

КАК ПОЛУЧИТЬ ОПЛАЧИВАЕМЫЙ ОТПУСК ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ

для ухода за тяжелобольным родственником



Оплачиваемый
отпуск по
семейным
обстоятельствам



ПЕРЕД ПОДАЧЕЙ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ОТПУСКА

- Проверьте условия предоставления отпуска. См. на следующей странице или на сайте PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility.
- Запланируйте отпуск. Отпуск можно взять весь сразу или использовать его по частям, но за один раз можно брать не менее одного целого рабочего дня.
- Уведомите своего работодателя как минимум за **30 дней до начала отпуска** (если его можно спланировать) или сразу после получения соответствующей информации.

ЗАПОЛНИТЕ ФОРМЫ И ПРИЛОЖИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Заполните **Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форму PFL-1)**.
Примечание. В этой форме есть разделы, которые заполняются вами и вашим работодателем.
 - Заполните свой раздел формы, сделайте копию и передайте форму своему работодателю для заполнения **части В**.
 - Ваш работодатель обязан вернуть вам заполненную **форму PFL-1** в течение трех рабочих дней. Если возникла задержка, вы можете выполнять дальнейшие действия, не дожидаясь возвращения вам формы. Отправьте заполненную вами **форму PFL-1** вместе с другими необходимыми документами напрямую в страховую компанию вашего работодателя.
- Заполните **Разрешение на раскрытие персональной медицинской информации согласно Закону об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (форму PFL-3)**.
 - Ваш родственник (получатель медицинской помощи) заполняет **форму PFL-3** и предоставляет ее своему поставщику медицинских услуг для хранения.
Эта форма разрешает поставщику медицинских услуг предоставлять информацию о серьезном заболевании вашего родственника вам и страховой компании вашего работодателя.
Не отправляйте эту форму в страховую компанию.
- Заполните **Заключение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форму PFL-4)**.
Примечание. В этой форме есть разделы, которые заполняются поставщиком медицинских услуг.
 - Заполните свой раздел, сделайте копию и передайте форму поставщику медицинских услуг, обслуживающему вашего родственника.
 - Попросите поставщика медицинских услуг заполнить его часть формы и своевременно вернуть форму вам.

ОТПРАВЬТЕ ИХ В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ ВАШЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ

- Вы должны отправить заполненное заявление вместе с документами в страховую компанию вашего работодателя не позднее чем через **30 дней после начала отпуска**, чтобы не потерять причитающиеся вам выплаты.
Сделайте копию всех форм и документов и сохраните их.
- Отправьте по почте или факсом **форму PFL-1** и **форму PFL-4** в страховую компанию вашего работодателя.
Узнать, с какой страховой компанией сотрудничает ваш работодатель, можно несколькими способами:
 - Найдите плакат об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам, вывешенный у вас на работе.
 - Спросите у своего работодателя.
 - Найдите ее с помощью функции поиска страховщика работодателя (Employer Coverage Search) на сайте wcb.ny.gov.Если вы не можете найти страховую компанию вашего работодателя, позвоните на горячую линию Paid Family Leave (PFL) Helpline по телефону: **(844) 337-6303**
Горячая линия PFL работает с понедельника по пятницу с 8:30 до 16:30.
НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ заявление и документы на адрес Совета по компенсациям работникам.

Отправить формы в страховую компанию должны **Вы**. Это не обязанность вашего работодателя.



Важная информация

- В большинстве случаев страховая компания должна произвести выплаты или отклонить ваше заявление в течение **18 дней** после получения вашего заполненного заявления или после вашего первого дня отпуска, в зависимости от того, что наступит позже. Ваше заявление не может считаться не полностью заполненным только потому, что ваш работодатель не заполнил **часть В формы PFL-1** в течение **трех рабочих дней**.
- Если страховщик отказывается или не может своевременно произвести выплаты или у вас имеется какой-либо другой спорный вопрос, вы можете оспорить действия страховщика. Подробнее см. на сайте nyspfla.namadr.com.
- Жалобы на дискриминацию или репрессивные меры со стороны работодателя рассматриваются судьей по нарушениям Закона о компенсациях работникам по результатам слушания. Если вы считаете, что ваш работодатель применил в отношении вас дискриминационные или репрессивные меры за то, что вы запросили или взяли оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам, посетите сайт PaidFamilyLeave.ny.gov/protections или позвоните по телефону **(844) 337-6303**.



Право на отпуск

- Большинство работников, которые работают в частных компаниях в штате Нью-Йорк, имеют страховку для получения оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам.
 - Работники, занятые полный рабочий день.** Если вы работаете по регулярному графику 20 или более часов в неделю, вы получаете право на ООС после того, как отработаете у данного работодателя 26 недель подряд.
 - Работники, занятые неполный рабочий день.** Если вы работаете по регулярному графику менее 20 часов в неделю, вы получаете право на ООС после того, как вы отработаете у данного работодателя 175 дней, которые не обязательно должны идти подряд.
- Государственные служащие, не представленные профсоюзом, могут иметь страховку для получения ООС, если их работодатель добровольно присоединился к этой программе. Государственные служащие, входящие в профсоюз, имеют страховку для получения ООС, только если эта льгота была согласована в рамках коллективного договора.
- Гражданство и/или иммиграционный статус работника не влияют на получение отпуска.
- Если вы считаете, что имеете право на получение ООС, вы можете подать заявление, и страховая компания примет решение.
- Если у вас есть вопросы о праве на получение отпуска, позвоните на **горячую линию PFL** по телефону **(844) 337-6303** (понедельник — пятница, с 8:30 до 16:30).

ОТПУСК ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ДЛЯ УХОДА ЗА СЛЕДУЮЩИМИ РОДСТВЕННИКАМИ:

Супруг(а), домашний партнер
Ребенок, сводный ребенок
Родной или сводный родитель, родитель жены или мужа
Дедушка/бабушка
Внук/внучка
Брат или сестра (добавлено в 2023 году!) Узнайте в страховой компании вашего работодателя, когда это вступает в силу для их полиса.

УХОД МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ:

Необходимый физический уход
Эмоциональная поддержка
Посещения
Помощь в лечении
Транспортировка
Организация изменения режима обслуживания
Помощь в выполнении базовых повседневных действий
Услуги персонального помощника

Помните: Отправить формы в страховую компанию должны ВЫ. Это не обязанность вашего работодателя.

Подробную информацию можно получить на сайте PaidFamilyLeave.ny.gov или по телефону **(844) 337-6303**.



Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам

Инструкции по заполнению заявления на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (формы PFL-1)

- Чтобы запросить оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (ООС), работник должен заполнить часть А формы «Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам» (форма PFL-1). Необходимо заполнить все пункты формы, кроме тех, у которых стоит отметка «Не обязательно». Затем работник передает форму работодателю, который должен заполнить часть В.
- Работодатель заполняет часть В формы «Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам» (форма PFL-1) и возвращает ее работнику в течение трех рабочих дней.
- В зависимости от вида запрашиваемого отпуска может потребоваться приложить дополнительную форму. Эти формы должен заполнить работник, запрашивающий отпуск.
- Работник отправляет заполненное **Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форму PFL-1)** вместе с требуемой дополнительной формой в страховую компанию по ООС работодателя, указанную в части В **Заявления на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (формы PFL-1)**. Работник должен сохранить у себя для контроля копии всех отправленных форм.

ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником)

Работник, запрашивающий отпуск, должен указать всю требуемую информацию.

Заявление на предоставление ООС (заполняется работником)

Вопрос 12. Ребенком считается биологический, приемный, сводный или помещенный на патронатное воспитание ребенок, законный подопечный ребенок, ребенок партнера или человек, в отношении которого работник заменяет родителя. Родителем считается биологический, приемный или патронатный родитель, родитель супруга или супруги, сводный родитель, законный опекун или другой человек, который заменял работнику родителя во время его детства.

Вопрос 13. Если отпуск непрерывный (стоит отметка «Непрерывный»), работник должен указать начальную и конечную даты запрошенного ООС. Это должны быть фактические даты начала и окончания отпуска. Если вы не знаете точные даты, укажите приблизительные даты и поставьте отметку в пункте «Приблизительные даты». Если отпуск периодический, укажите даты отпуска. Опишите как можно подробнее. Если даты неизвестны или известны только приблизительно, поставьте

отметку в пункте «Приблизительные даты». Если указаны приблизительные даты, страховая компания по ООС может потребовать, чтобы вы подали заявление на оплату **после** окончания отпуска. Выплаты по одобренным требованиям осуществляются как можно быстрее, но ни в каком случае не позднее чем через 18 дней после даты заполнения заявления.

Вопрос 14. Если работник подает работодателю заявление на предоставление ООС менее чем за 30 дней до начала отпуска, работник должен объяснить, почему заявление не было подано за 30 дней до начала отпуска. Если объяснение не помещается в отведенное поле в форме, впишите «See attached» (См. в приложении) и приложите дополнительный лист с объяснением. В верхней части приложенного листа обязательно напишите имя и фамилию работника и его дату рождения.

Сведения о месте работы (заполняется работником)

Вопрос 16. Укажите дату поступления на работу (насколько точно ее может вспомнить работник). Если с даты поступления на работу прошло больше года, достаточно указать только год поступления на работу.

Вопрос 18. Укажите как можно точнее приблизительную среднюю недельную заработную плату. Учитывайте только заработную плату, получаемую у работодателя, указанного в этой форме заявления. **Общая недельная заработная плата — это полная сумма оплаты за неделю, включая сверхурочные, чаевые, бонусы и комиссионные, до вычета сумм, удерживаемых из заработной платы работодателем** (например, федеральных и штатных налогов и т. п.). Если работодатель не может предоставить эти сведения, работник может рассчитать общую недельную заработную плату следующим образом:

Шаг 1. Сложите всю полученную общую заработную плату (до всех вычетов) за последние восемь недель до начала отпуска, включая сверхурочные и чаевые. (Инструкции по расчету размера бонусов и/или комиссионных см. в пункте 3.)

Шаг 2. Разделите сумму общей заработной платы, рассчитанную в пункте 1, на 8 (или на количество отработанных недель, если оно меньше восьми), чтобы рассчитать среднюю недельную заработную плату.

Шаг 3. Если работник получал бонусы и/или комиссионные в течение 52 недель, предшествующих отпуску, добавьте

пропорциональную недельную сумму к средней недельной заработной плате. Чтобы определить пропорциональную недельную сумму, сложите все бонусы/комиссионные, полученные за предыдущие 52 недели, и разделите полученную сумму на 52.

Пример расчета общей недельной заработной платы:

Неделя 1 — общая заработная плата с учетом сверхурочных	\$550
Неделя 2 — общая заработная плата	\$500
Неделя 3 — общая заработная плата	\$500
Неделя 4 — общая заработная плата	\$500
Неделя 5 — общая заработная плата	\$500
Неделя 6 — общая заработная плата	\$500
Неделя 7 — общая заработная плата с учетом сверхурочных	\$600
Неделя 8 — общая заработная плата с учетом сверхурочных	\$550
Итого =	\$4200
Разделите на 8	÷ 8
Средняя недельная заработная плата =	\$525
Бонус за предыдущие 52 недели	\$2600
Разделите на 52	÷ 52
Пропорциональный недельный бонус =	\$50

Продолжение инструкций по заполнению формы PFL-1 см. на следующей странице

ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником) (продолжение)**Инструкции по заполнению формы PFL-1 (продолжение с предыдущей страницы)**

Средняя недельная заработная плата	\$525
Пропорциональный недельный бонус	+ \$50
Средняя недельная заработная плата (с учетом бонуса) =	\$575

Обратите внимание, что работодатель также обязан указать эту информацию в Части В *Заявления на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам* (форма PFL-1).

При предварительной подаче формы: Укажите, что работник предварительно подает заявление на предоставление отпуска. Предварительная подача — это подача заявления до предстоящего квалификационного события, причем часть необходимой информации не указана из-за того, что на момент подачи заявления эта информация неизвестна. Если предварительная подача разрешена страховой компанией или самозастрахованным работодателем, недостающая информация должна быть предоставлена, как только она станет известна. Размер пособия

Работник должен поставить подпись и дату перед тем, как передать эту форму работодателю для заполнения части В.

может быть определен только после того, как предоставлена вся необходимая информация.

Страховая компания по ООС или самозастрахованный работодатель в течение пяти дней предоставляет работнику уведомление, в котором 1) сообщается, что требование находится на рассмотрении; 2) указывается, какой информации не хватает; 3) приводятся инструкции о том, как сообщить недостающую информацию. **После того как вся информация предоставлена, страховая компания по ООС или самозастрахованный работодатель должны в течение 18 дней выплатить пособие или отклонить требование.**

Если страховая компания или самозастрахованный работодатель не разрешает предварительно подавать заявления, страховая компания или самозастрахованный работодатель должны вернуть работнику *заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам* в течение пяти дней, объяснив, что заявление следует подать повторно, когда будет указана вся необходимая информация.

ЧАСТЬ В. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем)

Работодатель работника, подающего заявление на отпуск, должен заполнить всю информацию в части В.

Вопрос 2. Если в качестве федерального идентификационного номера работодателя (FEIN) используется номер социального страхования, укажите номер социального страхования.

Вопрос 3. Введите стандартный код отраслевой классификации (SIC) работодателя. Если работодатель не знает свой код SIC, он должен узнать его в своей страховой компании.

Вопрос 8. Код профессии работника можно узнать на сайте www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Вопрос 9. Укажите заработную плату, полученную работником за последние восемь недель, предшествующих дате начала отпуска. Общая выплаченная сумма — это общая недельная заработная плата работника, включая все сверхурочные и чаевые, заработанные за эту неделю, плюс недельная пропорциональная сумма всех бонусов или комиссионных, полученных в течение предшествующих 52 недель. (Подробные инструкции см. в вопросе 18 начиная со стр. 1 инструкций.) Рассчитайте общую среднюю недельную заработную плату, сложив общие выплаченные суммы и разделив полученную сумму на 8 (или на количество отработанных недель, если оно меньше 8).

Вопрос 10. Если не отмечен вариант «Да» для запроса возмещения

Подтверждение права работника на получение ООС: Работник, который регулярно работает 20 или более часов в неделю, должен проработать у данного работодателя не менее 26 недель подряд. Работник, который регулярно работает менее 20 часов в неделю, должен отработать не менее 175 дней.

Работодатель в течение трех рабочих дней ставит подпись и дату и возвращает работнику заявление на получение ООС.

у страховой компании, это значит, что вы отказываетесь от права на возмещение.

Вопрос 11a. «Нетрудоспособность» означает обязательную нетрудоспособность в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк. Если выбран ответ «Нет», укажите «0» для общего количества недель и дней в вопросе 11b.

Вопрос 11b. В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк в любой 52-недельный период можно получить период оплачиваемой нетрудоспособности и ООС общей продолжительностью не более 26 недель. Укажите общее количество недель (и количество дополнительных дней, если отпуск включает неполную неделю), взятых в связи с оплачиваемой нетрудоспособностью в штате Нью-Йорк и ООС в течение предшествующих 52 недель.

Вопросы 13, 14 и 15. Укажите название и адрес страховой компании, оформившей полис оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС) или нетрудоспособности и ООС, а также номер полиса ООС. В случае самозастрахованного работодателя укажите имя и адрес, по которому нужно отправить для обработки заявление на предоставление ООС.

Обязательно заполните соответствующие дополнительные формы заявления на предоставление ООС, требуемые в зависимости от вида запрашиваемого отпуска.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк о защите и неприкосновенности частной жизни (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (Совета) запрашивать у работников персональные данные, в том числе их номер социального страхования или идентификационный номер налогоплательщика, вытекают из административных полномочий, предоставленных Совету в соответствии с разделом 142 Закона о компенсации работникам. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету оперативно расследовать и обрабатывать заявки и хранить точные записи. Предоставление Совету номера социального страхования или идентификационного номера налогоплательщика (ITIN) не обязательно. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.



ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником)

1. **Официальное полное имя работника** (имя, средний инициал, фамилия)

2. **Другие фамилии** (если имеются), под которыми работал работник

3. **Почтовый адрес работника**

Адрес (с указанием улицы и дома)

Город, штат

Почтовый индекс Страна (если не США)

4. **Номер социального страхования или идентификационный номер налогоплательщика работника**

- -

5. **Дата рождения работника** (ММ/ДД/ГГГГ)

/ /

6. **Основной номер телефона работника**

() -

7. **Предпочтительный адрес эл. почты во время отпуска** (если имеется)

8. **Пол работника**

М Ж X

9. **Предпочтительный язык работника**

English Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어
 Другой

Необязательно (используется для целей исследования)

10. **Этническая/расовая принадлежность работника**

Только для целей сбора медицинской статистики.
(Свод кодексов Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), версия 1.0.)

Работник имеет испанское или латиноамериканское происхождение? (Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Мексиканское
- Американец мексиканского происхождения
- Чикано
- Пуэрто-риканское
- Доминиканское
- Кубинское
- Другое испанское или латиноамериканское происхождение
- Не испанского или латиноамериканского происхождения
- Неизвестно

Какова расовая принадлежность работника?

(Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Чернокожий или афроамериканец
- Азиатско-индийского происхождения
- Китайского происхождения
- Филиппинского происхождения
- Японского происхождения
- Корейского происхождения
- Вьетнамского происхождения
- Другого азиатского происхождения
- Белый
- Коренной житель Гавайских островов
- Житель Гуама или чаморро
- Житель Самоа
- Житель других островов Тихого океана
- Другая расовая принадлежность

Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС) (заполняется работником)

11. **Причина запроса ООС:** Для налаживания связи с ребенком Для ухода за родственником

Страховое событие в связи с военной службой

12. **Родственник приходится работнику:**

- Ребенком Супругом/супругой Партнером Родителем Родителем мужа или жены Дедушкой/бабушкой
- Внуком/внучкой Братом/сестрой

Продолжение формы PFL-1 см. на следующей странице

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

_____ / ____ / _____

ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником) (продолжение)

Форма PFL-1 (продолжение с предыдущей страницы)

13. ООС будет непрерывным или с перерывами?

<input type="checkbox"/>	Непрерывный	Дата начала ООС (ММ/ДД/ГГГГ)	Дата окончания ООС (ММ/ДД/ГГГГ)	<input type="checkbox"/>	Приблизительные даты
		/ /	/ /		

<input type="checkbox"/>	С перерывами	Укажите даты для каждой части ООС:	<input type="checkbox"/>	Приблизительные даты
		<input type="text"/>		

14. Если вы подаете заявление менее чем за 30 дней до отпуска, укажите причину:

Сведения о месте работы (заполняется работником)

15. Наименование предприятия

16. Дата приема на работу работника (ММ/ДД/ГГГГ) / /

17. Место работы работника

Адрес (с указанием улицы и дома)

Город, штат	Почтовый индекс	Страна (если не США)
-------------	-----------------	----------------------

18. Средняя общая недельная заработная плата работника (эта информация запрашивается у работника и работодателя) _____

19. Телефон работодателя для обращений относительно данного запроса () -

20a. У работника более одного работодателя? Да Нет

20b. Если да, работник берет ООС у второго работодателя? Да Нет

21. Работник в настоящее время получает пособие за потерянную заработную плату? Да Нет

Заявление о раскрытии информации: Сведения о полученном работником пособии по ООС (например, о полученных выплатах, виде отпуска) будут предоставлены работодателю.

Заявление и подпись

Любое лицо, которое сознательно и с намерением обмануть страховую компанию или другое физическое лицо подает заявление на страховую выплату или заявление о требовании, содержащее любую существенно ложную информацию, или скрывает с целью введения в заблуждение информацию о любом существенном для него факте, совершает мошенническое страховое действие, которое квалифицируется как преступление и также наказывается наложением гражданско-правового взыскания в размере не более пяти тысяч долларов и установленной стоимости требования за каждое такое нарушение.

Я настоящим подаю заявку на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам согласно Закону штата Нью-Йорк о компенсациях работникам. Моя подпись подтверждает, что предоставленная мной информация является, в меру моих знаний и убеждений, верной и точной.

Подпись работника _____ Дата (ММ/ДД/ГГГГ) _____

_____ / ____ / _____

Я подаю эту форму заранее (см. инструкции о предварительной подаче заявления). Я понимаю, что страховая компания свяжется со мной и сообщит, как предоставить недостающую информацию.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

ЧАСТЬ В. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем)

1. Полное юридическое наименование предприятия и почтовый адрес

Наименование предприятия

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

2. Номер FEIN работодателя -

3. Стандартный код отраслевой классификации (SIC) работодателя

4. Контактное лицо работодателя по вопросам, касающимся ООС

5. Контактный телефон работодателя () -

6. Контактный адрес электронной почты работодателя

7. Дата приема на работу работника (ММ/ДД/ГГГГ) / /

8. Профессия работника Коды можно узнать на сайте www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. Укажите общую заработную плату работника за последние 8 недель и рассчитайте среднюю общую недельную заработную плату

Номер недели	Дата окончания недели (ММ/ДД/ГГГГ)	Кол-во проработанных дней	Общая выплаченная сумма
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Рассчитанная средняя общая недельная заработная плата:			

10. Если работник во время ООС получал или будет получать заработную плату в полном объеме, будет ли работодатель запрашивать возмещение? Да Нет

Продолжение формы PFL-1 см. на следующей странице

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

ЧАСТЬ В. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем) (продолжение)

Форма PFL-1 (продолжение)

11а. В предшествующие 52 недели работник брал следующий отпуск: Нетрудоспособность штата Нью-Йорк ООС
 Нетрудоспособность и ООС Нет

11б. Укажите общее количество недель и дней, когда работник брал отпуск по нетрудоспособности и ООС за последние 52 недели:

Нетрудоспособность:	Недели	Укажите конкретные даты нетрудоспособности:
	Дни	

ООС:	Недели	Укажите конкретные даты ООС:
	Дни	

12. Работник берет отпуск согласно Закону об отпуске по уходу за родственником (FMLA) одновременно с ООС? Да Нет

13. Название и почтовый адрес страховой компании по ООС

Название страховой компании по ООС

Почтовый адрес

Город, штат	Почтовый индекс	Страна (если не США)
-------------	-----------------	----------------------

14. Телефон страховой компании по ООС () -

15. Номер полиса ООС _____

Заявление и подпись

Я подтверждаю, что работник регулярно работает 20 или более часов в неделю и проработал не менее 26 недель подряд ИЛИ работник регулярно работает менее 20 часов в неделю и проработал не менее 175 дней.

Любое лицо, которое сознательно и с намерением обмануть страховую компанию или другое физическое лицо подает заявление на страховую выплату или заявление о требовании, содержащее любую существенно ложную информацию, или скрывает с целью введения в заблуждение информацию о любом существенном для него факте, совершает мошенническое страховое действие, которое квалифицируется как преступление и также наказывается наложением гражданско-правового взыскания в размере не более пяти тысяч долларов и установленной стоимости требования за каждое такое нарушение.

Я имею полномочия ставить подпись в качестве работодателя работника, запрашивающего ООС. Моя подпись подтверждает, что, в меру моих знаний и убеждений, предоставленная мной информация является достоверной и точной.

Заверенная подпись работодателя _____ Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

Должность _____

Инструкции по заполнению «Разрешения на раскрытие персональной медицинской информации согласно Закону об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам» (формы PFL-3)

- Если работник запрашивает оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (ООС) для ухода за тяжело больным родственником, получатель медицинской помощи или уполномоченный представитель должен заполнить документ *Разрешение на раскрытие персональной медицинской информации согласно Закону об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (форма PFL-3)* и отправить его своему поставщику медицинских услуг вместе с копией документа *Заклучение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форма PFL-4)*.
- Документ *Разрешение на раскрытие персональной медицинской информации согласно Закону об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (форма PFL-3)* позволяет поставщику медицинских услуг заполнить *Заклучение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форму PFL-4)* и передать его работнику, запрашивающему ООС.
- Прежде чем заполнять и подписывать документ *Разрешение на раскрытие персональной медицинской информации согласно Закону об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (форму PFL-3)*, получатель медицинской помощи должен его полностью прочитать.
- Работник, запрашивающий ООС, должен отправить *Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форму PFL-1)* и *Заклучение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форму PFL-4)* в страховую компанию по ООС своего работодателя или своему работодателю, если работодатель является самозастрахованным, для определения пособия по ООС.

ПРИМЕЧАНИЕ. Эта форма будет храниться у поставщика медицинских услуг. Перед передачей документа поставщику медицинских услуг работник должен сделать копию этого документа и сохранить у себя для контроля.

Получатель медицинской помощи или уполномоченный представитель должен поставить дату и подпись.

Эта форма передается поставщику медицинских услуг, обслуживающему получателя медицинской помощи, вместе с документом *Заклучение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форма PFL-4)*.

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРСОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ТЯЖЕЛО БОЛЬНОГО РОДСТВЕННИКА (заполняется получателем медицинской помощи или уполномоченным представителем и отправляется поставщику медицинских услуг, обслуживающему получателя медицинской помощи, вместе с формой PFL-4)

Вверху каждой страницы работник указывает свое имя, а также имя и дату рождения получателя медицинской помощи (пациента).

В верхней части формы нужно указать название страховой компании по ООС; это то же название страховой компании по ООС, которое указано в *Заявлении на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форме PFL-1)* в части В, пункт 13.

Получатель медицинской помощи или уполномоченный представитель должен предоставить всю запрашиваемую информацию.

Если получатель медицинской помощи не может заполнить эту форму, уполномоченный представитель должен приложить копию юридического документа (например, доверенности или документа о полномочиях медицинского поверенного), позволяющего представителю подписывать форму от имени получателя медицинской помощи. Поставщик медицинских услуг потребует предъявить такое документальное разрешение, за исключением случаев, когда уполномоченным представителем является родитель, подписывающий документы от имени несовершеннолетнего ребенка.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк о защите и неприкосновенности частной жизни (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (Совета) запрашивать у работников персональные данные, в том числе их номер социального страхования или идентификационный номер налогоплательщика, вытекают из административных полномочий, предоставленных Совету в соответствии с разделом 142 Закона о компенсации работникам. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету оперативно расследовать и обрабатывать заявки и хранить точные записи. Предоставление Совету номера социального страхования или идентификационного номера налогоплательщика (ITIN) не обязательно. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.



Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам

Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам

Разрешение на раскрытие персональной медицинской информации согласно Закону об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам (форма PFL-3)
ИНСТРУКЦИИ ПРИЛАГАЮТСЯ К ДАННОЙ ФОРМЕ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Имя получателя медицинской помощи (пациента) (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения получателя медицинской помощи (пациента) (ММ/ДД/ГГГГ)

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРСОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ТЯЖЕЛО БОЛЬНОГО РОДСТВЕННОКА (заполняется получателем медицинской помощи или уполномоченным представителем и отправляется поставщику медицинских услуг, обслуживающему получателя медицинской помощи, вместе с формой PFL-4)

Я, , разрешаю моему поставщику медицинских услуг, указанному , в данной форме, сообщить мою персональную медицинскую информацию

и его страховой компании по ООС

Передаваемые записи. Эта форма разрешает указанному поставщику медицинских услуг включить информацию из вашей медицинской карты в прилагаемый медицинский документ. Эта форма разрешает вашему поставщику медицинских услуг раскрывать только те сведения из медицинской карты, которые относятся к вашему нынешнему состоянию, которое является предметом заявления работника на получение пособия по оплачиваемому отпуску по семейным обстоятельствам.

Срок действия отзываемого разрешения на раскрытие информации. Данное разрешение действует в течение года после подписания или до того момента, когда вы отзовете данное разрешение. Вы можете отозвать данное разрешение в любой момент. Чтобы отозвать разрешение, отправьте письмо поставщику медицинских услуг, указанному в данной форме.

Эта форма не разрешает вашему поставщику медицинских услуг раскрывать указанную ниже информацию, кроме случаев, когда вы явно разрешили раскрытие такой информации. Поставьте отметку «X» рядом с информацией, которую поставщик медицинских услуг **МОЖЕТ** раскрывать:

- Информация относительно ВИЧ/СПИД Информация о психическом здоровье Информации о лечении алкогольной/наркотической зависимости
 Заметки о психотерапии

Сведения о поставщике медицинских услуг (заполняется получателем медицинской помощи или уполномоченным представителем)

Укажите поставщика медицинских услуг, который в настоящее время предоставляет вам лечение заболевания, в связи с которым работник запрашивает ООС.

1. Имя поставщика медицинских услуг

2. Почтовый адрес поставщика медицинских услуг

3. Телефон поставщика медицинских услуг (с кодом региона или страны)

Продолжение формы PFL-3 см. на следующей странице

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Имя получателя медицинской помощи (пациента)
(имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения получателя медицинской помощи (пациента) (ММ/ДД/ГГГГ)

 /

 /

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРСОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ТЯЖЕЛО БОЛЬНОГО РОДСТВЕННОКА (заполняется получателем медицинской помощи или уполномоченным представителем и отправляется поставщику медицинских услуг, обслуживающему получателя медицинской помощи, вместе с формой PFL-4) (продолжение)

Форма PFL-3 (продолжение)

Сведения о получателе медицинской помощи (заполняется получателем медицинской помощи или уполномоченным представителем)

4. Почтовый адрес получателя медицинской помощи

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

5. Номер социального страхования получателя медицинской помощи - -

6. Телефон получателя медицинской помощи (с кодом региона или страны)

ПРОЧИТАЙТЕ И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ НИЖЕ Я

Настоящим прошу указанного поставщика медицинских услуг предоставить заполненный документ «*Заключение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником*» (форму PFL-4) работнику, указанному в форме PFL-4. Я понимаю, что такая информация включает диагноз и прогноз течения моего заболевания, дату его начала и указание предполагаемого объема ухода, который мне должен предоставлять работник, запрашивающий ООС в связи с моим заболеванием.

Подпись получателя медицинской помощи

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

 /

 /

Уполномоченный представитель

Имя и фамилия (печатными буквами)

Я, _____, представляю в этом деле получателя медицинской помощи на основании:

- Родительского права Доверенности (приложите копию) Судебного постановления (приложите копию)
 Документа о полномочиях медицинского поверенного (приложите копию)

Подпись уполномоченного представителя

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

 /

 /

Работник должен сохранить у себя копию для контроля.

Инструкции по заполнению «Заключения поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником» (форма PFL-4)

Работник, запрашивающий оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (ООС) для ухода за тяжело больным родственником, должен представить *Заключение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форму PFL-4)* вместе с *Заявлением на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (формой PFL-1)*.

Работник:

- В верхней части страницы 1 работник вписывает свое имя и фамилию, дату рождения, другие фамилии (если имеются), под которыми он работал, номер социального страхования или идентификационный номер налогоплательщика (TIN), почтовый адрес, а также имя и фамилию и дату рождения получателя медицинской помощи (пациента).
- В верхней части страницы 2 работник вписывает свое имя и фамилию и дату рождения, а также имя и фамилию и дату рождения получателя медицинской помощи (пациента).
- Работник передает поставщику медицинских услуг *Заключение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форму PFL-4)*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОБ УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫМ РОДСТВЕННИКОМ

(заполняет поставщик медицинских услуг для получателя медицинской помощи (пациента) и передает работнику, указанному выше)

Поставщик медицинских услуг, обслуживающий пациента, должен заполнить все поля кроме полей, которые обозначены как необязательные.

Вопрос 2. Рекомендуется указать код ICD-10 (хотя он обозначен как необязательный).

Поставщик медицинских услуг, обслуживающий пациента, должен заполнить раздел «Сведения о пациенте» и раздел, заполняемый поставщиком медицинских услуг, в документе *«Заключение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником» (форме PFL-4)*.

Поставщик медицинских услуг должен поставить подпись и дату и вернуть форму работнику, запрашивающему ООС.

Если вы считаете, что пациент является жертвой жестокого обращения или невнимания со стороны работника, запрашивающего ООС, вы можете отказаться предоставлять данное заключение.

Работник:

- Когда вы получите от поставщика медицинских услуг заполненное *Заключение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форму PFL-4)*, отправьте заполненные формы вместе с сопроводительными документами в страховую компанию.

Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк о защите и неприкосновенности частной жизни (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).

Полномочия Совета по компенсациям работникам (Совета) запрашивать у работников персональные данные, в том числе их номер социального страхования или идентификационный номер налогоплательщика, вытекают из административных полномочий, предоставленных Совету в соответствии с разделом 142 Закона о компенсации работникам. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету оперативно расследовать и обрабатывать заявки и хранить точные записи. Предоставление Совету номера социального страхования или идентификационного номера налогоплательщика (ITIN) не обязательно. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.



Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам

Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам

Заключение поставщика медицинских услуг об уходе за тяжело больным родственником (форма PFL-4)
ИНСТРУКЦИИ ПРИЛАГАЮТСЯ К ДАННОЙ ФОРМЕ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

Другие фамилии (если имеются), под которыми работал работник

Номер социального страхования или номер TIN работника

Почтовый адрес работника

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

Имя получателя медицинской помощи (пациента)
(имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения получателя медицинской помощи (пациента)
(ММ/ДД/ГГГГ)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОБ УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛО БОЛЬНОМ РОДСТВЕННИКОМ

(заполняет поставщик медицинских услуг для получателя медицинской помощи (пациента) и передает работнику, указанному выше)

Сведения о получателе медицинской помощи (пациенте) (заполняется поставщиком медицинских услуг)

1. Пациенту требуется уход со стороны работника, запрашивающего оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (ООС)?

Да Нет (если нет, то перейдите к разделу «Сведения о поставщике медицинских услуг»)

Примечание. Для целей данного раздела «оказание ухода» может включать необходимый физический уход, эмоциональную поддержку, посещения, помощь в лечении, транспортировку, организацию изменения режима ухода, помощь в выполнении основных повседневных действий и услуги персонального помощника.

2. Основной код ICD-10 (необязательно)

3. Диагноз

4. Дата начала заболевания пациента (ММ/ДД/ГГГГ) / /

5. Дата начала необходимого ухода за пациентом (ММ/ДД/ГГГГ) / /

6. Предполагаемая дата, когда пациенту больше не будет требоваться уход (ММ/ДД/ГГГГ) / /

7. Предполагаемое количество дней в неделю ИЛИ дней в месяц, когда пациенту требуется уход,

Дней в неделю

ИЛИ

Дней в месяц

Сведения о поставщике медицинских услуг (заполняется поставщиком медицинских услуг)

8. Имя поставщика медицинских услуг

Продолжение формы PFL-4 см. на следующей странице

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

_____ / ____ / ____

Имя получателя медицинской помощи (пациента)
(имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения получателя медицинской помощи (пациента)
(ММ/ДД/ГГГГ)

_____ / ____ / ____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОБ УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫМ РОДСТВЕННИКОМ (заполняет поставщик медицинских услуг для получателя медицинской помощи (пациента) и передает работнику, указанному выше) (продолжение)

Форма PFL-4 (продолжение)

9. Тип поставщика медицинских услуг:

<input type="checkbox"/> Врач (MD)	<input type="checkbox"/> Стоматолог (DDS/DDM)	<input type="checkbox"/> Лицензированный социальный работник (LMSW/LCSW)
<input type="checkbox"/> Врач-остеопат (DO)	<input type="checkbox"/> Помощник врача (PA)	<input type="checkbox"/> Другое (укажите)
<input type="checkbox"/> Врач-подиатр (DPM)	<input type="checkbox"/> Практикующая медицинская сестра (NP)	
<input type="checkbox"/> Врач-мануальный терапевт (DC)	<input type="checkbox"/> Лицензированный психолог	

10. Почтовый адрес поставщика медицинских услуг

Почтовый адрес _____

Город, штат _____	Почтовый индекс _____	Страна (если не США) _____
-------------------	-----------------------	----------------------------

11. Телефон поставщика медицинских услуг (с кодом региона или страны) _____

12. Номер факса поставщика медицинских услуг (с кодом региона или страны) _____

13. Адрес электронной почты поставщика медицинских услуг (если имеется) _____

14. Штат или страна (если не США), в которой поставщик медицинских услуг имеет лицензию на практику _____

15. Специальность _____

16. Номер лицензии поставщика медицинских услуг _____

Заявление и подпись

Любое лицо, которое сознательно и с намерением обмануть страховую компанию или другое физическое лицо подает заявление на страховую выплату или заявление о требовании, содержащее любую существенно ложную информацию, или скрывает с целью введения в заблуждение информацию о любом существенном факте, совершает мошенническое страховое действие, которое квалифицируется как преступление и также наказывается наложением гражданско-правового взыскания в размере не более пяти тысяч долларов и установленной стоимости требования за каждое такое нарушение.

Моя подпись подтверждает, что информация, предоставленная мной в этой форме, основана на моей профессиональной оценке в рамках моей лицензированной сферы деятельности.

Подпись поставщика медицинских услуг

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

_____ / ____ / ____