



قبل تقدمك بطلب للحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر

تحقق من متطلبات الأهلية. انظر الصفحة التالية أو تفضل بزيارة PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility.

خطط لإجازتك. يمكن الحصول على الإجازة دفعة واحدة أو بشكل متقطع، إلا أنه يجب أن تكون موازية لساعات العمل المقررة.

أبلغ صاحب العمل بالإجازة قبل 30 يومًا على الأقل من موعدها، إذا كانت متوقعة، أو في أقرب وقت ممكن.

املاً نماذجك وأرفق الوثائق المطلوبة

أكمل طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1).

ملحوظة: يحتوي هذا النموذج على أقسام يجب أن تكملها أنت وصاحب العمل.

- املاً القسم المخصص لك، وانسخ النموذج، وأعطه لصاحب العمل لإكمال الجزء ب.
- على صاحب العمل إعادة النموذج PFL-1 إليك في غضون ثلاثة أيام عمل. وإذا حدث تأخير، فليست مضطرًا إلى الانتظار للمضي قدمًا. أرسل النموذج PFL-1 الذي ملأته، مرفقًا ببقية أوراق طلبك، مباشرة إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل.

املاً نموذج الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-3).

- سيملاً أحد أفراد أسرتك (متلقي الرعاية) النموذج PFL-3 ويقدمه إلى مقدم الرعاية الصحية المعني به للاحتفاظ به في السجلات. يسمح هذا النموذج لمقدم الرعاية الصحية بالإفصاح لك ولشركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل عن المعلومات المتعلقة بالحالة الصحية الخطيرة لأحد أفراد أسرتك. لا ترسل هذا النموذج إلى شركة التأمين.

املاً شهادة مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن رعاية أحد أفراد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4).

- ملحوظة: يحتوي هذا النموذج على أقسام يجب أن يملأها مقدم الرعاية الصحية.
- املاً القسم المخصص لك، وانسخ النموذج، وأعطه إلى مقدم الرعاية الصحية المعني بأحد أفراد أسرتك.
- اطلب من مقدم الرعاية ملء الجزء المخصص له من النموذج وإعادته إليك في الوقت المناسب.

قدم الوثائق إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل

أرسل النموذج PFL-1 والنموذج PFL-4 عبر البريد أو الفاكس إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل.

لمعرفة شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل، يمكنك:

- البحث عن ملصق الإجازة العائلية المدفوعة الأجر في مكان عملك.
- سؤال صاحب العمل.
- البحث عنها باستخدام تطبيق البحث عن تغطية صاحب العمل من خلال الموقع الإلكتروني wcb.ny.gov.

إذا لم تتمكن من العثور على شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل، فاتصل بخط المساعدة المخصص للإجازات العائلية المدفوعة الأجر (PFL) للحصول على المساعدة: (844) 337-6303. خط المساعدة المخصص للإجازات العائلية المدفوعة الأجر متاح من الاثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحًا حتى 4:30 مساءً.

يرجى عدم تقديم رزمة أوراق طلبك إلى مجلس تعويضات عمال ولاية نيويورك (NYS Workers' Compensation Board).

عليك تقديم مجموعة أوراق طلبك مكتملة إلى شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل في غضون 30 يومًا من بدء إجازتك لتجنب فقدان المخصصات.

احتفظ بنسخة من جميع النماذج والوثائق لتكون مرجعًا لك.

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم النماذج إلى شركة التأمين. وليس ذلك من مسؤولية صاحب العمل.



معلومات مهمة

- في معظم الحالات، على شركة التأمين دفع المخصصات أو رفضها في غضون 18 يومًا بعد استلامها طلبك المكتمل، أو بعد اليوم الأول من إجازتك؛ أيهما يأتي لاحقًا. لا يمكن اعتبار طلبك غير مكتمل فقط لأن صاحب العمل لم يملأ الجزء ب من النموذج PFL-1 في غضون ثلاثة أيام عمل.
- إذا رفضت الشركة دفع مخصصاتك أو عجزت عن ذلك في الوقت المناسب أو كان لديك أي نزاع آخر متعلق بالمطالبة، يمكنك طلب مراجعة إجراءات شركة التأمين. يمكن العثور على مزيد من المعلومات على الموقع nyspfla.namadr.com.
- يتولى أحد قضاة قانون مجلس تعويض العمال البت في الشكاوى المتعلقة بحالات التمييز أو الانتقام التي ارتكبتها صاحب العمل بعد عقد جلسة استماع. إذا كنت تعتقد أن صاحب العمل قد مارس التمييز ضدك أو انتقم منك بسبب أخذك إجازة عائلية مدفوعة الأجر أو طلبها، فتفضل بزيارة PaidFamilyLeave.ny.gov/protections أو اتصل بالرقم 337-6303 (844).



الأهلية

يحصل غالبية الموظفين لدى جهات عمل خاصة في ولاية نيويورك على تغطية بموجب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

■ **الموظفون بدوام كامل:** إذا كنت تعمل بدوام منتظم لمدة 20 ساعة أو أكثر أسبوعيًا، فأنت مؤهل للحصول على هذه الإجازة بعد انقضاء 26 أسبوعًا متتاليًا من توظيفك لدى صاحب العمل.

■ **الموظفون بدوام جزئي:** إذا كنت تعمل بدوام منتظم لمدة أقل من 20 ساعة أسبوعيًا، فستصبح مؤهلًا بعد انقضاء مدة مقدارها 175 يومًا من توظيفك لدى صاحب العمل، لا يلزم أن تكون متتالية.

■ قد تشمل التغطية الموظفين الحكوميين غير الممثلين نقابيًا إذا اختار صاحب العمل طواعية دفع المخصصات. وقد تشمل التغطية الموظفين الحكوميين الممثلين نقابيًا إذا ما جرى التفاوض على المخصصات من خلال المفاوضة الجماعية.

■ لن تؤثر حالة الهجرة أو المواطنة أو كليهما في أهلية الموظف.

■ إذا كنت تعتقد أنك مؤهل، يمكنك التقدم بطلب للحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر وستتخذ شركة التأمين قرارًا بشأن ذلك.

■ إذا كانت لديك أسئلة عن قواعد الأهلية، فاتصل بخط المساعدة للإجازة العائلية المدفوعة الأجر على 337-6303 (844) (من الاثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحًا حتى 4:30 مساءً).

أفراد الأسرة الذين يمكنك الاعتناء بهم:

الزوج/الشريك المنزلي

الطفل/الريب

الوالد أو الوالدة/زوج الأم أو زوج الأب/الحمو

الجد/الجدة

الحفيد

الشقيق/الشقيقة (جديد في عام 2023!) تحقق مع شركة التأمين التي يتبع لها صاحب العمل للحصول على تفاصيل عن موعد دخول ذلك الأمر حيز التنفيذ بموجب سياستهم.

يمكن أن تشمل الرعاية توفير ما يأتي:

الرعاية البدنية اللازمة

الدعم العاطفي

الزيارة

المساعدة في العلاج

خدمات النقل

المساعدة في ترتيب تغيير في خطة الرعاية

المساعدة في أداء الأنشطة اليومية الأساسية

خدمات المرافقة الشخصية

تذكر: تقع على عاتقك مسؤولية تقديم النماذج إلى شركة التأمين. وليس ذلك من مسؤولية صاحب العمل.

التعليمات المتعلقة بطلب الحصول على الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1)

- لطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر (PFL)، على الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر إكمال الجزء أ من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1). جميع البنود الواردة في النموذج مطلوبة ما لم يُذكر أنها اختيارية. يقدم الموظف بعد ذلك النموذج إلى صاحب العمل لإكمال الجزء ب.
- يكمل صاحب العمل الجزء ب من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1) ويعيده إلى الموظف في غضون ثلاثة أيام عمل.
- ستُطلب نماذج إضافية حسب نوع الإجازة المطلوبة. ويتحمل الموظف الذي يطلب الإجازة المسؤولية عن إكمال هذه النماذج.
- يقدم الموظف الطلب المكتمل للإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1)، إلى جانب النموذج الإضافي المطلوب، إلى شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة التي يتبع لها صاحب العمل والمدرجة في الجزء ب من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1). وعلى الموظف الاحتفاظ بنسخة من كل نموذج مقدم لتكون مرجعاً له مستقبلاً.

الجزء أ - معلومات الموظف (يكملها الموظف)

على الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر إكمال جميع البيانات المطلوبة.

طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (يكمله الموظف)

السؤال 12: مصطلح الطفل يشمل الطفل البيولوجي أو المتبنى أو المتلقي للرعاية البديلة، أو الوصي، أو القاصر تحت الوصاية القانونية، أو طفل الشريك المنزلي، أو الشخص الذي يقوم الموظف مقام والديه. ويُعرّف ولي الأمر بأنه الوالد البيولوجي (الوالدة البيولوجية) أو الحاضن أو المتبنى، أو الحمى، أو زوج الأم أو زوج الأب، أو الوصي القانوني، أو أي شخص آخر قام مقام الوالدين بالنسبة إلى الموظف عندما كان الموظف طفلاً.

السؤال 13: إذا كانت التواريخ "متواصلة"، فعلى الموظف تقديم تاريخ بدء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر المطلوبة وتاريخ انتهائها. ويجب أن تكون هذه التواريخ هي التواريخ الفعلية التي ستبدأ فيها الإجازة العائلية المدفوعة الأجر وتنتهي. إذا كنت غير متأكد، فاكْتُب تاريخي البدء والانتهاء تقديراً، وَاكْتُب "التواريخ تقديرية". وإذا كانت التواريخ "دورية"، فأدخل التواريخ التي ستأخذ فيها الإجازة العائلية المدفوعة الأجر. يرجى أن تكون محدداً قدر المستطاع. إذا كانت التواريخ غير معروفة أو تقديرية،

السؤال 14: إذا قدم الموظف طلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر إلى جهة العمل بإشعار يسبق تاريخ بدء الإجازة بفترة تقل عن 30 يوماً، فعليه توضيح سبب عدم إمكانية تقديم إشعار قبل الموعد بثلاثين يوماً. وإذا لم تكن المساحة المتوفرة في النموذج كافية لشرح السبب، فاكْتُب "انظر المرفق" وأضف مرفقاً يحتوي على الشرح. وتأكد من كتابة الاسم الكامل للموظف وتاريخ ميلاده في الجزء العلوي من المرفق.

معلومات التوظيف (يكملها الموظف)

السؤال 16: أدخل تاريخ التوظيف وفقاً لأفضل ما يتذكره الموظف. إذا تجاوز تاريخ التوظيف أكثر من عام، يكفي إدخال العام الذي بدأ فيه العمل.

السؤال 18: أدخل أفضل تقدير لمتوسط إجمالي الأجر الأسبوعي. لا تدرج الإلّا الأجر المتحصلة من صاحب العمل المذكور في نموذج الطلب هذا. يُعرّف إجمالي الأجر الأسبوعي بأنه إجمالي الأجر الأسبوعي — ويشمل ذلك ساعات العمل الإضافية، والإكراميات، والعلاوات، والعمولات — قبل أي خصومات يفرضها صاحب العمل، مثل الضرائب الفيدرالية وضرائب الولاية. وإذا لم يتمكن صاحب العمل من تقديم هذه المعلومات، يمكن للموظف أن يحسب أجره الأسبوعي الإجمالي على النحو الآتي:

الخطوة 1: أضف جميع الأجر الإجمالية التي حصلت عليها (قبل أي خصومات) خلال الأسابيع الثمانية التي تسبق بدء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، ويشمل ذلك ساعات العمل الإضافية، والإكراميات المكتسبة. (انظر الخطوة 3 للاطلاع على التعليمات المتعلقة بحساب العلاوات أو العمولات أو كلتيهما)

الخطوة 2: اقسّم الأجر الإجمالية المحسوبة في الخطوة الأولى على ثمانية (أو عدد الأسابيع التي عملت فيها إذا كانت أقل من ثمانية) لحساب متوسط الأجر الأسبوعية

الخطوة 3: إذا تلقى الموظف علاوات أو عمولات أو كلتيهما خلال الأسابيع البالغ عددها 52 التي تسبق الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، فأضف المبلغ الأسبوعي التناسبي إلى متوسط الأجر الأسبوعي. ولتحديد المبلغ الأسبوعي التناسبي، أضف جميع العلاوات/العمولات المكتسبة في الأسابيع السابقة البالغ عددها 52، ثم اقسّم على 52.

مثال على حساب إجمالي الأجر الأسبوعية:

550 دولارًا	الأسبوع 1 - الأجر الإجمالي شاملاً ساعات العمل الإضافية
500 دولار	الأسبوع 2 - الأجر الإجمالي
500 دولار	الأسبوع 3 - الأجر الإجمالي
500 دولار	الأسبوع 4 - الأجر الإجمالي
500 دولار	الأسبوع 5 - الأجر الإجمالي
500 دولار	الأسبوع 6 - الأجر الإجمالي
600 دولار	الأسبوع 7 - الأجر الإجمالي شاملاً ساعات العمل الإضافية
550 دولارًا +	الأسبوع 8 - الأجر الإجمالي شاملاً ساعات العمل الإضافية
4,200 دولار	المجموع =
8 ÷	اقسم على 8
525 دولارًا	متوسط الأجر الأسبوعي =
2,600 دولار	العلاوة المكتسبة في آخر 52 أسبوعاً
52 ÷	اقسم على 52
50 دولارًا	العلاوة الأسبوعية التناسبية =

تابع تعليمات النموذج PFL-1 في الصفحة التالية

الجزء أ - معلومات الموظف (يكملها الموظف) - تابع من الصفحة السابقة

تابع تعليمات النموذج PFL-1 من الصفحة السابقة

متوسط الأجر الأسبوعي

العلاوة الأسبوعية التناسبية

متوسط الأجر الأسبوعي (شاملاً العلاوة) =

525 دولاراً

+ 50 دولاراً

575 دولاراً

يرجى ملاحظة أن صاحب العمل مطالب أيضاً بتقديم هذه المعلومات في الجزء ب من طلب الحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر (النموذج PFL-1).

في حالة التقديم المسبق للنموذج: وضع إذا ما كان الموظف بصدد التقديم المسبق لطلب الحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر. يُعرّف التقديم المسبق بأنه تقديم الطلب قبل حدث قادم من شأنه أن يمنح الأهلية لصاحبه، مع عدم توفر بعض المعلومات المطلوبة بسبب عدم معرفتها في وقت تقديم الطلب. وإذا سمحت شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتياً بالتقديم المسبق، يجب توفير المعلومات

ويوقع الموظف هذا النموذج ويورخه قبل إعطائه إلى صاحب العمل لإكمال الجزء ب.

المفقودة فور معرفتها. ولا يمكن تحديد المخصصات إلا بعد تقديم جميع المعلومات المطلوبة.

سترسل شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتياً، إخطاراً إلى الموظف في غضون خمسة أيام: (1) ينص على أن المطالبة معلقة، (2) يحدد المعلومات المفقودة، (3) يوجه بكيفية تقديم المعلومات المفقودة. وبمجرد تقديم جميع المعلومات، يكون أمام شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتياً 18 يوماً لدفع المطالبة أو رفضها.

وإذا لم تسمح شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتياً بتقديم الطلب مسبقاً، فعلى شركة التأمين أو صاحب العمل المؤمن عليه ذاتياً إعادة طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر إلى الموظف في غضون خمسة أيام موضحاً أنه يجب إعادة تقديم المطالبة عندما تكون جميع المعلومات متاحة.

الجزء ب - معلومات صاحب العمل (يكملها صاحب العمل)

على صاحب العمل الذي يعمل لديه الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر إكمال جميع المعلومات الواردة في الجزء ب.

السؤال 10: سيؤدي عدم اختيار الإجابة "نعم" عن طلب التعويض من شركة التأمين إلى التنازل عن الحق في مبلغ التعويض.

السؤال 11: يشير مصطلح "الإعاقة" إلى الإعاقة المحددة بموجب القانون بولاية نيويورك. إذا كانت الإجابة "لا شيء"، فأدخل "0" لإجمالي الأسابيع والأيام الواردة في السؤال 11ب.

السؤال 11ب: الحد الأقصى لعدد الأسابيع المتاحة للإعاقة المحددة بموجب القانون بولاية نيويورك نيويورك والإجازة العائلية المدفوعة الأجر في أي فترة تبلغ 52 أسبوعاً هو 26 أسبوعاً. حدّد إجمالي عدد الأسابيع وكذلك الأيام الإضافية إذا تضمنت الإجازة جزءاً من أسبوع، وذلك عند أخذ الإجازة بغرض إعاقة محددة بموجب القانون بولاية نيويورك والإجازة العائلية المدفوعة الأجر خلال الأسابيع السابقة البالغ عددها 52 أسبوعاً.

الأسئلة 13 و 14 و 15: أدخل اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة أو الإعاقة/الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، وعنوانها، ورقم بوليصة الإجازة العائلية المدفوعة الأجر. إذا كان صاحب العمل هذا مؤمناً عليه ذاتياً، فأدخل اسم المكان الذي يجب تقديم طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر إليه وعنوانه لمعالجة الطلب.

تأكيد استحقاق الموظف للإجازة العائلية المدفوعة الأجر: يجب أن يكون الموظف الذي يعمل بانتظام لمدة 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع قد أمضى في الوظيفة على الأقل 26 أسبوعاً متتالية. أما الموظف الذي يعمل بانتظام لأقل من 20 ساعة في الأسبوع، فيجب أن يكون قد أمضى في الوظيفة 175 يوماً.

يوقع صاحب العمل الطلب ويورخه، ثم يعيده إلى الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر في غضون ثلاثة أيام عمل.

تأكد من إكمال النموذج الإضافي المناسب (النماذج) للإجازة العائلية المدفوعة الأجر بناءً على نوع الإجازة المطلوبة.

إخطار بمقتضى قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (البند 6-أ) من قانون موظفي القطاع العام) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) التي تلزم الموظفين بتقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي، مستمدة من السلطة الإدارية للمجلس بموجب المادة 142 من قانون تعويض العمال. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأكثر طريقة ممكنة وللمساعدة في حفظ سجلات دقيقة. وفي خطوة اختيارية، يُقدم رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي إلى المجلس. وسيجري المجلس سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز وإجباته الرسمية وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1)

التعليمات مضمنة في النموذج

الجزء أ - معلومات الموظف (يكمّلها الموظف)

1. الاسم القانوني للموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

2. الألقاب الأخرى، إن وجدت، التي تُقْب بها الموظف في عمله.

3. العنوان البريدي للموظف

عنوان الشارع

المدينة، الولاية

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

4. رقم الضمان الاجتماعي للموظف أو رقم التعريف الضريبي

5. تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

/ /

6. رقم الهاتف الرئيسي للموظف

() -

7. عنوان البريد الإلكتروني المفضل للموظف في أثناء قضاائه الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (إن وجد)

8. جنس الموظف

ذكر أنثى غير محدد

9. اللغة المفضلة للموظف

Polski Русский Español English

한국어 Kreyòl ayisyen Italiano 中文

غير ذلك

اختياري (لأغراض بحثية)

10. الأصل الإثني/العرقى للموظف

مجموعة رموز مراكز السيطرة على الأمراض (لأغراض المسح الصحي للسكان فقط
(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) والوقاية منها
(بالولايات المتحدة، الإصدار 1.0)

هل الموظف من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟
(يمكن اختيار فئة واحدة أو أكثر).

مكسيكي

أمريكي مكسيكي

شيكانو

بورتوريكي

دومينيكي

كوبي

من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني آخر

ليس من أصل هسباني ولا لاتيني ولا إسباني

غير معروف

ما الأصل العرقى للموظف؟

(يمكن اختيار فئة واحدة أو أكثر).

هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين

أمريكي أسود أو أمريكي إفريقي

هندي آسيوي

صيني

فلبيني

ياباني

كوري

فيتنامي

من أصل آسيوي آخر

أبيض

من سكان هاواي الأصليين

غوامي أو من شعب شامورو

من ساموا

من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين

من عرق آخر

طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (PFL) (يكمّله الموظف)

11. سبب طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر: توطيد العلاقة مع الطفل رعاية أحد أفراد الأسرة حدث التأهيل العسكري

12. صلة فرد الأسرة بالموظف:

طفله زوجه شريكه المنزلي والده/والدته حموه جده/جدته حفيده شقيقه/شقيقته

تابع النموذج PFL-1 في الصفحة التالية

يكملة الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

/ /

الجزء أ - معلومات الموظف (يكملها الموظف) - تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج PFL-1 من الصفحة السابقة

13. هل ستكون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر لفترة زمنية متواصلة أم متقطعة أم لكليهما؟

متواصلة <input type="checkbox"/>	تاريخ بدء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (شهر/يوم/سنة)	تاريخ انتهاء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (شهر/يوم/سنة)	التواريخ تقديرية <input type="checkbox"/>
	/ /	/ /	

متقطعة <input type="checkbox"/>	حدد تواريخ الإجازة العائلية المدفوعة الأجر التي ستؤخذ على فترات متقطعة:	التواريخ تقديرية <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	

14. في حالة تقديم إشعار مسبق قبل أقل من 30 يومًا إلى صاحب العمل، يرجى توضيح السبب:

معلومات التوظيف (يكملها الموظف)

15. اسم الشركة

16. تاريخ تعيين الموظف (شهر/يوم/سنة) / /

17. موقع عمل الموظف

عنوان الشارع
الولاية، المدينة
الرمز البريدي
الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

18. متوسط إجمالي الأجر الأسبوعي للموظف (كل من الموظف وصاحب العمل مطالب بتقديم هذه البيانات)

19. رقم هاتف صاحب العمل للتواصل بشأن هذا الطلب: () -

20. هل يعمل الموظف لدى أكثر من صاحب عمل؟ نعم لا20ب. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل الموظف يأخذ إجازة عائلية مدفوعة الأجر من صاحب العمل الآخر؟ نعم لا21. هل يتقاضى الموظف حاليًا مخصصات تعويضات العمال عن الأجور المفقودة؟ نعم لا

بيان الإفصاح: سيؤد صاحب العمل بمعلومات عن مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر التي يحصل عليها الموظف، مثل المدفوعات المستلمة وأنواع الإجازات.

الإقرار والتوقيع

أي شخص يقدم متعمداً وبنية الاحتيال على أي شركة تأمين أو أي شخص آخر طلباً للحصول على تأمين أو بيان دعوى يحتوي على معلومات جوهرية زائفة، أو يخفي بغرض التضليل معلومات تتعلق بأي حقيقة جوهرية ذات صلة، فإنه يرتكب بذلك فعلاً تأمينياً احتيالياً يعد جريمة، ويعرض صاحبه أيضاً لعقوبة مدنية لا تتجاوز خمسة آلاف دولار والقيمة المعلنة للدعوى عن كل انتهاك من هذا القبيل.

وأقدم بموجب هذه الوثيقة طلباً للحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر بموجب قانون تعويض عمال ولاية نيويورك. يؤكد توقيعني أن المعلومات التي أقدمها صحيحة ودقيقة على حد علمي وقناعاتي.

توقيع الموظف

/ /

 أقدم هذا النموذج مسبقاً (انظر التعليمات المتعلقة بالتقديم المسبق). أتفهم أن شركة التأمين ستتصل بي لتقديم المشورة بشأن الطريقة التي سأقدم بها المعلومات المفقودة المطلوبة.

يكمله الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

/ /

الجزء ب - معلومات صاحب العمل (يكملها صاحب العمل)

1. الاسم القانوني الكامل للشركة وعنوانها البريدي

اسم الشركة

العنوان البريدي

المدينة، الولاية

الرمز البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

2. رقم تعريف جهة العمل الفيدرالية -

3. رمز التصنيف الصناعي القياسي (SIC) لجهة العمل

4. اسم مسؤول التواصل التابع لجهة العمل للاستفسارات المتعلقة بالإجازة العائلية المدفوعة الأجر

5. رقم هاتف جهة العمل للتواصل - ()

6. عنوان البريد الإلكتروني للتواصل مع جهة العمل

7. تاريخ تعيين الموظف (شهر/يوم/سنة) / /

8. رموز مهنة الموظف متاحة على: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. أدخل إجمالي الأجور التي تلقاها الموظف في آخر 8 أسابيع واحسب متوسط إجمالي الأجر الأسبوعي

رقم الأسبوع.	تاريخ انتهاء الأسبوع (شهر/يوم/سنة)	عدد أيام العمل	إجمالي المبلغ المدفوع
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
متوسط إجمالي الأجر الأسبوعي المحسوب:			

10. إذا حصل الموظف على أجوره كاملة أو كان سيحصل عليها في أثناء الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، فهل سيطلب صاحب العمل تعويضًا؟ نعم لا

تابع النموذج PFL-1 في الصفحة التالية

يكمله الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

/ /

الجزء ب - معلومات صاحب العمل (يكملها صاحب العمل) - تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج PFL-1 من الصفحة السابقة

11أ. في الأسابيع السابقة البالغ عددها 52، أخذ الموظف إجازة بسبب: إعاقة محددة بموجب القانون بولاية نيويورك إجازة عائلية مدفوعة الأجر كل من الإعاقة والإجازة العائلية المدفوعة الأجر لا شيء

11ب. أدخل العدد الإجمالي للأسابيع والأيام التي أخذها الموظف لكل من الإعاقة والإجازة العائلية المدفوعة الأجر في آخر 52 أسبوعاً:

الإعاقة:	أسابيع	يرجى ذكر تواريخ محددة للإعاقة:
	أيام	

الإجازة العائلية المدفوعة الأجر:	أسابيع	يرجى ذكر تواريخ محددة للإجازة العائلية المدفوعة الأجر:
	أيام	

12. هل يستفيد الموظف من قانون الإجازات العائلية والطبية (Family and Medical Leave Act, FMLA) إلى جانب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر؟ نعم لا

13. اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر وعنوانها البريدي

اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر		
العنوان البريدي		
الولاية	الرمز البريدي	الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

14. رقم هاتف شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر

() -

15. رقم بوليصة الإجازة العائلية المدفوعة الأجر

الإقرار والتوقيع

أؤكد أن الموظف يعمل بانتظام لمدة 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع، وأنه كان يعمل لمدة 26 أسبوعاً متتاليًا على الأقل، أو أن الموظف يعمل بانتظام لمدة نقل عن 20 ساعة في الأسبوع، وقد عمل 175 يومًا على الأقل.

أي شخص يقدم متعمداً وبنية الاحتيال على أي شركة تأمين أو أي شخص آخر طلباً للحصول على تأمين أو بيان دعوى يحتوي على معلومات جوهرية زائفة، أو يخفي بغرض التضليل معلومات تتعلق بأي حقيقة جوهرية ذات صلة، فإنه يرتكب بذلك فعلاً تأمينياً احتيالياً يعد جريمة، ويعرض صاحبه أيضاً لعقوبة مدنية لا تتجاوز خمسة آلاف دولار والقيمة المعلنة للدعوى عن كل انتهاك من هذا القبيل.

أنا الشخص المخول بالتوقيع بصفتي صاحب العمل الذي يعمل لديه الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر. ويؤكد توقيعني أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة على حد علمي وقناعاتي.

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

التوقيع المعتمد لصاحب العمل

/ /

المسمى الوظيفي

تعليمات الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-3)

- إذا طلب الموظف إجازة عائلية مدفوعة الأجر (PFL) لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة، فعلى متلقي الرعاية أو الممثل المفوض ملء نموذج الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-3) وتقديمه إلى مقدم الرعاية الصحية المعني به مع تقديم نسخة من شهادة مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن رعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4).
 - إن الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-3) يسمح لمقدم الرعاية الصحية بملء شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4) والإفصاح عنها للموظف الذي يسعى للحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.
 - قبل إكمال النموذج وتوقيعه، على متلقي الرعاية الاطلاع على نموذج الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-3) بالكامل.
 - يقدم الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر كلاً من طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1) وثيقة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4) إلى شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر التي يتبع لها صاحب العمل، أو إلى صاحب العمل إذا كان صاحب العمل مؤمناً عليه ذاتياً، لتحديد مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.
- ملحوظة:** سيحتفظ مقدم الرعاية الصحية بهذا النموذج. على الموظف إنشاء نسخ من سجلاته قبل إعطائها إلى مقدم الرعاية الصحية.

يوقع متلقي الرعاية أو الممثل المفوض النموذج ويؤرخه.

ويقدم هذا النموذج إلى مقدم الرعاية الصحية المعني بمتلقي الرعاية بالإضافة إلى شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4).

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من قبل مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (بكملة متلقي الرعاية أو الممثل المفوض، ويقدم إلى مقدم الرعاية الصحية المعني بمتلقي الرعاية مع النموذج PFL-4)

يدخل الموظف اسمه واسم متلقي الرعاية (المريض) وتاريخ ميلاده في أعلى كل صفحة.

اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر المطلوبة في الجزء العلوي من النموذج هو اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر الواردة في طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1) في السطر 13 من الجزء ب.

على متلقي الرعاية أو الممثل المفوض إكمال جميع المعلومات السارية المطلوبة.

إذا لم يتمكن متلقي الرعاية من إكمال هذا النموذج، فعلى الممثل المفوض إرفاق نسخة من الوثائق القانونية، مثل توكيل الرعاية الصحية أو التوكيل الرسمي، ما يسمح للممثل بالتوقيع نيابة عن متلقي الرعاية. وسيطلب مقدم الرعاية الصحية وثائق التفويض هذه ما لم يكن الممثل المفوض هو ولي الأمر الذي يوقع نيابة عن طفل قاصر.

إخطار بمقتضى قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (البند 6-أ) من قانون موظفي القطاع العام) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) التي تلزم الموظفين بتقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي، مستمدة من السلطة الإدارية للمجلس بموجب المادة 142 من قانون تعويض العمال. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأكثر الطرق ملاءمة وللمساعدة في حفظ سجلات دقيقة. وفي خطوة اختيارية، يُقدم رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي إلى المجلس. وسيجري المجلس سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

يُحظر المسح الضوئي

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى الاتصال بالرقم 337-6303 (844)
paidfamilyleave.ny.gov

تعليمات النموذج PFL-3
الصفحة 1 من 1

طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب قانون الإجازة العائلية المدفوعة

الأجر (النموذج PFL-3)

التعليمات مضمنة في النموذج

يكمله الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد متلقي الرعاية (المرضى) (شهر/يوم/سنة)

اسم متلقي الرعاية (المرضى) (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

/ /

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من قبل مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكمله متلقي الرعاية أو الممثل المفوض، ويقدم إلى مقدم الرعاية الصحية المعني بمتلقي الرعاية مع النموذج PFL-4)

اسم متلقي الرعاية (المرضى)

أفوض، أنا، مقدم الرعاية الصحية المعني بي المذكور في هذا النموذج

اسم مقدم الطلب

بإطلاع وشركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر التي يتبع لها صاحب العمل

اسم شركة التأمين التي تغطي الإجازة العائلية المدفوعة الأجر

على معلوماتي الصحية الشخصية

السجلات المعرضة للإفصاح: يمنح هذا النموذج مقدم الرعاية الصحية المذكور الإذن بتضمين معلومات من سجلات رعايتك الصحية في الشهادة الطبية المرفقة. ويمنح هذا النموذج مقدم الرعاية الصحية المعني بك الإذن بالإفصاح عن المعلومات الموجودة فقط في سجلات رعايتك الصحية التي تتعلق بحالتك الحالية موضوع طلب الموظف الحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

مدة الإفصاح القابل للإلغاء: ينتهي هذا التفويض بعد عام واحد، أو عندما تلغى الإفصاح. يمكنك إلغاء هذا الإفصاح في أي وقت. للإلغاء، أرسل خطابًا إلى مقدم الرعاية الصحية المذكور في هذا النموذج.

لا يسمح هذا النموذج لمقدم الرعاية الصحية المعني بك بالإفصاح عن أنواع المعلومات الآتية، ما لم تسمح أنت تحديدًا بهذا الإفصاح. ضع علامة "X" بجوار أي معلومات "يحق" لمقدم الرعاية الصحية المعني بك الإفصاح عنها:

المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز معلومات الصحة النفسية العلاج من تعاطي الكحول/المخدرات مذكرات العلاج النفسي

معلومات مقدم الرعاية الصحية (يكملها متلقي الرعاية أو الممثل المفوض)

حدد مقدم الرعاية الصحية الذي يقدم لك العلاج حاليًا بسبب حالة طلب الموظف بمقتضاها الحصول على مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

1. اسم مقدم الرعاية الصحية

2. العنوان البريدي لمقدم الرعاية الصحية

العنوان البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

المدينة، الولاية

3. رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية (اذكر المنطقة أو رمز البلد)

تابع النموذج PFL-3 في الصفحة التالية

يكمله الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد متلقي الرعاية (المرضى) (شهر/يوم/سنة)

اسم متلقي الرعاية (المرضى) (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

/ /

الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من قبل مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكمله متلقي الرعاية أو الممثل المفوض، ويقدم إلى مقدم الرعاية الصحية المعني بمتلقي الرعاية مع النموذج PFL-4) - تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج PFL-3 من الصفحة السابقة

معلومات متلقي الرعاية الصحية (يكملها متلقي الرعاية أو الممثل المفوض)

4. العنوان البريدي لمتلقي الرعاية

العنوان البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

الرمز البريدي

المنطقة، الولاية

5. رقم الضمان الاجتماعي لمتلقي الرعاية

6. رقم هاتف متلقي الرعاية (اذكر المنطقة أو رمز البلد)

اقرأ ووقع أدناه

وأنتفهم أن هذه PFL-4 للموظف المذكور في النموذج (PFL-4 النموذج) أطلب بموجب هذه الوثيقة من مقدم الرعاية الصحية المذكور تقديم شهادة مقدم الرعاية الصحية المكتملة لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة المعلومات تتضمن تشخيصنا لحالتي الحالية وتكهنًا بها، وتاريخ بدء الحالة، وأي تقدير لمقدار الرعاية التي أحتاج إليها من الموظف الذي يطلب مخصصات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر نتيجة لحالتي الحالية.

توقيع متلقي الرعاية

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

/ /

الممثل المفوض

الاسم بأحرف واضحة

أمثل أنا، ، متلقي الرعاية في هذا الشأن مفوضًا بموجب:

 حق الأبوة التوكيل الرسمي (أرفق نسخة) أمر المحكمة (أرفق نسخة) توكيل الرعاية الصحية (أرفق نسخة)

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

توقيع الممثل المفوض

/ /

على الموظف الاحتفاظ بنسخة لسجلاته.

تعليمات شهادة مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن رعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4)

على الموظف الذي يطلب إجازة عائلية مدفوعة الأجر (PFL) لرعاية فرد من الأسرة يعاني حالة صحية خطيرة أن يقدم شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4) مرفقاً مع طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (النموذج PFL-1).

الموظف:

- يدخل الموظف اسمه وتاريخ ميلاده والألقاب الأخرى، إن وجدت، مما ألقب به في عمله، ورقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي (Taxpayer Identification Number, TIN)، والعنوان البريدي، واسم متلقي الرعاية (المريض)، وتاريخ ميلاده في أعلى الصفحة 1.
- يدخل الموظف اسمه، واسم متلقي الرعاية (المريض)، وتاريخي ميلادهما في أعلى الصفحة 2.
- يعطي الموظف شهادة مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن رعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4) لمقدم الرعاية الصحية.

شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكمّلها مقدم الرعاية الصحية لمتلقي الرعاية (المريض) ويعيدها إلى الموظف المحدد أعلاه)

على مقدم الرعاية الصحية للمريض إكمال جميع المعلومات السارية المطلوبة ما لم يُذكر أنها اختيارية.

السؤال 2: يوصى بذكر المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الاختياري.

على مقدم الرعاية الصحية للمريض إكمال المعلومات في القسمين المخصصين للمريض ومقدم الرعاية الصحية في شهادة مقدم الرعاية الصحية لفرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4).

يوقع مقدم الرعاية الصحية النموذج ويؤرخه ثم يعيده إلى الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر.

إذا اعتقدت أن المريض ضحية سوء المعاملة أو الإهمال الناجم عن الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر، يمكنك رفض تقديم هذه الشهادة.

الموظف:

- عندما تتلقى شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4) مكتملة من مقدم الرعاية الصحية، أرسل النماذج المكتملة والوثائق الداعمة إلى شركة التأمين.

إخطار بمقتضى قانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (البند 6-أ) من قانون موظفي القطاع العام) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 USC 552a).

إن سلطة مجلس تعويض العمال (المجلس) التي تلزم الموظفين بتقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي، مستمدة من السلطة الإدارية للمجلس بموجب المادة 142 من قانون تعويض العمال. وتُجمع هذه المعلومات لمساعدة المجلس في التحقق من صحة المطالبات وإدارتها بأنياب مناسبة ومساعدة في حفظ سجلات دقيقة. وفي خطوة اختيارية، يُقدم رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي إلى المجلس. وسيحمي المجلس سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يُكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.

يُحظر المسح الضوئي

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يرجى الاتصال بالرقم (844) 337-6303
paidfamilyleave.ny.gov

تعليمات النموذج PFL-4
الصفحة 1 من 1

طلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر
شهادة مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن رعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (النموذج PFL-4)
التعليمات مضمنة في النموذج

يكمله الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

/ /

الألقاب الأخرى، إن وجدت، التي لُقِبَ بها الموظف في عمله.

رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي للموظف

- -

العنوان البريدي للموظف

العنوان البريدي

المدينة، الولاية

الرمز البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

اسم متلقي الرعاية (المريض) (الاسم الأول، الاسم الأول الأوسط، اسم العائلة) تاريخ ميلاد متلقي الرعاية (المريض) (شهر/يوم/سنة)

/ /

شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكملها مقدم الرعاية الصحية لمتلقي الرعاية (المريض) ويعيدها إلى الموظف المحدد أعلاه)

معلومات متلقي الرعاية (المريض) (يكملها مقدم الرعاية الصحية)

1. هل يحتاج المريض إلى رعاية من الموظف الذي يطلب الإجازة العائلية المدفوعة الأجر (PFL)؟

نعم لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى "معلومات مقدم الرعاية الصحية".)

ملحوظة: لأغراض هذا القسم، فإن مصطلح "توفير الرعاية" قد يشمل الرعاية البدنية اللازمة، والدعم العاطفي، والزيارات، والمساعدة في العلاج، وخدمات النقل، وترتيب إجراء تغيير في الرعاية، والمساعدة في شؤون الحياة اليومية الأساسية، وخدمات المرافقة الشخصية.

2. المراجعة العاشرة للرمز الأساسي للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) (اختياري)

3. التشخيص

4. تاريخ بدء إصابة المريض بالحالة (شهر/يوم/سنة) / /

5. التاريخ الأول لتلقي المريض الرعاية مطلوب (شهر/يوم/سنة) / /

6. التاريخ المتوقع الذي لن يحتاج المريض حينه إلى الرعاية (شهر/يوم/سنة) / /

7. العدد المقدر للأيام في الأسبوع، أو للأيام في الشهر، التي يحتاج المريض فيها إلى الرعاية أيام/أسبوع أو أيام/شهر

معلومات مقدم الرعاية الصحية (يكملها مقدم الرعاية الصحية)

8. اسم مقدم الرعاية الصحية

تابع النموذج PFL-4 في الصفحة التالية

يكمله الموظف

اسم الموظف (الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد الموظف (شهر/يوم/سنة)

/ /

اسم متلقي الرعاية (المريض) (الاسم الأول، الاسم الأول الأوسط، اسم العائلة)

تاريخ ميلاد متلقي الرعاية (المريض) (شهر/يوم/سنة)

/ /

شهادة مقدم الرعاية الصحية لرعاية فرد الأسرة الذي يعاني حالة صحية خطيرة (يكملها مقدم الرعاية الصحية لمتلقي الرعاية (المريض) ويعيدها إلى الموظف المحدد أعلاه) -تابع من الصفحة السابقة

تابع النموذج PFL-4 من الصفحة السابقة

9. نوع مقدم الرعاية الصحية:

<input type="checkbox"/> طبيب (MD)	<input type="checkbox"/> طبيب أسنان (دكتور في جراحة الأسنان (DDS)/دكتور في طب الأسنان (DDM))	<input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي مرخص (أخصائي اجتماعي مرخص حاصل على ماجستير (LMSW)/أخصائي اجتماعي سريري مرخص (LCSW))
<input type="checkbox"/> طبيب تقويم العظام (DO)	<input type="checkbox"/> مساعد طبيب (PA)	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/> طبيب القدم (DPM)	<input type="checkbox"/> ممرض ممارس (NP)	
<input type="checkbox"/> طبيب تقويم العمود الفقري (DC)	<input type="checkbox"/> أخصائي نفسي مرخص	

10. العنوان البريدي لمقدم الرعاية الصحية

العنوان البريدي

المدينة، الولاية

الرمز البريدي

الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية)

11. رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية (اذكر المنطقة أو رمز الدولة)

12. رقم فاكس مقدم الرعاية الصحية (اذكر رمز المنطقة أو الدولة)

13. عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الرعاية الصحية (إن وجد)

14. الولاية أو الدولة (إن لم تكن الولايات المتحدة الأمريكية) التي ترخص لمقدمي الرعاية الصحية مواولة المهنة فيها

15. التخصص

16. رقم رخصة مقدم الرعاية الصحية

الإقرار والتوقيع

أي شخص يقدم متعمداً وبنية الاحتيال على أي شركة تأمين أو أي شخص آخر طلباً للحصول على تأمين أو بيان دعوى يحتوي على معلومات جوهرية زائفة، أو يخفي بغرض التضليل معلومات تتعلق بأي حقيقة جوهرية ذات صلة، فإنه يرتكب بذلك فعلاً تأمينياً احتيالياً يعد جريمة، ويعرض صاحبه أيضاً لعقوبة مدنية لا تتجاوز خمسة آلاف دولار والقيمة المعلنة للدعوى عن كل انتهاك من هذا القبيل.

يؤكد توقيعني أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج تستند إلى تقييمي المهني ضمن نطاق ممارستي المرخص به.

توقيع مقدم الرعاية الصحية

تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

/ /