

# COMMENT DEMANDER UN CONGÉ PAYÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

pour prendre soin d'un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave



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](https://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.

## REMPLEZ 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 de *Divulgence d'informations personnelles sur la santé dans le cadre de la loi sur les congés payés de solidarité familiale (formulaire PFL-3)*.

- Le membre de votre famille (le bénéficiaire des soins) remplit le **formulaire PFL-3** et le soumet à son prestataire de soins de santé pour que celui-ci le conserve dans ses dossiers.  
Ce formulaire autorise un prestataire de soins de santé à divulguer des informations concernant l'état de santé grave d'un membre de votre famille à vous et à la compagnie d'assurance de votre employeur.  
N'envoyez pas ce formulaire à la compagnie d'assurance.

### Remplissez le formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)*.

Remarque : Ce formulaire comporte des sections qui doivent être remplies par vous et par le prestataire de soins de santé.

- Remplissez votre section, faites-en une copie, et remettez le formulaire au prestataire de soins de santé du membre de votre famille.
- Demandez au prestataire de remplir sa partie du formulaire et de vous le renvoyer dans les meilleurs délais.

## 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-4** 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](https://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](https://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](https://PaidFamilyLeave.ny.gov/protections) ou contactez le **(844) 337-6303**.



## Admissibilité

- 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).

### MEMBRE DE VOTRE FAMILLE DONT VOUS POUVEZ PRENDRE SOIN :

Conjoint(e)/partenaire domestique

Enfant/beau-fils/belle-fille

Parent/beau-parent

Grand-parent

Petit-enfant

Frère/sœur (nouvelle option depuis 2023 !) Vérifiez auprès de la compagnie d'assurance de votre employeur pour savoir quand cette option entrera en vigueur dans le cadre de sa police d'assurance.

### LES SOINS PEUVENT INCLURE :

Soins physiques nécessaires

Soutien émotionnel

Visite

Aide au traitement

Transport

Aide à l'organisation d'un changement dans les soins

Assistance pour les activités quotidiennes essentielles

Services d'accompagnement personnel

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

Pour de plus amples informations, consultez le site [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://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](http://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](http://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			
<b>Salaire hebdomadaire brut moyen calculé :</b>			

**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 :**

<b>Invalidité :</b>	Semaines	Veuillez fournir des dates précises pour l'invalidité :
	Jours	

<b>PFL :</b>	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



# Divulgence d'informations personnelles sur la santé dans le cadre de la loi sur les congés payés de solidarité familiale (formulaire PFL-3) – Instructions

- Si un employé demande un congé familial payé (PFL) pour prendre soin d'un membre de sa famille souffrant d'un problème de santé grave, le bénéficiaire des soins ou un représentant autorisé doit remplir un formulaire de *Divulgence d'informations personnelles sur la santé dans le cadre de la loi sur les congés payés de solidarité familiale (formulaire PFL-3)* et le soumettre au prestataire de soins de santé, accompagné d'une copie du formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)*.
- Le formulaire de *Divulgence d'informations personnelles sur la santé dans le cadre de la loi sur les congés payés de solidarité familiale (formulaire PFL-3)* permet au prestataire de soins de santé de remplir le formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)* et de le remettre à l'employé sollicitant des prestations PFL.
- Avant de le remplir et de le signer, le bénéficiaire des soins doit lire le formulaire de *Divulgence d'informations personnelles sur la santé dans le cadre de la loi sur les congés payés de solidarité familiale (formulaire PFL-3)* dans son intégralité.
- L'employé qui demande un PFL soumet à la fois le formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)* et le formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)* à la compagnie d'assurance PFL de son employeur, ou à son employeur si ce dernier est auto-assuré, pour la détermination des prestations PFL.

**REMARQUE :** Ce formulaire sera conservé par le prestataire de soins de santé. L'employé devrait en faire une copie pour ses dossiers avant de le remettre au prestataire de soins de santé.

**Le bénéficiaire des soins ou son représentant autorisé signe et date.**

**Ce formulaire est remis au prestataire de soins de santé du bénéficiaire des soins accompagné du formulaire de Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4).**

**DIVULGATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA SANTÉ DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES CONGÉS PAYÉS DE SOLIDARITÉ FAMILIALE** (doit être rempli par le bénéficiaire des soins ou son représentant autorisé, et soumis au prestataire des soins de santé du bénéficiaire des soins avec le formulaire PFL-4)

L'employé saisit son nom, ainsi que le nom et la date de naissance du bénéficiaire des soins (patient) en haut de chaque page.

Le nom de la compagnie d'assurance PFL demandé en haut du formulaire est le même que celui de la compagnie d'assurance PFL identifiée dans le formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)*, partie B, ligne 13.

**Le bénéficiaire des soins ou son représentant autorisé doit fournir toutes les informations demandées pertinentes.**

Si un bénéficiaire de soins n'est pas en mesure de remplir ce formulaire, un représentant autorisé doit joindre une copie d'un document juridique, tel qu'une procuration pour soins de santé, qui permettra au représentant de signer au nom du bénéficiaires de soins. Le prestataire de soins de santé exigera ce document d'autorisation, sauf si le représentant autorisé est un parent signant au nom d'un enfant mineur.

**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)

**Nom du bénéficiaire des soins (patient)** (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

**Date de naissance du bénéficiaire des soins (patient)**  
(MM/JJ/AAAA)

/ /

### DIVULGATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA SANTÉ DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES CONGÉS PAYÉS DE SOLIDARITÉ FAMILIALE (doit être rempli par le bénéficiaire des soins ou son représentant autorisé et soumis au prestataire des soins de santé du bénéficiaire des soins avec le formulaire PFL-4)

Nom du bénéficiaire des soins (patient)

Je, \_\_\_\_\_, autorise mon prestataire de soins de santé indiqué sur ce formulaire à divulguer des informations personnelles sur ma santé à

Nom de l'employé

et à la compagnie d'assurance PFL de son employeur

Nom de l'assureur PFL

**Informations pouvant être divulguées :** Ce formulaire autorise le prestataire de soins de santé indiqué à inclure les informations de votre dossier de santé sur le certificat médical ci-joint. Ce formulaire autorise votre prestataire de soins de santé à divulguer uniquement les informations contenues dans votre dossier de santé qui se rapportent à votre état de santé actuel, lequel fait l'objet de la demande de prestations de congé payé de solidarité familiale de l'employé.

**Durée de l'autorisation de divulgation révoquable :** Cette autorisation prend fin au bout d'un an, ou lorsque vous la révoquez. Vous pouvez annuler cette autorisation de divulgation à tout moment. Pour l'annuler, envoyez une lettre au prestataire de soins de santé indiqués sur ce formulaire.

Ce formulaire N'AUTORISE PAS votre prestataire de soins de santé à divulguer les types d'informations suivants, à moins que vous ne l'ayez spécifiquement autorisé. Mettez un « X » à côté de toute information que votre professionnel de la santé PEUT divulguer :

Informations liées au VIH/SIDA    Informations liées à la santé mentale    Traitement pour alcool/drogue    Notes de psychothérapie

### Informations relatives au prestataire de soins de santé (doit être remplie par le bénéficiaire des soins ou son représentant autorisé)

Identifiez le prestataire de soins de santé qui vous fournit actuellement un traitement pour le problème médical faisant l'objet de la demande de prestations PFL de l'employé.

#### 1. Nom du prestataire de soins de santé

#### 2. Adresse postale du prestataire de soins de santé

Adresse postale

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

#### 3. Numéro de téléphone du prestataire de soins de santé (fournir l'indicatif régional ou national)

Formulaire PFL-3 (suite à la page suivante)

**DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ**

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

\_\_\_\_\_  
**Nom du bénéficiaire des soins (patient)** (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

\_\_\_\_\_  
**Date de naissance du bénéficiaire des soins (patient)**  
 (MM/JJ/AAAA)

/ /

**DIVULGATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA SANTÉ DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES CONGÉS PAYÉS DE SOLIDARITÉ FAMILIALE** (doit être rempli par le bénéficiaire des soins ou son représentant autorisé et soumis au prestataire des soins de santé du bénéficiaire des soins avec le formulaire PFL-4) (suite de la page précédente)

*Formulaire PFL-3 (suite de la page précédente)*

**Informations relatives au bénéficiaire des soins** (doit être rempli par le bénéficiaire des soins ou son représentant autorisé)

**4. Adresse postale du bénéficiaire des soins**

Adresse postale

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

**5. Numéro de sécurité sociale du bénéficiaire des soins** - -

**6. Numéro de téléphone du bénéficiaire des soins** (fournir l'indicatif régional ou national)

**LISEZ ET SIGNEZ CI-DESSOUS**

Je demande par la présente que le prestataire de soins de santé indiqué remette un formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)* à l'employé identifié sur le formulaire PFL-4. Je comprends que ces informations contiennent un diagnostic et un pronostic de mon état de santé actuel, la date à laquelle mon état de santé actuel a commencé, et une estimation éventuelle de la quantité de soins dont j'ai besoin de la part de l'employé demandant des prestations PFL en raison de mon état de santé actuel.

Signature du bénéficiaire des soins

Date de signature (MM/JJ/AAAA)  
 / /

**Représentant autorisé**

Nom en caractères d'imprimerie

Je, \_\_\_\_\_, représente le bénéficiaire de soins dans le cadre de ce dossier tel qu'autorisé par :

- Droit parental     Procuration (joindre copie)     Ordonnance d'un tribunal (joindre copie)     Procuration pour soins de santé (joindre copie)

Signature du représentant autorisé

Date de signature (MM/JJ/AAAA)  
 / /

**L'employé devrait en conserver une copie pour ses propres dossiers.**

# Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4) – Instructions

L'employé qui demande un congé payé de solidarité familiale (PFL) pour prendre soin d'un membre de sa famille souffrant d'un problème de santé grave doit soumettre le formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)* avec le formulaire de *Demande de congé payé de solidarité familiale (formulaire PFL-1)*.

## Employé :

- L'employé saisit son nom, sa date de naissance, les autres noms de famille, le cas échéant, sous lesquels il a travaillé, son numéro de sécurité sociale ou son numéro d'identification fiscale (Taxpayer Identification Number, TIN), son adresse postale, ainsi que le nom et la date de naissance du bénéficiaire des soins (patient), en haut de la page 1.
- L'employé saisit son nom et sa date de naissance, ainsi que le nom et la date de naissance du bénéficiaire des soins (patient), en haut de la page 2.
- L'employé remet le formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)* au prestataire de soins de santé.

**CERTIFICATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ POUR LES SOINS À UN MEMBRE DE LA FAMILLE SOUFFRANT D'UN PROBLÈME DE SANTÉ GRAVE** (doit être remplie par le prestataire de soins de santé pour le bénéficiaire des soins [patient] et renvoyée à l'employé identifié ci-dessus)

**Le prestataire de soins de santé du patient doit fournir toutes les informations demandées pertinentes, sauf si elles sont facultatives.**

**Question 2 :** Il est recommandé de fournir le code ICD-10 facultatif.

Le prestataire de soins de santé du patient doit remplir les sections relatives aux informations sur le patient et au prestataire de soins de santé du formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)*.

**Le prestataire de soins de santé signe et date, puis renvoie le formulaire à l'employé qui demande le PFL.**

**Si vous pensez que le patient est victime d'abus ou de négligence de la part de l'employé qui demande le PFL, vous pouvez refuser de fournir cette certification.**

## Employé :

- Lorsque vous recevez le formulaire de *Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)* dûment rempli du prestataire de soins de santé, envoyez les formulaires remplis et les justificatifs à la compagnie d'assurance.

**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.



# Congé payé de solidarité familiale

## Demande de congé payé de solidarité familiale

Certification du prestataire de soins de santé pour les soins à un membre de la famille souffrant d'un problème de santé grave (formulaire PFL-4)

INSTRUCTIONS INCLUSES AVEC LE FORMULAIRE

### 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)

**Nom du bénéficiaire des soins (patient)**  
(prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

**Date de naissance du bénéficiaire des soins (patient)**  
(MM/JJ/AAAA)

## CERTIFICATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ POUR LES SOINS À UN MEMBRE DE LA FAMILLE SOUFFRANT D'UN PROBLÈME DE SANTÉ GRAVE (doit être remplie par le prestataire de soins de santé pour le bénéficiaire des soins [patient] et renvoyée à l'employé identifié ci-dessus)

### Informations sur le bénéficiaire des soins (patient) (doit être remplie par le prestataire de soins de santé)

#### 1. Le patient a-t-il besoin de soins de la part de l'employé demandant un congé payé de solidarité familiale (PFL) ?

Oui  Non (Si « non », passez à la section « Informations sur le prestataire de soins de santé »)

**Remarque :** Aux fins de la présente section, « fournir des soins » peut inclure les soins physiques nécessaires, le soutien émotionnel, les visites, l'aide au traitement, le transport, l'organisation d'un changement dans les soins, l'assistance pour les activités quotidiennes essentielles, et les services d'accompagnement personnel.

#### 2. Code CIM-10 principal (facultatif)

#### 3. Diagnostic

4. Date à laquelle l'état actuel du patient a commencé (MM/JJ/AAAA) / /

5. Première date à laquelle le patient a besoin de soins (MM/JJ/AAAA) / /

6. Date prévue à laquelle le patient n'aura plus besoin de soins (MM/JJ/AAAA) / /

#### 7. Nombre estimé de jours par semaine OU de jours par mois pendant lesquels le patient a besoin de soins

Jours/semaine

OU

Jours/mois

### Informations sur le prestataire de soins de santé (doit être remplie par le prestataire de soins de santé)

#### 8. Nom du prestataire de soins de santé

Formulaire PFL-4 (suite à la page suivante)

**DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ**

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

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

/ /

**Nom du bénéficiaire des soins (patient)**  
(prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

**Date de naissance du bénéficiaire des soins (patient)**  
(MM/JJ/AAAA)

/ /

**CERTIFICATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ POUR LES SOINS À UN MEMBRE DE LA FAMILLE SOUFFRANT D'UN PROBLÈME DE SANTÉ GRAVE** (doit être remplie par le prestataire de soins de santé pour le bénéficiaire des soins [patient] et renvoyée à l'employé identifié ci-dessus) (suite de la page précédente)

*Formulaire PFL-4 (suite de la page précédente)*

**9. Type de prestataire de soins de santé :**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin (MD)                           | <input type="checkbox"/> Dentiste (DDS/DDM)       | <input type="checkbox"/> Travailleur social agréé (LMSW/LCSW) |
| <input type="checkbox"/> Docteur en ostéopathie (DO)            | <input type="checkbox"/> Médecin assistant (PA)   | <input type="checkbox"/> Autre (préciser)                     |
| <input type="checkbox"/> Docteur en médecine podiatrice (DPM)   | <input type="checkbox"/> Infirmier praticien (NP) |   |
| <input type="checkbox"/> Docteur en médecine chiropratique (DC) | <input type="checkbox"/> Psychologue agréé        |   |

**10. Adresse postale du prestataire de soins de santé**

Adresse postale

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

**11. Numéro de téléphone du prestataire de soins de santé (fournir l'indicatif régional ou national)** \_\_\_\_\_

**12. Numéro de fax du prestataire de soins de santé (fournir l'indicatif régional ou national)** \_\_\_\_\_

**13. Adresse e-mail du prestataire de soins de santé (si disponible)** \_\_\_\_\_

**14. État ou pays (si hors États-Unis) dans lequel le prestataire de soins de santé est autorisé à exercer** \_\_\_\_\_

**15. Spécialité** \_\_\_\_\_

**16. Numéro de licence du prestataire de soins de santé** \_\_\_\_\_

**Certification 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.

Ma signature atteste que les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont basées sur mon évaluation professionnelle dans le cadre de la spécialité que je suis autorisé à exercer.

Signature du prestataire de soins de santé

Date de signature (MM/JJ/AAAA)

/ /