

JAK ZŁOŻYĆ WNIOSEK O PŁATNY URLOP RODZINNY

w celu opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny



Płatny urlop rodzinny



PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU O PŁATNY URLOP RODZINNY

- Sprawdź kryteria kwalifikacji.** Zob. następna strona lub PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility
- Zaplanuj swój urlop.** Można od razu wykorzystać cały urlop lub wziąć go w sposób nieciągły, należy go jednak brać w pełnych jednodniowych inkrementach.
- Powiadom pracodawcę z przynajmniej 30-dniowym wyprzedzeniem**, o ile jest to przewidywalne lub tak szybko, jak jest to możliwe.

WYPEŁNIJ ODPOWIEDNIE FORMULARZE I DOŁĄCZ WYMAGANE DOKUMENTY

Wypełnij *Wniosek o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)*.

Uwaga! Formularz PFL-1 zawiera części, które musi wypełnić pracownik i pracodawca.

- Należy wypełnić swoją część, wykonać kopię formularza i przekazać go swojemu pracodawcy, aby wypełnił **Część B**.
- Pracodawca ma obowiązek zwrócić pracownikowi **Formularz PFL-1** w ciągu trzech dni roboczych. W razie opóźnienia, pracownik nie musi czekać z kontynuacją procedury. Wypełniony **Formularz PFL-1**, razem z pozostałymi dokumentami z pakietu z wnioskiem, należy wysłać bezpośrednio do ubezpieczyciela pracodawcy.

Wypełnij *Ujawnienie prywatnych danych medycznych na podstawie ustawy o płatnym urlopie rodzinnym (Formularz PFL-3)*

- Członek rodziny (osoba korzystająca z opieki) wypełnia **Formularz PFL-3** i przekazuje go swojemu usługodawcy opieki zdrowotnej do zachowania w dokumentacji.

Formularz ten upoważnia usługodawcę opieki zdrowotnej do ujawnienia informacji dotyczących poważnego schorzenia członka rodziny pracownikowi i ubezpieczycielowi pracodawcy.

Formularza tego nie należy wysyłać do ubezpieczyciela.

Wypełnij *Zaświadczenie usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczące opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)*

Uwaga! Ten formularz zawiera części, które musi wypełnić usługodawca opieki zdrowotnej.

- Wypełnij swoją część, wykonaj kopię formularza i przekaz go usługodawcy opieki zdrowotnej członka rodziny.
- Poproś usługodawcę o wypełnienie odpowiedniej części formularza i zwrócenie go w odpowiednim terminie.

PRZEŚLIJ DO UBEZPIECZYCIELA SWOJEGO PRACODAWCY

Aby nie utracić świadczeń, wypełniony pakiet z wnioskiem należy wysłać do ubezpieczyciela pracodawcy w ciągu 30 dni od rozpoczęcia urlopu.

Zachowaj dla siebie kopię wszystkich formularzy i dokumentacji.

Formularz PFL-1 i **Formularz PFL-4** wyślij pocztą lub faksem do ubezpieczyciela swojego pracodawcy.

Informacje o ubezpieczycielu pracodawcy:

- można znaleźć na plakacie o płatnym urlopie rodzinnym w swoim miejscu pracy
- są dostępne u pracodawcy
- można znaleźć korzystając z aplikacji wyszukiwania ochrony ubezpieczeniowej pracodawcy na stronie wcb.ny.gov.

Jeśli nie można ustalić, kto jest ubezpieczycielem pracodawcy, należy zadzwonić na infolinię ds. płatnego urlopu rodzinnego (PFL): **(844) 337-6303**

Infolinia PFL jest czynna od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:30 do 16:30.

Pakietu z wnioskiem NIE należy wysyłać do Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych Stanu Nowy Jork.

Za złożenie formularzy u ubezpieczyciela odpowiada PRACOWNIK. NIE należy to do obowiązków pracodawcy.



Należy pamiętać

- W większości przypadków, ubezpieczyciel musi wypłacić lub odmówić wypłaty świadczeń w ciągu **18 dni** od otrzymania wypełnionego wniosku lub pierwszego dnia urlopu, w zależności od tego, co nastąpi później. Wniosek nie może zostać uznany za niepełny wyłącznie w związku z niewypełnieniem przez pracodawcę **Części B Formularza PFL-1** w ciągu **trzech dni roboczych**.
- Jeśli ubezpieczyciel odmówi wypłaty świadczeń lub nie wypłaci ich w terminie, lub w przypadku innego sporu związanego z roszczeniami, pracownik może zażądać weryfikacji postępowania ubezpieczyciela. Dodatkowe informacje są dostępne na stronie nyspfla.namadr.com.
- Skargi dotyczące dyskryminacji lub stosowania odwetu przez pracodawcę są rozpatrywane na drodze przesłuchania przez sędziego ds. odszkodowań dla pracowników. Jeśli pracownik uważa, że pracodawca dyskryminował go lub stosował wobec niego odwet za wzięcie urlopu lub złożenie wniosku o płatny urlop rodzinny, powinien wejść na stronę PaidFamilyLeave.ny.gov/protections lub zadzwonić pod numer **(844) 337-6303**.



Kryteria kwalifikacji

- Z płatnego urlopu rodzinnego może korzystać większość pracowników zatrudnionych u prywatnych pracodawców w stanie Nowy Jork.
 - Pracownicy pełnoetatowi:** Osoby pracujące regularnie 20 lub więcej godzin tygodniowo są uprawnione do skorzystania z urlopu po 26 tygodniach ciągłego zatrudnienia u pracodawcy.
 - Pracownicy niepełnoetatowi:** Osoby pracujące regularnie mniej niż 20 godzin tygodniowo, kwalifikują się do programu po przepracowaniu 175 dni (nie trzeba zachować ciągłości).
- Pracownicy urzędów państwowych niereprezentowani przez związki mogą zostać objęci ubezpieczeniem, jeżeli ich pracodawca dobrowolnie wyraził zgodę na zapewnienie świadczenia. Pracownicy urzędów państwowych reprezentowani przez związki będą objęci świadczeniem tylko wtedy, gdy zostało ono wynegocjowane w drodze układu zbiorowego.
- Obywatelstwo i/lub status imigracyjny nie decydują o kwalifikowalności pracownika.
- Osoby, które uważają, że kwalifikują się do otrzymania świadczenia, mogą złożyć wniosek o płatny urlop rodzinny, a ubezpieczyciel podejmie decyzję w tej kwestii.
- Pytania dotyczące zasad kwalifikacji należy kierować na **Infolinię PFL** pod numer **(844) 337-6303** (poniedziałek - piątek, 8:30 do 16:30).

CZŁONKOWIE RODZINY, KTÓRYMI MOŻNA SIĘ OPIEKOWAĆ

współmałżonek/partner życiowy

dziecko/pasierb

rodzic/przybrany rodzic/teść

dziadek/babka

wnuk/wnuczka

brat/siostra (nowe od 2023!) Prosimy sprawdzić u ubezpieczyciela pracodawcy od kiedy ta opcja stanie się dostępna w ramach polisy.

OPIEKA OBEJMUJE:

niezbędną opiekę fizyczną

wsparcie emocjonalne

odwiedziny

pomoc w leczeniu

transport

organizowanie zmiany opieki

pomoc w codziennych czynnościach

usługi osobistego opiekuna

Prosimy pamiętać: Za złożenie formularzy u ubezpieczyciela odpowiada **PRACOWNIK**. Nie należy to do obowiązków pracodawcy.

Więcej informacji można uzyskać na stronie PaidFamilyLeave.ny.gov lub dzwoniąc pod numer **(844) 337-6303**.



Płatny urlop rodzinny

Instrukcje wypełniania Wniosku o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)

- Aby złożyć wniosek o płatny urlop rodzinny, należy wypełnić Część A *Wniosku o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)*. Należy wypełnić wszystkie części tego formularza, chyba że oznaczono je jako nieobowiązkowe. Pracownik przekazuje następnie formularz pracodawcy do wypełnienia części B.
- Pracodawca wypełnia Część B *Wniosku o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)* i zwraca go pracownikowi w terminie trzech dni roboczych.
- W zależności od rodzaju urlopu będącego przedmiotem wniosku, mogą być wymagane dodatkowe formularze. Za wypełnienie tych wniosków odpowiedzialny jest wnioskujący pracownik.
- **Pracownik składa wypełniony Wniosek o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1) wraz z wymaganym formularzem dodatkowym do ubezpieczyciela pracodawcy wypłacającego świadczenia PFL, którego dane podano w części B Wniosku o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1). Pracownik powinien zachować na własne potrzeby kopię każdego ze złożonych formularzy.**

CZĘŚĆ A - DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik)

Pracownik składający wniosek o płatny urlop rodzinny musi podać wszystkie wymagane informacje.

Wniosek o płatny urlop rodzinny (wypełnia pracownik)

Pytanie 12: Dziecko to dziecko biologiczne, przysposobione lub wychowanek, pasierb, osoba nieletnia znajdująca się pod kuratelą, dziecko partnera życiowego lub osoba, której pracownik zastępuje rodzica. Rodzic to rodzic biologiczny, zastępczy, przysposobiony, teść, rodzic przybrany, opiekun prawny lub inna osoba zastępująca rodzica w okresie, kiedy pracownik był dzieckiem.

Pytanie 13: Jeżeli daty są „ciągłe”, należy podać datę rozpoczęcia i zakończenia płatnego urlopu rodzinnego będącego przedmiotem wniosku. Te daty powinny stanowić faktyczne daty rozpoczęcia i zakończenia płatnego urlopu rodzinnego. W przypadku braku pewności, należy podać szacunkowe daty rozpoczęcia i zakończenia dodając „daty są przybliżone”. Jeżeli daty są „nieciągłe”, należy podać żądane daty płatnego urlopu rodzinnego. Prosimy to zrobić

możliwie jak najdokładniej. Jeżeli daty nie są znane lub są przybliżone, należy zaznaczyć „daty są przybliżone”. Jeżeli podane daty są przybliżone, ubezpieczyciel wypłacający świadczenia PFL może wymagać złożenia wniosku o ich wypłatę **po** zakończeniu urlopu. Płatność z tytułu przyjętych wniosków jest niezwłocznie wymagalna, ale w żadnym wypadku nie później niż w 18 dni od rozpatrzenia wniosku.

Pytanie 14: Jeżeli pracownik składa u pracodawcy wniosek o płatny urlop rodzinny w terminie krótszym niż 30 dni od rozpoczęcia urlopu, należy wyjaśnić, dlaczego wniosek nie został złożony z 30 dniowym wyprzedzeniem. Jeżeli wyjaśnienie nie mieści się w polu udostępnionym na formularzu, wpisać „Zob. w załączeniu” i dołączyć wyjaśnienie. U góry załącznika należy wpisać imię i nazwisko oraz datę urodzenia pracownika.

Dane dotyczące zatrudnienia (wypełnia pracownik)

Pytanie 16: Wpisać datę zatrudnienia na tyle dokładnie, na ile pracownik jest w stanie sobie przypomnieć. Jeżeli od daty zatrudnienia upłynął ponad rok, wystarczy wpisać rok zatrudnienia.

Pytanie 18: Wpisać szacunkową kwotę średniego tygodniowego wynagrodzenia brutto. Należy uwzględnić tylko wynagrodzenie zarobione od pracodawcy podanego na formularzu wniosku. **Tygodniowe wynagrodzenie brutto to całkowite wynagrodzenie tygodniowe — w tym nadgodziny, napiwki, premie i prowizje — przed dokonaniem potrąceń przez pracodawcę**, takich jak podatki stanowe i federalne. Jeżeli pracodawca nie jest w stanie dostarczyć tych informacji, pracownik może obliczyć swoje wynagrodzenie brutto w następujący sposób:

Krok 1: Zsumować kwoty brutto wszystkich otrzymanych wynagrodzeń (przed dokonaniem jakichkolwiek potrąceń) w okresie ośmiu tygodni poprzedzających rozpoczęcie płatnego urlopu rodzinnego, w tym wynagrodzenie za przepracowane nadgodziny i napiwki. (*Zob. Krok 3, aby uzyskać instrukcje dotyczące obliczeń premii i/lub prowizji*).

Krok 2: Podzielić obliczoną w kroku pierwszym kwotę przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni jeżeli mniej niż osiem), aby obliczyć średnią tygodniową stawkę.

Krok 3: Jeżeli pracownik otrzymał premie i/lub prowizje w okresie 52 tygodni poprzedzających płatny urlop

rodzinny, należy dodać proporcjonalną tygodniową kwotę do średniego tygodniowego wynagrodzenia. Aby obliczyć proporcjonalną tygodniową kwotę, należy zsumować wszystkie premie/prowizje zarobione w okresie minionych 52 tygodni, a następnie podzielić przez 52.

Przykładowe obliczenie tygodniowego wynagrodzenia brutto:

Tydzień 1 - wynagrodzenie brutto, łącznie z nadgodzinami	\$550
Tydzień 2 - wynagrodzenie brutto	\$500
Tydzień 3 - wynagrodzenie brutto	\$500
Tydzień 4 - wynagrodzenie brutto	\$500
Tydzień 5 - wynagrodzenie brutto	\$500
Tydzień 6 - wynagrodzenie brutto	\$500
Tydzień 7 - wynagrodzenie brutto, łącznie z nadgodzinami	\$600
Tydzień 8 - wynagrodzenie brutto, łącznie z nadgodzinami	+ \$550
Razem =	\$4,200
Podzielone przez 8	÷ 8
Średnie tygodniowe wynagrodzenie =	\$525
Premia za poprzednie 52 tygodnie	\$2,600
Podzielone przez 52	÷ 52
Proporcjonalna tygodniowa kwota premii =	\$50

Formularz PFL-1 ciąg dalszy instrukcji na następnej stronie

CZĘŚĆ A - DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik) - kontynuacja z poprzedniej strony**Formularz PFL-1 - ciąg dalszy instrukcji z poprzedniej strony**

Średnie tygodniowe wynagrodzenie	\$525
Proporcjonalna tygodniowa kwota premii	+ \$50

Średnie tygodniowe wynagrodzenie (łącznie z premią) = \$575

Prosimy zauważyć, że od pracodawcy również jest wymagane podanie tych informacji w Części B *Wniosku o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)*.

W przypadku wnioskowania z wyprzedzeniem:

Wskazać, czy pracownik wnioskuje o płatny urlop rodzinny z wyprzedzeniem. Wnioskowanie z wyprzedzeniem jest zdefiniowane jako składanie wniosku przed nadchodzącym kwalifikującym się zdarzeniem, przy czym niektóre wymagane informacje nie są podawane ponieważ nie są one znane w momencie składania wniosku. Jeżeli wnioskowanie z wyprzedzeniem jest dozwolone przez ubezpieczyciela lub pracodawcę posiadającego indywidualne ubezpieczenie, brakujące informacje muszą zostać podane, jak tylko staną

Pracownik podpisuje i datuje wniosek przed przekazaniem formularza swojemu pracodawcy w celu wypełnienia Części B.

się dostępne. Wysokość świadczeń może zostać określona dopiero po podaniu wszystkich wymaganych informacji.

Ubezpieczyciel wypłacający świadczenia PFL lub pracodawca posiadający indywidualne ubezpieczenie w terminie pięciu dni dostarczy pracownikowi powiadomienie, które: 1) określi, iż roszczenie zostało przekazane do realizacji; 2) wskaże brakujące informacje; 3) poinstruuje o sposobie dostarczenia brakujących informacji. **Po dostarczeniu wszystkich informacji, ubezpieczyciel wypłacający świadczenia PFL lub pracodawca posiadający indywidualne ubezpieczenie ma 18 dni na to, aby wypłacić świadczenie lub odrzucić wniosek.**

Jeżeli ubezpieczyciel lub pracodawca posiadający indywidualne ubezpieczenie nie zezwala na składanie wniosków z wyprzedzeniem, ubezpieczyciel lub pracodawca posiadający indywidualne ubezpieczenie musi zwrócić pracownikowi *Wniosek o płatny urlop rodzinny* w ciągu pięciu dni wraz z wyjaśnieniem, iż wniosek należy złożyć dopiero po uzyskaniu wszystkich wymaganych informacji.

CZĘŚĆ B - DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)

Pracodawca pracownika wnioskującego o płatny urlop zdrowotny wypełnia Część B, podając wszystkie wymagane informacje.

Pytanie 2: W przypadku wykorzystywania numeru ubezpieczenia socjalnego zamiast Federalnego Numeru Identyfikacyjnego Pracodawcy (FEIN), należy wpisać number ubezpieczenia socjalnego.

Pytanie 3: Wpisać kod klasyfikacji działalności pracodawcy (SIC). Jeżeli pracodawca nie zna kodu SIC, powinien skontaktować się w tej sprawie z ubezpieczycielem.

Pytanie 8: Kod klasyfikacji działalności pracodawcy można znaleźć na stronie: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Pytanie 9: Wpisać kwotę zarobków pracownika za okres ośmiu tygodni poprzedzających rozpoczęcie płatnego urlopu rodzinnego. Wypłacone wynagrodzenie tygodniowe brutto pracownika, w tym nadgodziny i napiwki zarobione w tym tygodniu plus tygodniowa proporcjonalna kwota premii lub prowizji otrzymanych w okresie poprzednich 52 tygodni. (Szczegółowe kroki opisano w Pytaniu 18, począwszy od str. 1 instrukcji). Obliczyć średnie wynagrodzenie tygodniowe brutto dodając kwoty wypłaconego wynagrodzenia brutto, a następnie dzieląc je przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni, jeżeli mniej niż osiem).

Oświadczenie pracownika o tym, że jest uprawniony do otrzymania płatnego urlopu rodzinnego. Pracownik, który regularnie przepracowuje 20 lub więcej godzin tygodniowo, musi być zatrudniony przez przynajmniej 26 kolejnych tygodni. Pracownik, który regularnie przepracowuje mniej niż 20 godzin tygodniowo, musi być zatrudniony przez przynajmniej 175 dni.

Pracodawca podpisuje i datuje formularz, po czym zwraca go pracownikowi wnioskującemu o płatny urlop rodzinny w terminie trzech dni roboczych.

Pytanie 10: Niezaznaczenie opcji „Tak” w odniesieniu do refundacji przez ubezpieczyciela spowoduje zrzeczenie się prawa do refundacji.

Pytanie 11a: „Niezdolność do pracy” oznacza ustawowo rozumianą niezdolność do pracy w stanie Nowy Jork. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „brak”, wpisać „0” w miejscu przeznaczonym na całkowitą liczbę tygodni i dni w pytaniu 11b.

Pytanie 11b: Maksymalna liczba tygodni dostępnych ustawowo w ramach zwolnienia z tytułu niezdolności do pracy w stanie Nowy Jork oraz płatnego urlopu rodzinnego w każdym 52-tygodniowym okresie wynosi 26 tygodni. Podać całkowitą liczbę tygodni oraz liczbę dodatkowych dni jeżeli urlop uwzględniał część tygodnia wykorzystanych w okresie minionych 52 tygodni w ramach ustawowego zwolnienia z tytułu niezdolności do pracy w stanie Nowy Jork oraz płatnego urlopu rodzinnego.

Pytania 13, 14 i 15: Wpisać nazwę ubezpieczyciela wypłacającego świadczenia z tytułu PFL lub niezdolności do pracy, adres oraz numer polisy PFL. Jeżeli pracodawca posiada indywidualne ubezpieczenie, wpisać nazwę i adres, na które należy skierować wniosek do rozpatrzenia.

W zależności od rodzaju urlopu, którego dotyczy wniosek, należy wypełnić stosowne dodatkowe formularze PFL.

Powiadomienie stosownie do nowojorskiej ustawy o ochronie prywatności danych osobowych (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalnej Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) ma prawo do uzyskania danych osobowych pracownika, w tym jego numeru ubezpieczenia socjalnego, na podstawie uprawnień administracyjnych komisji wynikających z par. 142 Prawa o odszkodowaniach pracowniczych. Informacje te są gromadzone w celu umożliwienia Komisji jak najszybszego przeprowadzenia dochodzenia i jego administrację oraz prowadzenia dokładnej dokumentacji. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia socjalnego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



CZĘŚĆ A - DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik)

1. Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko)

2. Inne nazwiska, którymi pracownik posługiwał się, jeżeli dotyczy

3. Adres pracownika do doręczeń

Ulica i numer domu

Miasto, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeżeli nie USA)

4. Numer ubezpieczenia socjalnego lub numer identyfikacji podatkowej pracownika

- -

5. Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

/ /

6. Numer telefonu kontaktowego pracownika

() -

7. Preferowany adres e-mail pracownika w okresie płatnego urlopu rodzinnego (jeżeli jest dostępny)

8. Płeć pracownika

M K X

9. Preferowany język pracownika

English Español Русский Polski

中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어

Inny

Nieobowiązkowe (na potrzeby badań naukowych)

10. Pochodzenie etniczne/rasa pracownika

Tylko na potrzeby demograficzne. Zbiór zasad Amerykańskiego Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC) wersja 1.0.)

Czy pracownik jest pochodzenia iberyjskiego, latynoskiego lub hiszpańskiego?

(Można wybrać jedną lub kilka kategorii).

Meksykanin

Amerykanin meksykańskiego pochodzenia

Chicano

Portorykańczyk

Dominikańczyk

Kubańczyk

Inne pochodzenie iberyjskie, latynoskie lub hiszpańskie

Pochodzenie inne niż iberyjskie, latynoskie lub hiszpańskie

Niewiadome

Jaka jest rasa pracownika?

(Można wybrać jedną lub kilka kategorii).

Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski

Czarny lub Afroamerykanin

Hindus pochodzenia azjatyckiego

Chińczyk

Filipińczyk

Japończyk

Koreańczyk

Wietnamczyk

Inna rasa azjatycka

Biały

Rdzenny Hawajczyk

Mieszkaniec wyspy Guam lub Chamorro.

Samończyk

Inny mieszkaniec wysp Pacyfiku

Inna rasa

Wniosek o płatny urlop rodzinny (PFL) (wypełnia pracownik)

11. Uzasadnienie wniosku o przyznanie płatnego urlopu rodzinnego: Nawiązanie więzi uczuciowych z dzieckiem

Sprawowanie opieki nad członkiem rodziny Kwalifikujące się wydarzenie związane z czynną służbą wojskową

12. Członek rodziny pracownika to:

Dziecko Współmałżonek Partner życiowy Rodzic Teść Dziadek/Babka Wnuk/Wnuczka Brat/Siostra

Formularz PFL-1 kontynuacja na następnej stronie

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko) _____ Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____

CZĘŚĆ A - DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik) - kontynuacja z poprzedniej strony

Formularz PFL-1 - kontynuacja z poprzedniej strony

13. Czy urlop zostanie wzięty jednorazowo i/lub okresowo?

<input type="checkbox"/> Ciągły	Data rozpoczęcia PFL (MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____	Data zakończenia PFL (MM/DD/YYYY) _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Daty są przybliżone
<input type="checkbox"/> Okresowy	Podać daty nieciągłe urlopu rodzinnego: _____		<input type="checkbox"/> Daty są przybliżone

14. W przypadku powiadomienia pracodawcy z wyprzedzeniem krótszym niż 30 dni, prosimy wyjaśnić:**Dane dotyczące zatrudnienia** (wypełnia pracownik)**15. Nazwa firmy**

16. Data zatrudnienia pracownika (MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____**17. Miejsce pracy pracownika**

Ulica i numer domu _____		
Miasto, stan _____	Kod pocztowy _____	Kraj (jeżeli nie USA) _____

18. Średnie tygodniowe wynagrodzenie pracownika (te dane muszą zostać podane zarówno przez pracodawcę, jak i przez pracownika)

19. Numer telefonu pracownika do kontaktu w sprawie wniosku (_____) _____ - _____**20a. Czy pracownik pracuje dla kilku pracodawców?** Tak Nie**20b. Jeżeli tak, czy pracownik bierze płatny urlop rodzinny u innego pracodawcy?** Tak Nie**21. Czy pracownik otrzymuje aktualnie świadczenia z tytułu utraconych zarobków?** Tak Nie**Oświadczenie:** Informacje dotyczące świadczeń PFL otrzymywanych przez pracownika, takie jak otrzymywane płatności i rodzaje urlopu, będą przekazane pracodawcy.**Oświadczenie i podpis**

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem oszukania firmy ubezpieczeniowej lub innej osoby wnioskuje o przyznanie ubezpieczenia lub składa oświadczenie dotyczące roszczenia zawierające merytorycznie fałszywe informacje, bądź rozmyślnie ukrywa jakiegokolwiek materialne fakty w sprawie, jest winna popełnienia przestępstwa ubezpieczeniowego i zostanie ukarana stosownie do przepisów prawa cywilnego grzywną w wysokości do pięciu tysięcy dolarów oraz podaną kwotą roszczenia za każde takie naruszenie.

Niniejszym wnioskuje o wypłatę świadczeń PFL w myśl przepisów Ustawy o odszkodowaniach pracowniczych stanu Nowy Jork. Potwierdzam własnoręcznie złożonym podpisem, iż o ile mi wiadomo, podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne.

Podpis pracownika _____

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____

Niniejszy wniosek składam z wyprzedzeniem (zob. Instrukcję dotyczące składania wniosków z wyprzedzeniem). Rozumiem, że ubezpieczyciel pracodawcy skontaktuje się ze mną, aby poinformować mnie o sposobie dostarczenia wymaganej, brakującej dokumentacji.

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko) Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

_____ / /

CZĘŚĆ B - DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)**1. Pełna oficjalna nazwa firmy i adres do doręczeń**

Nazwa firmy

Adres do doręczeń

Miasto, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeżeli nie USA)

2. Federalny numer identyfikacyjny pracodawcy (FEIN) -**3. Kod klasyfikacji działalności pracodawcy (SIC)****4. Imię i nazwisko osoby kontaktowej pracodawcy w razie pytań dotyczących płatnego urlopu rodzinnego****5. Numer telefonu kontaktowego pracodawcy** () -**6. Kontaktowy adres e-mail pracodawcy****7. Data zatrudnienia pracownika** (MM/DD/RRRR) / /**8. Stanowisko pracownika** kody dostępne są na stronie: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -**9. Wpisać wynagrodzenie brutto pracownika za ostatnie 8 tygodni i obliczyć średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto**

Tydzień nr	Tydzień kończący się (MM/DD/RRRR)	Liczba przepracowanych dni	Wyplacone wynagrodzenie brutto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Obliczone średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto:			

10. Jeżeli pracownik otrzymał lub będzie otrzymywał pełną kwotę wynagrodzenia podczas płatnego urlopu rodzinnego, czy pracodawca będzie występował o zwrot? Tak Nie*Formularz PFL-1 kontynuacja na następnej stronie*

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko) _____ Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____

CZĘŚĆ B - DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca) - kontynuacja z poprzedniej strony*Formularz PFL-1 - kontynuacja z poprzedniej strony*

11a. Czy w ciągu minionych 52 tygodni pracownik brał zwolnienie lub urlop z tytułu: niezdolności do pracy w stanie Nowy Jork
 płatnego urlopu rodzinnego niezdolności do pracy oraz płatnego urlopu rodzinnego nie brał

11b. Wpisać całkowitą liczbę tygodni i dni wykorzystanego zwolnienia z tytułu niezdolności do pracy i płatnego urlopu rodzinnego w okresie minionych 52 tygodni:

Niezdolność do pracy:	Tygodni	Prosimy podać stosowne daty niezdolności do pracy:
	Dni	

PFL:	Tygodni	Prosimy podać stosowne daty wykorzystanego płatnego urlopu rodzinnego:
	Dni	

12. Czy pracownik bierze urlop rodzinny urlop zdrowotny (FMLA) jednocześnie z płatnym urlopem rodzinnym? Tak Nie

13. Nazwa ubezpieczyciela wypłacającego świadczenia PFL i adres do doręczeń

Nazwa ubezpieczyciela wypłacającego świadczenia PFL

Adres do doręczeń

Miasto, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeżeli nie USA)

14. Nr telefonu ubezpieczyciela wypłacającego świadczenia PFL () -

15. Numer polisy PFL _____

Oświadczenie i podpis

Oświadczam, że pracownik regularnie przepracowuje 20 lub więcej godzin tygodniowo i był zatrudniony przez przynajmniej 26 kolejnych tygodni LUB pracownik regularnie przepracowuje mniej niż 20 godzin tygodniowo oraz przepracował co najmniej 175 dni.

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem oszukania firmy ubezpieczeniowej lub innej osoby wnioskuję o przyznanie ubezpieczenia lub składa oświadczenie dotyczące roszczenia zawierające merytorycznie fałszywe informacje, bądź rozmyślnie ukrywa jakiegokolwiek materialne fakty w sprawie, jest winna popełnienia przestępstwa ubezpieczeniowego i zostanie ukarana stosownie do przepisów prawa cywilnego grzywną w wysokości do pięciu tysięcy dolarów oraz podaną kwotą roszczenia za każde takie naruszenie.

Jestem osobą upoważnioną do podpisu jako pracodawca pracownika wnioskującego o płatny urlop rodzinny. Składając swój podpis oświadczam, że o ile mi wiadomo, podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i dokładne.

Podpis upoważnionego przedstawiciela pracodawcy

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

Stanowisko

Instrukcje wypełniania Ujawnienia prywatnych danych medycznych na podstawie ustawy o płatnym urlopie rodzinnym (Formularz PFL-3)

- Jeżeli pracownik wnioskuje o płatny urlop rodzinny, aby zaopiekować się ciężko chorym członkiem rodziny, osoba korzystająca z opieki lub upoważniony przedstawiciel tej osoby musi wypełnić formularz *Ujawnienia prywatnych danych medycznych na podstawie ustawy o płatnym urlopie rodzinnym (Formularz PFL-3)* i złożyć go u usługodawcy opieki zdrowotnej wraz z kopią *Zaświadczenia usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczącego opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)*.
- Formularz *Ujawnienia prywatnych danych medycznych na podstawie ustawy o płatnym urlopie rodzinnym (Formularz PFL-3)* upoważnia usługodawcę opieki zdrowotnej do wypełnienia *Zaświadczenia usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczącego opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)* i wydanie go pracownikowi wnioskującemu o świadczenia PFL.
- Przed przystąpieniem do wypełniania i podpisania, osoba korzystająca z opieki musi zapoznać się z całością treści *Ujawnienia prywatnych danych medycznych na podstawie ustawy o płatnym urlopie rodzinnym (Formularz PFL-3)*.
- Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny składa zarówno *Wniosek o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)* jak i *Zaświadczenie usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczące opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)* u ubezpieczyciela pracodawcy lub bezpośrednio u pracodawcy, jeżeli pracodawca posiada indywidualne ubezpieczenie, w celu ustalenia świadczeń w ramach płatnego urlopu rodzinnego.

UWAGA: Ten formularz pozostaje u usługodawcy opieki zdrowotnej. Przed przekazaniem formularza usługodawcy opieki zdrowotnej, pracownik powinien wykonać kopię na własne potrzeby.

Osoba korzystająca z opieki lub jej upoważniony przedstawiciel wypełnia i wpisuje datę.

Formularz należy przekazać usługodawcy opieki zdrowotnej osoby korzystającej z opieki wraz z formularzem *Zaświadczenia usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczącego opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)*.

UJAWNIENIE PRYWATNYCH DANYCH MEDYCZNYCH POWAŻNIE CHOREGO CZŁONKA RODZINY PRZEZ USŁUGODAWCĘ OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełnia osoba korzystająca z opieki lub jej upoważniony przedstawiciel i składa wraz z Formularzem PFL-4 u usługodawcy opieki zdrowotnej osoby korzystającej z opieki)

Pracownik wpisuje imię i nazwisko oraz datę urodzenia osoby korzystającej z opieki (pacjenta) u góry każdej ze stron.

Dane ubezpieczyciela pracodawcy wypłacającego świadczenia PFL u góry formularza są takie same, jak dane ubezpieczyciela pracodawcy wypłacającego świadczenia PFL wskazanego w Części B wierszu 13 *Wniosku o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)*.

Upoważniony przedstawiciel osoby korzystającej z opieki musi podać wszystkie wymagane informacje.

Jeżeli osoba korzystająca z opieki nie jest w stanie samodzielnie wypełnić formularza, upoważniony przedstawiciel tej osoby musi dołączyć kopię dokumentacji upoważnienia, na przykład upoważnienie do podejmowania decyzji w kwestiach medycznych lub pełnomocnictwo zezwalające przedstawicielowi na podpisanie w imieniu osoby korzystającej z opieki. Usługodawca opieki zdrowotnej będzie wymagał dostarczenia pełnomocnictwa, chyba że upoważniony przedstawiciel jest rodzicem podpisującym w imieniu małoletniego dziecka.

Powiadomienie stosownie do nowojorskiej ustawy o ochronie prywatności danych osobowych (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalnej Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) ma prawo do uzyskania danych osobowych pracownika, w tym jego numeru ubezpieczenia socjalnego, na podstawie uprawnień administracyjnych komisji wynikających z par. 142 Prawa o odszkodowaniach pracowniczych. Informacje te są gromadzone w celu umożliwienia Komisji jak najszybszego przeprowadzenia dochodzenia i jego administrację oraz prowadzenia dokładnej dokumentacji. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia socjalnego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko)

Imię i nazwisko osoby korzystającej z opieki (pacjenta)
(imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko)

Data urodzenia osoby korzystającej z opieki (pacjenta)
(MM/DD/RRRR)

UJAWNIECIE PRYWATNYCH DANYCH MEDYCZNYCH POWAŻNIE CHOREGO CZŁONKA RODZINY PRZEZ USŁUGODAWCĘ OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełnia osoba korzystająca z opieki lub jej upoważniony przedstawiciel i składa wraz z Formularzem PFL-4 u usługodawcy opieki zdrowotnej osoby korzystającej z opieki)

Imię i nazwisko osoby korzystającej z opieki (pacjenta)

Ja, _____, upoważniam mojego usługodawcę opieki zdrowotnej wskazanego w tym formularzu do ujawnienia moich prywatnych danych medycznych

Imię i nazwisko pracownika

oraz ubezpieczycielowi pracodawcy wypłacającemu

Nazwa ubezpieczyciela wypłacającego świadczenia PFL

świadczenia PFL

Udostępniane dane: Niniejszy formularz upoważnia wskazanego usługodawcę opieki zdrowotnej do uwzględnienia informacji z dokumentacji medycznej w załączonym zaświadczeniu lekarskim. Formularz ten upoważnia wskazanego usługodawcę opieki zdrowotnej do ujawnienia wyłącznie informacji pochodzących z dokumentacji medycznej dotyczącej aktualnego schorzenia, stanowiącego podstawę do ubiegania się o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego.

Okres obowiązywania odwołalnego upoważnienia: Niniejsze upoważnienie wygasa po upływie jednego roku lub z chwilą jego wycofania. Niniejsze upoważnienie można w każdej chwili wycofać. Aby wycofać niniejsze upoważnienie, należy wysłać pismo do usługodawcy opieki zdrowotnej wskazanego na niniejszym formularzu.

Formularz ten NIE zezwala usługodawcy opieki zdrowotnej na ujawnianie następujących rodzajów informacji, chyba że pracownik zezwoli na takie ujawnienie. Zaznaczyć „X” wszystkie informacje, które usługodawca opieki zdrowotnej MOŻE udostępnić:

- Informacje dotyczące HIV/AIDS Informacje dotyczące zdrowia psychicznego Informacje dotyczące leczenia z uzależnienia od alkoholu/narkotyków
 Notatki z sesji psychoterapii

Dane usługodawcy opieki zdrowotnej (wypełnia osoba korzystająca z opieki lub jej upoważniony przedstawiciel)

Wskazać usługodawcę opieki zdrowotnej, który aktualnie leczy schorzenie stanowiące podstawę do ubiegania się o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego.

1. Imię i nazwisko usługodawcy opieki zdrowotnej

2. Adres do doręczeń usługodawcy opieki zdrowotnej

Adres do doręczeń

Miasto, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeżeli nie USA)

3. Nr telefonu usługodawcy opieki zdrowotnej (podać nr kierunkowy)

Formularz PFL-3 kontynuacja na następnej stronie

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko)

Imię i nazwisko osoby korzystającej z opieki (pacjenta) (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko)

Data urodzenia osoby korzystającej z opieki (pacjenta) (MM/DD/RRRR)

UJAWNIECIE PRYWATNYCH DANYCH MEDYCZNYCH POWAŻNIE CHOREGO CZŁONKA RODZINY PRZEZ USŁUGODAWCĘ OPIEKI ZDROWOTNEJ (wypełnia osoba korzystająca z opieki lub jej upoważniony przedstawiciel i składa wraz z Formularzem PFL-4 u usługodawcy opieki zdrowotnej osoby korzystającej z opieki) - kontynuacja z poprzedniej strony

Formularz PFL-3 - kontynuacja z poprzedniej strony

Dane osoby korzystającej z opieki (wypełnia osoba korzystająca z opieki lub jej upoważniony przedstawiciel)

4. Adres do doręczeń osoby korzystającej z opieki

Adres do doręczeń

Miasto, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeżeli nie USA)

5. Nr ubezpieczenia socjalnego osoby korzystającej z opieki

- -

6. Nr telefonu osoby korzystającej z opieki (podać nr kierunkowy)

PO PRZECZYTANIU PODPISAĆ PONIŻEJ

Niniejszym proszę o wydanie *Zaświadczenia usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczącego opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)* pracownikowi wskazanemu na Formularzu PFL-4. Rozumiem, iż informacje te mogą zawierać rozpoznanie i prognozę dotyczące mojej choroby, datę jej rozpoczęcia oraz szacunkową ilość opieki wymaganej ze względu na moją chorobę ze strony pracownika wnioskującego o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego.

Podpis osoby korzystającej z opieki

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

Upoważniony przedstawiciel

Imię i nazwisko drukowanymi literami

Ja, _____, reprezentuję w tej sprawie osobę korzystającą z opieki na podstawie:

- Praw rodzicielskich Pełnomocnictwa (dołączyć kopię) Nakazu sądowego (dołączyć kopię)
 Upoważnienia do reprezentowania w kwestiach medycznych (dołączyć kopię)

Podpis upoważnionego przedstawiciela

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

Pracownik powinien zachować kopię na własne potrzeby.

Instrukcje wypełniania Zaświadczenia usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczącego opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)

Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny aby zaopiekować się ciężko chorym członkiem rodziny musi złożyć *Zaświadczenie usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczące opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)* wraz z *Wnioskiem o płatny urlop rodzinny (Formularz PFL-1)*.

Pracownik:

- Pracownik powinien wpisać swoje imię i nazwisko, datę urodzenia, inne nazwiska pod którymi pracował, jeżeli dotyczy, numer ubezpieczenia socjalnego oraz numer identyfikacji podatkowej (TIN) oraz i nazwisko oraz datę urodzenia osoby korzystającej z opieki (pacjenta) u góry na stronie 1.
- Pracownik wpisuje imię i nazwisko oraz datę urodzenia osoby korzystającej z opieki (pacjenta) u góry strony 2.
- Pracownik przekazuje *Zaświadczenie usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczące opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)* usługodawcy opieki zdrowotnej.

ZAŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE OPIEKI NAD POWAŻNIE CHORYM CZŁONKIEM RODZINY (wypełnia usługodawca opieki zdrowotnej osoby korzystającej z opieki (pacjenta) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)

Usługodawca opieki zdrowotnej musi podać wszystkie wymagane informacje, chyba że oznaczono je jako nieobowiązkowe.

Pytanie 2: Zaleca się podanie nieobowiązkowego kodu ICD-10.

Usługodawca opieki zdrowotnej musi wpisać dane pacjenta oraz wypełnić część dla usługodawcy opieki zdrowotnej *Zaświadczenia usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczącego opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)*.

Usługodawca opieki zdrowotnej podpisuje, opatruje datą, a następnie zwraca formularz pracownikowi wnioskującemu o płatny urlop rodzinny.

W przypadku podejrzenia, że pacjent jest ofiarą molestowania lub osobą zaniedbywaną przez pracownika wnioskującego o płatny urlop rodzinny, usługodawca opieki zdrowotnej może odmówić wydania tego zaświadczenia.

Pracownik:

- Po otrzymaniu wypełnionego *Zaświadczenia usługodawcy opieki zdrowotnej dotyczącego opieki nad poważnie chorym członkiem rodziny (Formularz PFL-4)* od usługodawcy opieki zdrowotnej, należy wysłać wypełnione formularze wraz z dokumentacją uzupełniającą do ubezpieczyciela pracodawcy.

Powiadomienie stosownie do nowojorskiej ustawy o ochronie prywatności danych osobowych (Art. 6-A Ustawy o Funkcjonariuszach Publicznych) i Federalnej Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Komisja ds. Odszkodowań Pracowniczych (Komisja) ma prawo do uzyskania danych osobowych pracownika, w tym jego numeru ubezpieczenia socjalnego, na podstawie uprawnień administracyjnych komisji wynikających z par. 142 Prawa o odszkodowaniach pracowniczych. Informacje te są gromadzone w celu umożliwienia Komisji jak najszybszego przeprowadzenia dochodzenia i jego administrację oraz prowadzenia dokładnej dokumentacji. Podanie Komisji numeru ubezpieczenia socjalnego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Komisja będzie chronić poufność wszystkich posiadanych danych osobowych, ujawniając je wyłącznie w celu wypełniania obowiązków służbowych i zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko) / Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

Inne nazwiska, którymi pracownik posługiwał się, jeżeli dotyczy / Nr ubezpieczenia socjalnego pracownika lub numer identyfikacji podatkowej

Adres do doręczeń pracownika

Adres do doręczeń

Miasto, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeżeli nie USA)

Imię i nazwisko osoby korzystającej z opieki (pacjenta)
(imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko)

Data urodzenia osoby korzystającej z opieki (pacjenta)
(MM/DD/RRRR)

ZAŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE OPIEKI NAD POWAŻNIE CHORYM CZŁONKIEM RODZINY (wypełnia usługodawca opieki zdrowotnej osoby korzystającej z opieki (pacjenta) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej)

Dane osoby korzystającej z opieki (pacjenta) (wypełnia usługodawca opieki zdrowotnej)

1. Czy pacjent wymaga opieki ze strony pracownika wnioskującego o płatny urlop rodzinny (PFL)?

Tak Nie (Jeżeli „nie”, przejdź do części „Dane usługodawcy opieki zdrowotnej”)

Uwaga! Na potrzeby tej części, „opieka” może obejmować niezbędną opiekę fizyczną, wsparcie emocjonalne, odwiedziny, pomoc w leczeniu, transport, organizowanie zmiany opieki, pomoc w kwestiach życia codziennego oraz osobistą obsługę.

2. Kod ICD-10 (nieobowiązkowy)

3. Rozpoznanie

4. Data powstania schorzenia pacjenta (MM/DD/RRRR) / /

5. Pierwszy dzień, w którym pacjent będzie potrzebował opieki (MM/DD/RRRR) / /

6. Oczekiwany termin, w którym pacjent nie będzie już wymagał opieki (MM/DD/RRRR) / /

7. Szacunkowa liczba dni w tygodniu LUB dni w miesiącu, w których pacjent wymaga opieki

Dni/tydzień

LUB

Dni/miesiąc

Dane usługodawcy opieki zdrowotnej (wypełnia usługodawca opieki zdrowotnej)

8. Imię i nazwisko usługodawcy opieki zdrowotnej

Formularz PFL-4 kontynuacja na następnej stronie

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko) _____ Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____

Imię i nazwisko osoby korzystającej z opieki (pacjenta)
(imię, inicjał drugiego imienia i nazwisko) _____Data urodzenia osoby korzystającej z opieki (pacjenta)
(MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____**ZAŚWIADCZENIE USŁUGODAWCY OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCE OPIEKI NAD POWAŻNIE CHORYM CZŁONKIEM RODZINY** (wypełnia usługodawca opieki zdrowotnej osoby korzystającej z opieki (pacjenta) i zwraca pracownikowi wskazanemu powyżej) - kontynuacja z poprzedniej strony

Formularz PFL-4 - kontynuacja z poprzedniej strony

9. Rodzaj usługodawcy opieki zdrowotnej:

- Lekarz medycyny
 Lekarz osteopata
 Lekarz podiatra
 Kręgarz

- Lekarz stomatolog
 Asystent medyczny
 Pielęgniarka
 Licencjonowany psycholog

 Licencjonowany pracownik socjalny Inny (podać) _____**10. Adres do doręczeń usługodawcy opieki zdrowotnej**

Adres do doręczeń _____

Miasto, stan _____

Kod pocztowy _____

Kraj (jeżeli nie USA) _____

11. Nr telefonu usługodawcy opieki zdrowotnej (podać nr kierunkowy) _____**12. Nr faksu usługodawcy opieki zdrowotnej** (podać nr kierunkowy) _____**13. Adres e-mail usługodawcy opieki zdrowotnej** (jeżeli jest dostępny) _____**14. Stan lub kraj (jeżeli nie USA), w którym usługodawca posiada zezwolenie na wykonywanie zawodu** _____**15. Specjalność** _____**16. Nr prawa do wykonywania zawodu usługodawcy opieki zdrowotnej** _____**Certyfikacja i podpis**

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem oszukania firmy ubezpieczeniowej lub innej osoby wnioskuje o przyznanie ubezpieczenia lub składa oświadczenie dotyczące roszczenia zawierające merytorycznie fałszywe informacje, bądź rozmyślnie ukrywa jakiegokolwiek materialne fakty w sprawie, jest winna popełnienia przestępstwa ubezpieczeniowego i zostanie ukarana stosownie do przepisów prawa cywilnego grzywną w wysokości do pięciu tysięcy dolarów oraz podaną kwotą roszczenia za każde takie naruszenie.

Składając swój podpis oświadczam, że podane przeze mnie na tym formularzu informacje są oparte na moim profesjonalnym osądzie w zakresie mojej objętej licencją praktyki.

Podpis usługodawcy opieki zdrowotnej _____

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR) _____ / _____ / _____