

# 유급 가족 휴가 요청 방법

심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위해



유급 가족 휴가



## 유급 가족 휴가를 요청하기 전에

- 자격 요건을 확인하세요. 다음 페이지를 참조하거나 [PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility](https://PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility)를 방문하세요.
- 휴가를 계획하세요. 한꺼번에 혹은 띄엄띄엄 휴가를 가질 수 있지만 하루 단위로 해야 합니다.
- 예상할 수 있는 경우 최소 **30일 이전에** 또는 최대한 빨리 고용주에게 알려야 합니다.

## 양식을 작성하고 필요한 문서를 첨부하세요

**유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1)를 작성하세요.**

참조: 이 양식에는 근로자와 고용주가 작성해야 하는 항목이 있습니다.

- 해당하는 항목을 작성하고, 사본을 만든 다음, 양식을 고용주에게 보내서 **파트 B**를 작성하게 합니다.
  - 고용주는 **양식 PFL-1**을 영업일 기준 3일 내에 근로자에게 돌려줘야 합니다. 지연될 경우, 기다린 후 진행할 필요가 없습니다. 나머지 요청 패키지와 함께, 작성한 **양식 PFL-1**을 직접 고용주의 보험회사에 보내세요.

**유급 가족 휴가법에 따른 개인 건강 정보 공개(Release of Personal Health Information Under the Paid Family Leave Law, 양식 PFL-3)를 작성하세요**

근로자의 가족 구성원(돌봄 대상자)이 양식 **PFL-3**을 작성하여 파일 보관을 위해 의료 서비스 제공자에게 제출합니다.

이 양식은 의료 서비스 제공자가 가족 구성원의 심각한 건강 질환에 관한 정보를 근로자와 고용주의 보험회사에 공개할 수 있도록 허락합니다.

이 양식을 보험회사에 보내지 마세요.

**심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자의 증명(양식 PFL-4)을 작성하세요**

참조: 이 양식에는 의료 서비스 제공자가 작성해야 하는 항목이 있습니다.

- 해당하는 항목을 작성하고, 사본을 만든 다음, 이 양식을 가족 구성원의 의료 서비스 제공자에게 보냅니다.
  - 의료 서비스 제공자에게 적절한 시일 내에 해당 항목을 작성하여 근로자에게 돌려주도록 요청하세요.

## 고용주의 보험회사에 보내세요

혜택을 상실하지 않으려면 작성한 요청 패키지를 휴가 시작일로부터 **30일 내** 고용주의 보험회사에 보내야 합니다.

**기록을 위해 모든 양식과 문서의 사본을 보관하세요.**

**양식 PFL-1** 및 **양식 PFL-4**를 고용주의 보험회사에 우편이나 팩스로 보내세요.

고용주의 보험회사를 알아내는 방법:

- 근무지에서 유급 가족 휴가 포스터를 찾아 보세요.
- 고용주에게 물어 보세요.
- [wcb.ny.gov](https://wcb.ny.gov)에서 고용주 보장 검색(Employer Coverage Search) 앱을 사용하여 찾아보세요.

고용주의 보험회사를 찾을 수 없는 경우, 유급 가족 휴가(PFL) 헬프라인에 (844) 337-6303번으로 전화하여 도움을 받으세요

PFL 헬프라인은 월요일부터 금요일까지, 오전 8시 30분부터 오후 4시 30분까지 이용가능합니다.

요청 패키지를 NYS Workers' Compensation Board에 보내지 마세요.

양식을 보험회사에 제출하는 것은 근로자의 책임입니다. 고용주의 책임이 아닙니다.



## 알아둬야 할 중요한 정보

- 대부분의 경우, 보험회사는 작성한 요청을 접수한 날과 휴가의 첫 날 중 더 나중에 도래하는 날로부터 18일 내에 혜택을 지불하거나 거부해야 합니다. 단지 고용주가 양식 PFL-1의 파트 B를 영업일 기준 3일 내에 작성하지 않았다는 이유만으로 근로자의 요청이 불완전한 것으로 간주될 수 없습니다.
- 보험회사가 근로자의 혜택을 거부하거나, 제때 지불하지 않거나, 또는 청구 관련 다른 분쟁이 있는 경우, 근로자는 보험회사의 조치를 검토하도록 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 [nyspfla.namadr.com](http://nyspfla.namadr.com)에서 확인할 수 있습니다.
- 고용주의 차별이나 보복에 대한 민원은 청문회 후에 Workers' Compensation Board 법률 심판관이 결정합니다. 유급 가족 휴가를 이용하거나 요청하는 것을 이유로 고용주가 근로자를 차별하거나 보복했다고 생각하는 경우, [PaidFamilyLeave.ny.gov/protections](http://PaidFamilyLeave.ny.gov/protections)를 방문하거나 (844) 337-6303번으로 연락하세요.



## 자격

- 뉴욕주에서 민간 고용주를 위해 일하는 대부분의 근로자는 유급 가족 휴가를 이용할 수 있습니다.
  - **정규 직원:** 정기적으로 주당 20시간 이상을 근무하는 사람은 해당 고용주를 위해 연속 26주 동안 근무하는 경우 자격이 됩니다.
  - **파트타임 직원:** 정기적으로 주당 20시간 미만 근무하는 경우, 해당 고용주를 위해 175일 근무한 후부터 자격을 갖게 되며 이때 근무일이 연속적일 필요는 없습니다.
- 고용주가 자발적으로 혜택을 제공하기로 선택한 경우, 비노조 공무원은 혜택을 받을 수 있습니다. 노조가 대변하는 공무원의 경우에는 단체교섭을 통해 혜택이 협상된 경우에 혜택을 받을 수 있습니다.
- 시민권이나 이민 신분은 근로자의 자격 요건이 아닙니다.
- 자격이 된다고 생각하는 경우, 유급 가족 휴가를 신청하면 보험회사가 결정하게 됩니다.
- 자격 규칙에 대해 질문이 있는 경우, **PFL 헬프라인에 (844) 337-6303번으로 전화하세요**(월요일 - 금요일, 오전 8시 30분 ~ 오후 4시 30분).

### 돌볼 수 있는 가족 구성원:

- 배우자/동거인
- 자녀/의붓자녀
- 부모/의붓부모/배우자의 부모
- 조부모
- 손자손녀
- 형제자매(2023년에 새로 도입!) 이 항목이 보험 정책에 반영되는 시점에 대해서는 고용주의 보험회사에 확인하세요.

### 돌봄 활동:

- 필요한 물리적 돌봄
- 정서적 지원
- 방문
- 치료 보조
- 교통
- 진료 변경 주선
- 필요한 일상 활동 보조
- 개인 수행원 서비스

**유의사항:** 양식을 보험회사에 제출하는 것은 근로자의 책임입니다. 고용주의 책임이 아닙니다.

자세한 정보는 [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov)를 방문하거나 (844) 337-6303번으로 전화하십시오.



유급 가족  
휴가

# 유급 가족 휴가 요청서(양식 PFL-1) 지침

- 유급 가족 휴가(Paid Family Leave, PFL)를 요청하려면, PFL을 요청하는 근로자는 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1)의 파트 A를 작성해야 합니다. 선택사항을 제외하고 양식에 있는 모든 항목을 작성해야 합니다. 그런 다음 근로자는 파트 B를 작성하도록 고용주에게 양식을 제공합니다.
- 고용주는 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1)의 파트 B를 작성하고 영업일 기준 3일 내에 근로자에게 이를 돌려줍니다.
- 요청하는 휴가의 유형에 따라 추가로 양식이 필요할 수 있습니다. 휴가를 요청하는 근로자는 이 양식의 작성에 책임이 있습니다.
- 근로자는 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1)의 파트 B에 실린 고용주의 PFL 보험회사에게 작성한 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1) 및 필요한 추가 양식을 제출합니다. 근로자는 제출한 각 양식의 사본을 기록으로 보관해야 합니다.

## 파트 A - 근로자 정보 (근로자가 작성)

PFL을 요청하는 근로자는 모든 필수 정보를 작성해야 합니다.

### PFL 요청서 (근로자가 작성)

**질문 12:** 아동은 친자녀, 입양아 또는 위탁 아동, 의붓자식, 법적 피보호자, 동거인의 자녀, 또는 근로자가 부모와 같은 책임을 갖고 있는 사람을 포함합니다. 부모는 친부모, 위탁 부모, 양부모, 배우자의 부모, 의붓부모, 법적 보호자 또는 근로자가 아동이었을 당시에 근로자에 대해 부모와 같은 책임을 갖고 있었던 사람으로 정의됩니다.

**질문 13:** 날짜가 “연속적”인 경우, 근로자는 요청하는 PFL의 시작 날짜와 종료 날짜를 제공해야 합니다. 이 날짜는 PFL이 실질적으로 시작하고 종료하는 날짜여야 합니다. 확실하지 않은 경우, 시작 날짜와 종료 날짜를 추정하고 “추정 날짜”에 표시합니다. 날짜가 “주기적”인 경우, PFL을 사용할 날짜를 입력합니다. 최대한 구체적으로 작성해야 합니다. 날짜를 알

수 없거나 추정하는 경우, “추정 날짜”에 표시합니다. 날짜를 추정한 경우, PFL 보험회사는 PFL을 사용한 후에 지불 요청을 제출하도록 근로자에게 요구할 수 있습니다. 승인된 청구에 대해서는 가능한 조속히 지불되어야 하며 작성된 요청일로부터 18일 내에 지불되어야 합니다.

**질문 14:** 근로자가 PFL 시작 날짜로부터 30일 미만 사전 통지로서 고용주에게 PFL 요청서를 제출하는 경우, 근로자는 30일 사전 통지를 할 수 없었던 이유를 설명해야 합니다. 설명을 하기에 양식의 공간이 충분하지 않은 경우, “See attached(첨부 참조)”를 기재하고 설명을 담은 첨부 문서를 추가합니다. 첨부 문서의 상단에 근로자의 성과 이름 및 생년월일을 포함해야 합니다.

### 고용 정보 (근로자가 작성)

**질문 16:** 기억하는 한도에서 정확하게 채용 날짜를 입력합니다. 채용된 지 1년 이상 지난 경우에는 고용이 시작된 연도만 입력해도 됩니다.

**질문 18:** 평균 총주급을 최대한 정확하게 추정하여 입력합니다. 이 요청 양식에 실린 고용주로부터 받은 임금만을 포함합니다. 총주급은 주급 전체를 의미하며, 연방세 및 주세와 같은 고용주에 의한 공제를 하기 전에 초과근무수당, 팁, 보너스, 커미션을 포함합니다. 고용주가 이러한 정보를 제공할 수 없는 경우, 다음과 같이 총주급을 계산할 수 있습니다.

**1단계:** 초과근무수당 및 수령한 팁을 포함하여 PFL 시작하기 전 8주 동안 받은 모든 총임금(공제 전)을 더합니다. (보너스 및/또는 커미션을 계산하는 방법에 대해서는 3단계를 참조합니다.)

**2단계:** 1단계에서 계산한 총임금을 8(8주 미만 근무한 경우에는 근무한 주수)로 나눠 평균 주급을 계산합니다.

**3단계:** 직원이 PFL 이전 52주 동안에 보너스 및/또는 커미션을 받은 경우, 비례 계산하여 산출한 주당 금액을 평균 주급에 더합니다. 비례 계산하여 주당 금액을 산정하려면, 이전 52주 동안에 받은 모든 보너스/커미션을 더하고 이 값을 52로 나눕니다.

총주급 계산의 예:

1주차 - 초과근무수당을 포함한 총임금	\$550
2주차 - 총임금	\$500
3주차 - 총임금	\$500
4주차 - 총임금	\$500
5주차 - 총임금	\$500
6주차 - 총임금	\$500
7주차 - 초과근무수당을 포함한 총임금	\$600
8주차 - 초과근무수당을 포함한 총임금	+ \$550
합계 =	\$4,200
8로 나누기	÷ 8
평균 주급 =	\$525
이전 52주 동안에 받은 보너스	\$2,600
52로 나누기	÷ 52
비례 계산한 주간 보너스 =	\$50

양식 PFL-1 지침 다음 페이지에서 계속

**파트 A - 근로자 정보 (근로자가 작성) - 이전 페이지로부터 계속**

**양식 PFL-1 지침 이전 페이지로부터 계속**

평균 주급 \$525  
 비례 계산한 주간 보너스 + \$50  
**평균 주급(보너스 포함) = \$575**

또한 고용주도 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1)의 파트 B에 있는 정보를 제공해야 함에 유념하세요.

**양식을 사전 제출할 때:** 근로자가 PFL 요청서를 사전 제출함을 표시합니다. 사전 제출이란 제출 시점에 알려지지 않은 정보 때문에 특정 필수 정보를 누락한 신청서를 곧 예정된 이벤트에 앞서서 제출하는 것을 말합니다. 보험회사 또는 자가 보험

고용주가 사전 신청을 허용하는 경우, 누락된 정보를 알게 된 후 즉시 이 정보를 제공해야 합니다. 모든 필수 정보가 제공될 때까지 혜택은 결정되지 않습니다.

PFL 보험회사 또는 자가 보험 고용주는 5일 안에 근로자에게 1) 청구가 보류 중임, 2) 누락된 정보를 명시함, 3) 누락된 정보를 제출하는 방법을 알려주는 통지서를 보냅니다. **모든 정보가 제공되면, PFL 보험회사 또는 자가 보험 고용주는 18일 내에 지불하거나 청구를 거부해야 합니다.**

보험회사나 자가 보험 고용주가 사전 제출을 허용하지 않는 경우, 보험회사나 자가 보험 고용주는 5일 내에 근로자에게 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave)를 돌려주고 모든 정보를 완비한 후 청구를 다시 제출하도록 설명해야 합니다.

**근로자는 서명하고 날짜를 기입한 다음에 파트 B를 작성하도록 이 양식을 고용주에게 제공합니다.**

**파트 B - 고용주 정보 (고용주가 작성)**

**PFL을 요청하는 근로자의 고용주는 파트 B의 모든 정보를 작성해야 합니다.**

**질문 2:** 연방 고용주 식별 번호(Federal Employer Identification Number, FEIN)에 대해 사회보장번호(Social Security number)가 사용된 경우, 사회보장번호를 입력합니다.

**질문 3:** 고용주의 표준산업분류(Standard Industrial Classification, SIC) 코드를 입력합니다. 자신의 SIC 코드를 모를 경우 고용주는 담당 보험회사에 연락해야 합니다.

**질문 8:** 근로자 직업 코드는 [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)에서 확인할 수 있습니다.

**질문 9:** PFL 시작 날짜 이전 8주 동안에 근로자가 받은 임금을 입력합니다. 총지급액은 근로자의 총주급이며, 해당 주에 대한 모든 초과근무수당 및 팁을 포함하고 이전 52주 동안에 받은 모든 보너스나 커미션을 비례 계산한 주당 금액을 더합니다. (자세한 단계에 대해서는 지침 1페이지의 질문 18을 참조합니다.) 지급된 총액을 더하여 평균 총주급을 계산한 다음에 합계를 8(8주 미만 근무한 경우에는 근무한 주수)로 나눕니다.

**PFL 자격이 있는 근로자 확인:** 정기적으로 주당 20시간 이상을 근무하는 근로자는 최소 26주 이상 연속으로 근무해야 합니다. 정기적으로 주당 20시간 미만 근무하는 근로자는 175일을 근무해야 합니다.

**고용주는 양식에 서명하고 날짜를 기입한 다음에 영업일 기준 3일 내에 PFL을 요청하는 근로자에게 양식을 돌려줍니다.**

**질문 10:** 보험회사에 대한 환급 요청에 대해 “예”를 선택하지 않을 경우, 환급 권리를 포기하게 됩니다.

**질문 11a:** ‘장애’는 NYS 법정 장애를 말합니다. 응답이 “없음”일 경우 질문 11b의 총 주수 및 일수 난에 “0”을 입력합니다.

**질문 11b:** 52주 기간 동안에 NYS 법정 장애 및 PFL에 사용 가능한 최대 주수는 26주입니다. 휴가에 이전 52주 동안 NYS 법정 장애와 PFL에 대해 사용된 주의 일부가 포함된 경우, 총 주수와 추가적인 일수를 기입합니다.

**질문 13, 14 및 15:** 유급 가족 휴가 또는 장애/PFL 보험회사의 이름, 주소 및 PFL 보험번호(Policy Number)를 입력합니다. 만약 자가 보험 고용주인 경우, 처리를 위해 PFL 요청서를 제출해야 하는 곳의 이름과 주소를 입력합니다.

**요청된 휴가 유형에 따라 적절한 추가 PFL 양식도 작성해야 합니다.**

뉴욕 개인 정보 보호법(공무원법 제6-A조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 USC 552a)에 따른 통지.

사회보장번호 및 납세자 식별 번호(Taxpayer Identification Number)를 포함한 근로자의 개인 정보를 요청하는 Workers' Compensation Board(Board)의 권한은 산업재해보상법(WCL) 142항에 의거한 행정 권한에 기인합니다. 본 정보는 가장 합당한 방법으로 Board의 청구 조사 및 관리를 지원하고 정확한 기록을 유지하도록 돕기 위해 수집됩니다. 청구인이 Board에 사회보장번호 또는 납세자 식별 번호를 제공하는 것은 자발적인 것입니다. Board는 보유한 모든 개인 정보의 기밀을 보장하며 공무상 진행 그리고 해당 주 및 연방법에 의해서만 공개합니다.



파트 A - 근로자 정보 (근로자가 작성)

1. 근로자의 법적 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

2. 근로자가 다른 성으로 근무하는 경우, 해당 성

3. 근로자의 우편 주소

거리 주소, 시, 주, 우편번호, 국가(미국이 아닌 경우)

4. 근로자의 사회보장번호 또는 납세자 식별 번호

5. 근로자의 생년월일 (월/일/년)

6. 근로자의 기본 전화번호

7. 근로자가 PFL 도중에 선호하는 이메일 주소 (있는 경우)

8. 근로자의 성별

남성, 여성, X

9. 근로자의 선호 언어

English, Español, Русский, Polski, 中文, Italiano, Kreyòl ayisyen, 한국어, 기타

선택사항 (연구 목적)

10. 근로자의 민족/인종

보건 인구 통계 목적으로만 사용. (미국 질병통제예방센터(CDC) 코드 세트, 버전 1.0.)

근로자가 히스패닉계, 라틴계, 또는 스페인 출신입니까? (하나 이상의 카테고리 선택 가능.)

- 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노/치카나, 푸에르토리코인, 도미니카인, 쿠바인, 다른 히스패닉계, 라틴계, 또는 스페인 출신, 히스패닉계, 라틴계, 또는 스페인 출신이 아님, 알 수 없음

근로자의 인종은 무엇입니까?

(하나 이상의 카테고리 선택 가능.)

- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민, 흑인 또는 아프리카계 미국인, 아시아 인디언, 중국인, 필리핀인, 일본인, 한국인, 베트남인, 기타 아시아인, 백인, 하와이 원주민, 구마니아인 또는 차모르인, 사모아인, 기타 태평양 섬 주민, 기타 인종

유급 가족 휴가(PFL) 요청서 (근로자가 작성)

11. PFL 요청 이유: 자녀와 유대감, 가족 구성원 돌보기, 적격 군대 행사

12. 가족 구성원의 근로자와의 관계:

- 자녀, 배우자, 동거인, 부모, 배우자의 부모, 조부모, 손자손녀, 형제자매

양식 PFL-1 다음 페이지에서 계속

근로자가 작성

근로자의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

근로자의 생년월일 (월/일/년)

파트 A - 근로자 정보 (근로자가 작성) - 이전 페이지로부터 계속

양식 PFL-1 - 이전 페이지로부터 계속

13. 유급 가족 휴가(PFL)는 연속적 기간입니까 아니면 간헐적입니까?

<input type="checkbox"/> 연속적	PFL 시작 날짜 (월/일/년) / /	PFL 종료 날짜 (월/일/년) / /	<input type="checkbox"/> 추정 날짜
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/> 간헐적	간헐적 PFL이 사용되는 날짜를 밝힙니다. [ ]	<input type="checkbox"/> 추정 날짜
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

14. 30일 미만의 사전 통보를 고용주에게 제공하는 경우, 이유를 설명하세요.

고용 정보 (근로자가 작성)

15. 사업체 이름

16. 근로자의 채용 날짜 (월/일/년) / /

17. 근로자의 근무 장소

거리 주소		
시, 주	우편번호	국가(미국이 아닌 경우)

18. 근로자의 평균 총주급 (이 데이터는 근로자와 고용주 모두에게 요청됩니다) \_\_\_\_\_

19. 이 요청과 관련 연락 가능한 고용주의 전화번호 ( ) -

20a. 근로자가 여러 고용주를 위해 일합니까?  예  아니요

20b. '예'로 답한 경우, 근로자가 다른 고용주로부터 PFL을 이용합니까?  예  아니요

21. 근로자가 현재 산업재해보상 손실 임금(Workers' Compensation Lost Wage) 혜택을 받고 있습니까?  예  아니요

공개 진술서: 수령한 지불금 및 휴가 유형과 같이 근로자가 받는 PFL 혜택에 관한 정보는 고용주에게 제공됩니다.

선언 및 서명

고의로 그리고 보험회사나 다른 사람을 속일 의도로 중대한 허위 정보를 담은 보험 신청서나 청구 진술서를 제출하거나, 호도할 목적으로 사실 자료에 관한 정보를 숨기거나, 범죄에 해당하는 사기 보험 행위를 저지르는 자는 5천 달러 및 각 위반에 대해 규정된 청구 가치를 초과하지 않는 범위에서 민사 처벌을 받게 됩니다.

본인은 이로써 NYS 산업재해보상법에 따른 유급 가족 휴가 혜택을 요청합니다. 여기에 서명함으로써 제공하는 정보가 아는 한도에서 진실이고 정확함을 확인합니다.

근로자의 서명 \_\_\_\_\_ 서명 날짜 (월/일/년) / /

본인은 사전에 이 양식을 제출합니다(사전 제출에 관한 지침 참조). 본인은 필수 누락 정보를 제출하는 방법을 알려주기 위해 보험회사가 본인에게 연락함을 이해합니다.

근로자가 작성  
 근로자의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성) \_\_\_\_\_ 근로자의 생년월일 (월/일/년) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**파트 B - 고용주 정보 (고용주가 작성)**

**1. 사업체의 완전한 법적 이름 및 우편 주소**

사업체 이름 \_\_\_\_\_

우편 주소 \_\_\_\_\_

시, 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_ 국가(미국이 아닌 경우) \_\_\_\_\_

**2. 고용주의 FEIN** -

**3. 고용주의 표준산업분류(Standard Industrial Classification, SIC) 코드**

**4. PFL 관련 질문에 대해 연락할 수 있는 고용주의 담당자 이름**

**5. 고용주의 연락 전화번호** ( ) -

**6. 고용주의 연락 이메일 주소**

**7. 근로자의 채용 날짜** (월/일/년) / /

**8. 근로자의 직업 코드 확인:** [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm) -

**9. 근로자의 지난 8주간 총임금을 입력하고 평균 총주급을 계산합니다**

주 번호	주 종료 날짜 (월/일/년)	근무일수	총지급액
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
계산된 평균 총주급:			

**10. 근로자가 PFL 동안 온전히 임금을 받았거나 받을 경우, 고용주가 환급을 요청합니까?**  예  아니요

양식 PFL-1 다음 페이지에서 계속

근로자가 작성

근로자의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

근로자의 생년월일 (월/일/년)

파트 B - 고용주 정보 (고용주가 작성) - 이전 페이지로부터 계속

양식 PFL-1 - 이전 페이지로부터 계속

11a. 이전 52주 동안에 근로자가 다음에 대한 휴가를 사용했습니까:  NYS 장애  PFL  장애 및 PFL 둘 다  없음

11b. 지난 52주 동안에 장애 및 PFL에 대해 사용한 총 주수 및 일수를 입력합니다.

장애:	주	장애에 대해 특정 날짜를 적으세요.
	일	

PFL:	주	PFL에 대해 특정 날짜를 적으세요.
	일	

12. 근로자가 PFL과 동시에 가족의료휴가법(Family Medical Leave Act, FMLA)에 따른 휴가를 사용하고 있습니까?  예  아니요

13. PFL 보험회사의 이름 및 우편 주소

PFL 보험회사의 이름

우편 주소

시, 주	우편번호	국가(미국이 아닌 경우)
------	------	---------------

14. PFL 보험회사의 전화번호 ( ) -

15. PFL 보험번호(Policy Number) \_\_\_\_\_

선언 및 서명

본인은 근로자가 정기적으로 주당 20시간 이상을 근무하고 최소 26주 이상 연속으로 근무했거나, 또는 정기적으로 주당 20시간 미만으로 근무하고 최소 175일 이상 근무했음을 맹세합니다.

고의로 그리고 보험회사나 다른 사람을 속일 의도로 중대한 허위 정보를 담은 보험 신청서나 청구 진술서를 제출하거나, 호도할 목적으로 사실 자료에 관한 정보를 숨기거나, 범죄에 해당하는 사기 보험 행위를 저지르는 자는 5천 달러 및 각 위반에 대해 규정된 청구 가치를 초과하지 않는 범위에서 민사 처벌을 받게 됩니다.

본인은 PFL을 요청하는 근로자의 고용주로서 서명할 권한이 있습니다. 여기에 서명함으로써 아는 한도에서 본인이 제공한 정보가 진실하고 정확함을 확인합니다.

고용주의 공인 서명 \_\_\_\_\_ 서명 날짜 (월/일/년) \_\_\_\_\_

직함 \_\_\_\_\_



## 유급 가족 휴가법에 따른 개인 건강 정보 공개(양식 PFL-3) 지침

- 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위해 근로자가 유급 가족 휴가(PFL)를 요청하는 경우, 돌봄 대상자 또는 위임 대리인은 유급 가족 휴가법에 따른 개인 건강 정보 공개(Release of Personal Health Information Under the Paid Family Leave Law, 양식 PFL-3)를 작성하여 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원의 돌봄에 대한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4) 사본과 함께 담당 의료 서비스 제공자에게 제출해야 합니다.
- 유급 가족 휴가법에 따른 개인 건강 정보 공개(Release of Personal Health Information Under the Paid Family Leave Law, 양식 PFL-3)에 근거해 의료 서비스 제공자는 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원의 돌봄에 대한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4)을 작성하여 PFL 혜택을 신청하는 근로자에게 공개할 수 있습니다.
- 작성하고 서명하기 전에, 돌봄 대상자는 유급 가족 휴가법에 따른 개인 건강 정보 공개(Release of Personal Health Information Under the Paid Family Leave Law, 양식 PFL-3)를 전부 읽어야 합니다.
- PFL을 요청하는 근로자는 PFL 혜택 결정을 위해 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1) 및 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원의 돌봄에 대한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4) 둘 다를 고용주의 PFL 보험회사 또는 자가 보험 고용주인 경우에는 고용주에게 제출합니다.

**참조:** 의료 서비스 제공자가 이 양식을 보관합니다. 근로자는 의료 서비스 제공자에게 제공하기 전에 기록을 위해 사본을 만들어야 합니다.

**돌봄 대상자 또는 위임 대리인이 서명하고 날짜를 기입합니다.**

**이 양식을 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원의 돌봄에 대한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4)과 함께 돌봄 대상자의 의료 서비스 제공자에게 제공합니다.**

**심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원에 대한 의료 서비스 제공자의 개인 건강 정보 공개 (돌봄 대상자 또는 위임 대리인이 작성하여 양식 PFL-4와 함께 돌봄 대상자의 의료 서비스 제공자에게 제출)**

근로자는 자신의 이름, 그리고 돌봄 대상자(환자)의 이름과 생년월일을 각 페이지의 상단에 입력합니다.

양식의 상단에 요청된 PFL 보험회사 이름은 유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1) 파트 B 항목 13에 있는 PFL 보험회사와 같습니다.

**돌봄 대상자 또는 위임 대리인은 해당하는 요청된 모든 정보를 작성해야 합니다.**

돌봄 대상자가 이 양식을 작성할 수 없는 경우, 위임 대리인은 돌봄 대상자를 대신해 서명을 허락받은 의료 대리 서류(Health care proxy) 또는 위임장(Power of attorney)과 같은 법적 문서의 사본을 첨부해야 합니다. 위임 대리인이 미성년자를 대신해 서명하는 부모인 경우를 제외하고, 의료 서비스 제공자는 이 위임 서류를 요구합니다.

뉴욕 개인 정보 보호법(공무원법 제6-A조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 USC 552a)에 따른 통지.

사회보장번호 및 납세자 식별 번호를 포함한 근로자의 개인 정보를 요청하는 Workers' Compensation Board(Board)의 권한은 산업재해보상법(WCL) 142항에 의거한 행정 권한에 기인합니다. 본 정보는 가장 합당한 방법으로 Board의 청구 조사 및 관리를 지원하고 정확한 기록을 유지하도록 돕기 위해 수집됩니다. 청구인이 Board에 사회보장번호 또는 납세자 식별 번호를 제공하는 것은 자발적인 것입니다. Board는 보유한 모든 개인 정보의 기밀을 보장하며 공무원 진행 그리고 해당 주 및 연방법에 의해서만 공개합니다.



근로자가 작성

근로자의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

돌봄 대상자(환자)의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

돌봄 대상자(환자)의 생년월일 (월/일/년)

심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원에 대한 의료 서비스 제공자의 개인 건강 정보 공개 (돌봄 대상자 또는 위임 대리인이 작성하여 양식 PFL-4와 함께 돌봄 대상자의 의료 서비스 제공자에게 제출)

본인,  (은)는 본인의 개인 건강 정보를  
 및 그의

고용주의 PFL 보험회사인  에게 공개하도록 이 양식에 기재된 의료 서비스 제공자에게 허가합니다.

공개 대상 기록: 이 양식은 첨부된 의료 증명에 귀하의 의료 기록을 포함하도록 의료 서비스 제공자에게 허가합니다. 이 양식은 근로자의 유급 가족 휴가 혜택 요청에 관한 귀하의 현재 질환의 의료 기록 정보만을 공개하도록 의료 서비스 제공자에게 허가합니다.

취소 가능한 공개 기간: 이 허가는 1년 후에, 또는 귀하가 공개를 취소하는 시점에 종료합니다. 귀하는 이 공개를 언제든지 취소할 수 있습니다. 이 허가를 취소하려면 이 양식에 기재된 의료 서비스 제공자에게 서신을 보내세요.

이 양식은 귀하가 구체적으로 공개를 허락한 경우를 제외하고, 담당 의료 서비스 제공자에게 다음 유형의 정보를 공개하도록 허가하지 않습니다. 담당 의료 서비스 제공자가 공개할 수 있는 정보 옆에 "X" 표시를 하세요.

- HIV/AIDS 관련 정보  정신 건강 정보  알코올/약물 치료  심리치료 노트

의료 서비스 제공자 정보 (돌봄 대상자 또는 위임 대리인이 작성)

근로자의 PFL 혜택을 요청하는 질환에 대해 현재 귀하를 치료하고 있는 의료 서비스 제공자를 확인합니다.

1. 의료 서비스 제공자의 이름

2. 의료 서비스 제공자의 우편 주소

3. 의료 서비스 제공자의 전화번호 (지역 또는 국가 번호를 제공)

양식 PFL-3 다음 페이지에서 계속

근로자가 작성

근로자의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

돌봄 대상자(환자)의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

돌봄 대상자(환자)의 생년월일 (월/일/년)

/ /

심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원에 대한 의료 서비스 제공자의 개인 건강 정보 공개 (돌봄 대상자 또는 위임 대리인이 작성하여 양식 PFL-4와 함께 돌봄 대상자의 의료 서비스 제공자에게 제출) - 이전 페이지로부터 계속

양식 PFL-3 - 이전 페이지로부터 계속

돌봄 대상자 정보 (돌봄 대상자 또는 위임 대리인이 작성)

4. 돌봄 대상자의 우편 주소

우편 주소

시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

5. 돌봄 대상자의 사회보장번호(SSN) - -

6. 돌봄 대상자의 전화번호 (지역 또는 국가 번호를 제공)

읽고 아래에 서명하세요

본인은 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자의 증명(양식 PFL-4)을 작성하여 PFL-4 양식에서 확인된 근로자에게 제공하도록 기재된 의료 서비스 제공자에게 요청합니다. 본인은 그러한 정보에 본인의 현재 질환에 대한 진단과 예후, 그 시작일 그리고 본인의 현재 질환의 결과로서 PFL 혜택을 요청하는 근로자로부터 필요한 돌봄의 정도가 포함됨을 이해합니다.

돌봄 대상자의 서명

서명 날짜 (월/일/년)

/ /

위임 대리인

정자체로 이름 기재

본인, (은)는 아래에 근거해 허가된 바와 같이 이 사안에 있어 돌봄 대상자를 대리합니다.

친권  위임장(사본 첨부)  법원 명령(사본 첨부)  의료 대리 서류(Health care proxy)(사본 첨부)

위임 대리인의 서명

서명 날짜 (월/일/년)

/ /

근로자는 기록을 위해 사본을 보관해야 합니다.

# 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification For Care Of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4) 지침

심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위해 유급 가족 휴가(PFL)를 요청하는 근로자는 **심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4)**과 함께 **유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave, 양식 PFL-1)**를 제출해야 합니다.

## 근로자:

- 근로자는 1페이지 상단에 자신의 이름, 생년월일, 다른 성으로 근무하는 경우 해당 성, 사회보장번호 또는 납세자 식별 번호(TIN), 우편 주소, 돌봄 대상자(환자)의 이름 및 생년월일을 입력합니다.
- 근로자는 자신의 이름과 생년월일, 그리고 돌봄 대상자(환자)의 이름과 생년월일을 2페이지 상단에 입력합니다.
- 근로자는 **심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4)**을 의료 서비스 제공자에게 제공합니다.

## 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(HEALTH CARE PROVIDER CERTIFICATION FOR CARE OF FAMILY MEMBER WITH SERIOUS HEALTH CONDITION) (돌봄 대상자(환자)의 의료 서비스 제공자가 작성하고 위에서 확인된 근로자에게 돌려줌)

환자의 의료 서비스 제공자는 선택사항으로 표시된 항목을 제외하고 해당되는 모든 요청 정보를 작성해야 합니다.

**질문 2:** 선택사항인 ICD-10 코드를 제공하는 것을 권장합니다.

환자의 의료 서비스 제공자는 환자 정보 및 **심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4)**의 의료 서비스 제공자 항목을 작성해야 합니다.

의료 서비스 제공자는 양식에 서명하고 날짜를 적은 다음 PFL을 요청하는 근로자에게 돌려줍니다.

환자가 PFL을 요청하는 근로자의 학대나 방치의 피해자라고 생각되면, 의료 서비스 제공자는 이 증명 제고를 거절할 수 있습니다.

## 근로자:

- 의료 서비스 제공자로부터 작성된 **심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification for Care of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4)**을 받으면, 작성된 양식들과 증빙 문서를 보험회사에 보내세요.

뉴욕 개인 정보 보호법(공무원법 제6-A조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 USC 552a)에 따른 통지.

사회보장번호 및 납세자 식별 번호(Taxpayer Identification Number)를 포함한 근로자의 개인 정보를 요청하는 Workers' Compensation Board(Board)의 권한은 산업재해보상법(WCL) 142항에 의거한 행정 권한에 기인합니다. 본 정보는 가장 합당한 방법으로 Board의 청구 조사 및 관리를 지원하고 정확한 기록을 유지하도록 돕기 위해 수집됩니다. 청구인이 Board에 사회보장번호 또는 납세자 식별 번호를 제공하는 것은 자발적인 것입니다. Board는 보유한 모든 개인 정보의 기밀을 보장하며 공무상 진행 그리고 해당 주 및 연방법에 의해서만 공개합니다.



# 유급 가족 휴가

## 유급 가족 휴가 요청서

심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(Health Care Provider Certification For Care Of Family Member with Serious Health Condition, 양식 PFL-4)

지침은 양식에 포함됨

### 근로자가 작성

근로자의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

근로자의 생년월일 (월/일/년)

근로자가 다른 성으로 근무하는 경우, 해당 성

근로자의 사회보장번호(SSN) 또는 TIN

### 근로자의 우편 주소

우편 주소

시, 주

우편번호

국가(미국이 아닌 경우)

돌봄 대상자(환자)의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

돌봄 대상자(환자)의 생년월일 (월/일/년)

## 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(HEALTH CARE PROVIDER CERTIFICATION FOR CARE OF FAMILY MEMBER WITH SERIOUS HEALTH CONDITION) (돌봄 대상자(환자)의 의료 서비스 제공자가 작성하고 위에서 확인된 근로자에게 돌려줌)

### 돌봄 대상자(환자) 정보 (의료 서비스 제공자가 작성)

1. 환자에게 유급 가족 휴가(PFL)를 요청하는 근로자의 돌봄이 필요합니까?

예  아니요 ('아니요'라고 답한 경우, "의료 서비스 제공자 정보"로 건너뛸니다.)

참조: 이 항목의 목적상, "돌봄 제공"에는 필요한 물리적 돌봄, 정서적 지원, 방문, 치료 보조, 교통, 진료 변경 주선, 필요한 일상 생활 보조, 개인 수행원 서비스 등이 포함될 수 있습니다.

2. 기본 ICD-10 코드 (선택사항)

3. 진단

4. 환자의 질환 시작 날짜 (월/일/년) / /

5. 환자에 대한 돌봄이 필요한 처음 날짜 (월/일/년) / /

6. 환자에게 돌봄이 더 이상 필요 없을 것으로 예상되는 날짜 (월/일/년) / /

7. 환자에게 돌봄이 필요할 것으로 예상되는 주당 일수 또는 월당 일수  일수/주 또는  일수/월

### 의료 서비스 제공자 정보 (의료 서비스 제공자가 작성)

8. 의료 서비스 제공자의 이름

양식 PFL-4 다음 페이지에서 계속

근로자가 작성

근로자의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

근로자의 생년월일 (월/일/년)

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

돌봄 대상자(환자)의 이름 (이름, 중간 이니셜, 성)

돌봄 대상자(환자)의 생년월일 (월/일/년)

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

**심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 돌보기 위한 의료 서비스 제공자 증명(HEALTH CARE PROVIDER CERTIFICATION FOR CARE OF FAMILY MEMBER WITH SERIOUS HEALTH CONDITION) (돌봄 대상자(환자)의 의료 서비스 제공자가 작성하고 위에서 확인된 근로자에게 돌려줌) - 이전 페이지로부터 계속**

양식 PFL-4 - 이전 페이지로부터 계속

9. 의료 서비스 제공자의 유형:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 의사(MD)        | <input type="checkbox"/> 치과 의사(DDS/DDM) | <input type="checkbox"/> 면허 소지 사회복지사(LMSW/LCSW) |
| <input type="checkbox"/> 정골 의사(DO)     | <input type="checkbox"/> 의사 보조사(PA)     | <input type="checkbox"/> 기타(명시하세요)              |
| <input type="checkbox"/> 발병 의사(DPM)    | <input type="checkbox"/> 임상 간호사(NP)     |   |
| <input type="checkbox"/> 카이로프랙틱 의사(DC) | <input type="checkbox"/> 면허 소지 심리학자     |   |

10. 의료 서비스 제공자의 우편 주소

우편 주소 \_\_\_\_\_

시, 주 _____	우편번호 _____	국가(미국이 아닌 경우) _____
------------	------------	---------------------

11. 의료 서비스 제공자의 전화번호 (지역 또는 국가 번호를 제공) \_\_\_\_\_

12. 의료 서비스 제공자의 팩스번호 (지역 또는 국가 번호를 제공) \_\_\_\_\_

13. 의료 서비스 제공자의 이메일 주소(있는 경우) \_\_\_\_\_

14. 의료 서비스 제공자가 진료를 제공하도록 허가받은 주 또는 국가(미국이 아닌 경우) \_\_\_\_\_

15. 전문분야 \_\_\_\_\_

16. 의료 서비스 제공자의 면허 번호 \_\_\_\_\_

증명 및 서명

고의로 그리고 보험회사나 다른 사람을 속일 의도로 중대한 허위 정보를 담은 보험 신청서나 청구 진술서를 제출하거나, 호도할 목적으로 사실 자료에 관한 정보를 숨기거나, 범죄에 해당하는 사기 보험 행위를 저지르는 자는 5천 달러 및 각 위반에 대해 규정된 청구 가치를 초과하지 않는 범위에서 민사 처벌을 받게 됩니다.

본인은 서명함으로써 이 양식에 제공하는 정보가 면허받은 진료 범위 내에서 전문적 평가에 기반함을 증명합니다.

의료 서비스 제공자의 서명 \_\_\_\_\_ 서명 날짜 (월/일/년)

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