les formulaires remplis et les justificatifs à la compagnie d'assurance.

Si ce formulaire est soumis à l'avance (pré-soumission) et que certaines informations sont inconnues, la compagnie d'assurance contactera l'employé et lui expliquera comment fournir les informations supplémentaires requises.

Questions 1 et 2 : La soumission du formulaire à la compagnie d'assurance PFL avant la naissance d'un enfant est considéré comme une pré-soumission. L'employé est alors tenu de fournir les documents requis concernant la naissance de l'enfant à la compagnie d'assurance PFL. La compagnie d'assurance PFL indiquera à l'employé comment fournir la documentation supplémentaire requise.

Des certains cas, le PFL pourrait être pris avant que l'adoption ou le placement en famille d'accueil ne soit finalisé. Par exemple, l'employé pourrait être tenu de comparaître devant un tribunal ou de se rendre dans un autre pays dans le cadre du processus d'adoption ou de placement en famille d'accueil. L'employé doit inclure la documentation démontrant que le PFL est nécessaire pour faire avancer l'adoption ou le placement en famille d'accueil.

Question 5 : Voir le tableau ci-dessous pour obtenir des détails supplémentaires sur la documentation. Sauf indication contraire, n'envoyez pas les documents originaux.

Formulaire/Certification de création de liens	Description
Certificat de grossesse du prestataire de soins de santé	Une lettre originale obtenue du prestataire de soins de santé du parent biologique qui certifie la grossesse. Elle doit inclure le nom du parent et la date d'accouchement prévue.
Certificat de naissance du prestataire de soins de santé	Une lettre originale obtenue du prestataire de soins de santé du parent biologique qui comprend le nom du parent et la date de naissance de l'enfant.
Acte de naissance	Une copie de l'acte délivré par la ville ou le comté dans lequel l'enfant est né.
Reconnaissance volontaire de filiation (formulaire LDSS-5171)	Une copie du formulaire établissant la filiation légale lorsque les parents ne sont pas mariés. Rempli par les deux parents. Pour de plus amples informations, consultez le site childsupport.ny.gov/dcse/aop_howto.html .
Ordonnance de filiation d'un tribunal	Une copie de l'ordonnance du tribunal de la famille qui nomme le père d'un enfant. Établit la paternité légale lorsque les parents ne sont pas mariés. Rempli par les deux parents. Pour de plus amples informations, consultez le site childsupport.ny.gov/dcse/aop_howto.html .
Acte de mariage	Une copie de la déclaration officielle délivrée par le greffier de la ville ou de la commune dans laquelle a été établi l'acte de mariage.
Documentation d'union civile/ partenariat domestique	Une copie du certificat d'union civile ou de partenariat domestique.
Lettre de placement en famille d'accueil	Une copie de la lettre de placement en famille d'accueil délivrée par le Département des services sociaux du comté ou de la ville ou une agence autorisée de placement volontaire en famille d'accueil.
Documents judiciaires d'adoption	Une copie du document judiciaire confirmant l'adoption, ou de la documentation complémentaire ou de l'ordonnance du tribunal confirmant l'adoption.
Autre documentation	D'autres documentations relatives à la relation parentale pourraient être acceptées si aucun des documents énumérés n'est pertinent.

Avis en vertu de la loi de New York sur la protection de la vie privée (Personal Privacy Protection Law) (article 6-A de la loi sur les agents publics) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée (Federal Privacy Act) de 1974 (5 USC 552a).

Le pouvoir de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (Commission) de demander aux employés de fournir des informations personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale ou leur numéro d'identification fiscale, découle de l'autorité administrative de la Commission en vertu de l'article 142 de la loi sur la santé et la sécurité au travail. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à enquêter et à administrer les réclamations de la manière la plus rapide possible, et pour l'aider à détenir des dossiers exacts. Fournir votre numéro de sécurité sociale ou votre numéro d'identification fiscale à la Commission est volontaire. La Commission protégera la confidentialité de toutes les informations personnelles en sa possession ; elle ne les divulguera que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et de l'État applicables.



DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

_____ / _____ / _____

Autres noms de famille, le cas échéant, sous lesquels l'employé a travaillé

Numéro de sécurité sociale ou TIN de l'employé

_____ - _____ - _____

Adresse postale de l'employé

Adresse postale

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

CERTIFICATION DE CRÉATION DE LIENS (doit être remplie par l'employé)

1. Date de naissance de l'enfant (MM/JJ/AAAA) / /

2. Genre de l'enfant M F X

3. L'enfant vit-il avec l'employé qui demande le PFL ? Oui Non

4. Relation entre l'employé et l'enfant :

- Enfant biologique Beau-fils/belle-fille Enfant en famille d'accueil Enfant adopté Pupille Enfant de conjoint/partenaire domestique
 Loco parentis

5. Sélectionnez l'une des options suivantes et joignez le document requis comme preuve de la relation.

Parent du nouveau-né :

Parent biologique :

- Certificat de grossesse du prestataire de soins de santé (inclure la date prévue de l'accouchement ET le nom du parent biologique) ; OU
 Certificat de naissance du prestataire de soins de santé (inclure la date de naissance de l'enfant ET le nom du parent biologique) ; OU
 Acte de naissance de l'enfant

Autre parent :

- Copie de l'acte de naissance nommant le deuxième parent ; OU
 Reconnaissance volontaire de filiation ; OU
 Ordonnance de filiation d'un tribunal ; OU
 Documents du parent biologique (voir ci-dessus) PLUS l'un des documents suivants :
 Acte de mariage ; OU
 Certificat d'union civile ; OU
 Preuve de partenariat domestique
 OU ; Autre documentation relative à la relation parentale

Parent d'accueil :

- Lettre de placement ou de placement anticipé en famille d'accueil émise par le Département des services sociaux du comté ou de la ville, ou par une agence autorisée de placement volontaire en famille d'accueil

Parent adoptif :

- Document judiciaire confirmant l'adoption
 Documentation du processus d'adoption

6. Date du placement en famille d'accueil ou en adoption, le cas échéant (MM/JJ/AAAA) / /

Formulaire PFL-2 (suite à la page suivante)

FORMULAIRE PFL-2 (SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE)

DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/ /

CERTIFICATION DE CRÉATION DE LIENS (doit être remplie par l'employé) - (suite de la page précédente)

Formulaire PFL-2 (suite de la page précédente)

Déclaration et signature

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations substantiellement fausses, ou qui dissimule dans le but de tromper des informations concernant tout fait important, commet une fraude à l'assurance, qui est un délit, et qui sera passible d'une sanction civile n'excédant pas cinq mille dollars et la valeur déclarée de la réclamation pour chacune de ces violations.

Par la présente, je dépose une demande de prestations de congé payé de solidarité familiale en vertu de la loi sur l'indemnisation des travailleurs de l'État de New York. Ma signature atteste que les informations que je fournis sont véridiques et exactes au mieux de mes connaissances et de mes convictions.

Signature de l'employé

Date de signature (MM/JJ/AAAA)

/ /