



在您申请带薪家事假之前

- 查看资格要求。详情查阅下一页或访问 PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility。
- 计划好您的休假。可以一次用完休假，也可分多次来休，但必须以一整天为增量来休。
- 如果是可预见的情况，请至少提前 **30 天**通知您的雇主，或者尽快通知您的雇主。

完整填写您的表格并按要求附上所需文件

完整填写《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1)。

注意：本表格中有几个部分需要由您和您的雇主来完成。

- 填好您应填的部分，自留一份副本，然后将表格交给您的雇主，让雇主填写 **B 部分**。
- 您的雇主必须在三个工作日内将表格 **PFL-1** 返还给您。如有延迟，您不必等待，可直接继续下一步。将您填好的表格 **PFL-1** 连同申请包里的其他材料一起直接寄给您的雇主的保险公司。

完整填写《根据带薪家事假相关法律公布个人健康信息授权书》(表格 PFL-3)。

- 您的家庭成员（被照顾者）要完整填写表格 **PFL-3**，然后将这份表格提交到医疗保健提供者处，归档保存。这份表格会授权医疗保健提供者，可将关于您家庭成员患有的严重疾病的信息，披露给您和您雇主的保险公司。
不要将这份表格发给保险公司。

完整填写《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4)。

注意：本表格中有几个部分需要由医疗保健提供者来完成。

- 填好您应填的部分，自留一份副本，然后将表格交给您家庭成员的医疗保健提供者。
- 让这名提供者完整填写表格上应由其填写的部分后及时将表格返还给您。

提交到您雇主的保险公司

您必须在开始休假后 **30 天内**将完整的申请包提交到您的雇主的保险公司处，以避免丧失福利。

自己应保留一份所有表格和文件的副本，留作记录。

将表格 **PFL-1** 和表格 **PFL-4** 邮寄或传真到您雇主的保险公司。

如需查明您的雇主的保险公司是哪一家，您可以：

- 查看您工作场所张贴的带薪家事假公示。
- 询问您的雇主。
- 在 wcb.ny.gov 上使用雇主承保搜索应用程序搜索。

如果您无法找到您的雇主的保险公司，请拨打带薪家事假 (PFL) 帮助热线获得帮助：(844) 337-6303

PFL 帮助热线在星期一至星期五上午 8:30 至下午 4:30 均有人接听。

请不要将您的申请包提交到 NYS Workers' Compensation Board。

将表格提交到保险公司是您的责任。您的雇主无须承担这个责任。



重要须知

- 大多数情况下，这家保险公司必须在收到您完整提交的申请或您休假的第一天（取两个日期中较晚的一个）后 18 天内，支付或拒绝支付福利。不可仅因为您的雇主没有在三个工作日内填写好表格 PFL-1 的 B 部分而认为您的申请不完整。
- 如果这家保险公司拒绝或未能按时支付您的福利，或者您有任何其他与申领相关的争议，您可要求复审这家保险公司的行为。请访问 nyspfla.namadr.com 了解更多信息。
- 关于雇主有歧视或报复行为的投诉，应通过召开听证会，由工人赔偿法法官来解决。如果您认为您的雇主因为您休或要求休带薪家事假而歧视或报复您，请访问 PaidFamilyLeave.ny.gov/protections 或致电 (844) 337-6303。



资格

- 在纽约州为私营雇主工作的大多数员工均可享受带薪家事假。
 - 全职员工：**如果您每周的常规工作时间至少为 20 个小时，您将在为雇主连续工作了 26 周后有休假资格。
 - 兼职员工：**如果您每周的常规工作时间不到 20 个小时，您将在为雇主工作了 175 天（这些工作天数无需保持连续）后有休假资格。
- 对于非工会代表的公职人员，如果他们的雇主自愿加入并提供这项福利，他们则会有这个保障。对于工会代表的公职人员，可能在通过集体谈判商定了这个福利后有这个保障。
- 员工的休假资格不受国籍和/或移民身份的影响。
- 如果您认为自己有资格，则可申请带薪家事假。然后，保险公司会就其做出决定。
- 如果您有关于资格规则的问题，请拨打 **PFL 帮助热线：(844) 337-6303**（星期一～星期五上午 8:30 至下午 4:30）。

您可以照顾的家庭成员有：

配偶/同居伴侣

子女/继子女

父母/继父母/法律意义上的父母

祖父母

孙子女

兄弟姐妹（2023 年新添内容！）联系您雇主的保险公司，获得这一项何时在其保单生效的详情。

照顾可包括提供：

必要的身体护理

情感支持

探望

在治疗上提供帮助

接送服务

帮助安排护理方面的变动

帮忙做必要的日常活动

个人日常护理服务

请谨记：将表格提交到保险公司是您的责任。您的雇主无须承担这个责任。

如需了解更多信息，请访问 PaidFamilyLeave.ny.gov 或者致电 (844) 337-6303。



带薪家事假

《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) 填写说明

- 如要申请带薪家事假 (PFL), 申请 PFL 的员工必须完整填写《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) 的 A 部分。除非注明为选项项, 否则该表格中的所有项目均为必填项。员工然后将该表格交给雇主, 由其填写 B 部分。
- 雇主在三个工作日内完整填写《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) 的 B 部分后将其返还给员工。
- 取决于所申请的休假类型, 还必须完成其他表格。申请休假的员工须为这些表格的完成工作负责。
- 员工将填妥的《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) 连同必须填写的其他表格提交至列于《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) 的 B 部分的雇主 PFL 保险公司。员工应该保留各份已提交的表格副本, 留作其记录。

A 部分 - 员工信息 (须由员工填写)

申请 PFL 的员工必须完整填写所有必须提供的信息。

PFL 申请 (须由员工填写)

问题 12: 子女包括亲生子女、收养或寄养子女, 继子女, 受法定监护之人, 同居伴侣的子女, 或者员工作为其代替父母的人。对父母的定义是亲生、收养或寄养父母、法律意义上的父母、继父母、法定监护人或其他在员工曾是儿童时作为员工的代替父母的其他人。

问题 13: 如果日期是“连续的”, 员工必须提供所申请的 PFL 的开始和结束日期。这些日期应该是该 PFL 将开始和结束的实际日期。如果不确定, 估计开始和结束日期, 并且说明“它们是估计日期”。如果日期是“定期的”, 输入将休 PFL 的日期。请尽可能具体。如果日期是未知或估计的, 请说明“它们是估计日期”。

如果日期是估计的, PFL 保险公司可能要求您在休了 PFL 日后提交付款申请。已批准的申领付款应尽可能快地支付, 但在任何情况下都不会超过完整提交的申请之日后 18 天。

问题 14: 如果向其雇主提交 PFL 申请的员工给其雇主不到 30 天事先通知 (从 PFL 开始日期算起), 该员工必须解释未能提供 30 天通知的原因。如果表格中给出的空白处不够写下解释, 填入“详见附件”, 然后添加包含解释的附件。确保在附件的顶部包含员工的全名及其出生日期。

工作信息 (须由员工填写)

问题 16: 根据员工能尽力想起的记忆填入雇用日期。如果自雇用日期起已经过去一年多, 填入开始工作的年份是充足的。

问题 18: 输入平均每周总工资的最佳估计值。仅包含从本申请表中列出的雇主处获得的工资。**每周总工资是每周报酬的总额——包含加班费、小费、奖金和佣金, 是雇主扣除任何款项之前的金额, 例如联邦和州税务。**如果雇主无法提供该信息, 员工可按照以下方法计算其每周总工资:

第 1 步: 把 PFL 开始之前最后八周内收到的所有工资总额 (在任何扣款之前) 加在一起, 包括加班费和赚取的小费。
(有关计算奖金和/或佣金的说明, 请参阅步骤 3。)

第 2 步: 用步骤一中计算得出的总工资除以八 (如果少于八周, 则除以工作周数), 以计算平均每周工资。

第 3 步: 如果员工在 PFL 之前的 52 周内收到奖金和/或佣金, 请把按比例分配的每周金额与平均每周工资相加。要确定按比例分配的每周金额, 请将过去 52 周内赚取的所有奖金/佣金相加, 然后除以 52。

计算每周总工资的示例:

第 1 周——包括加班费的总工资	\$550
第 2 周——总工资	\$500
第 3 周——总工资	\$500
第 4 周——总工资	\$500
第 5 周——总工资	\$500
第 6 周——总工资	\$500
第 7 周——包括加班费的总工资	\$600
第 8 周——包括加班费的总工资	+ \$550
总额=	\$4,200
除以 8	÷ 8
平均每周工资 =	\$525
之前的 52 周内赚取的奖金	\$2,600
除以 52	÷ 52
按比例分配的每周奖金 =	\$50

表格 PFL-1 填写说明接下页

A 部分 - 员工信息 (须由员工填写) ——接前页

表格 PFL-1 填写说明接前页

平均每周工资	\$525
按比例分配的每周奖金	+ \$50
平均每周工资 (包括奖金) =	\$575

请注意, 雇主也必须在《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) 的 B 部分中提供该信息。

在预先提交表格时: 说明员工是否在预先提交其 PFL 申请表。对预先提交的定义是在即将到来的符合资格事件之前提交申请, 由于某些必须提供的信息在提交申请时未知而未提供该信息。如果保险公司或有自我保险的雇主允许预先提

交, 必须在知道未提供的信息后尽快提供该信息。无法在提供了所有必须提供的信息之前决定福利。

PFL 保险公司或有自我保险的雇主将在五日内给员工通知, 其中 1) 说明申领待定; 2) 给出未提供的信息; 3) 指示如何提交未提供的信息。**在提供了所有信息后, PFL 保险公司或有自我保险的雇主有 18 天的时间来支付或拒绝申领。**

如果保险公司或有自我保险的雇主不允许预先提交, 保险公司或有自我保险的雇主必须在五日内把《带薪家事假申请表》返还给员工, 解释应在所有信息可用时重新提交该申领申请。

员工在把这份表格交给雇主, 由其填写 B 部分之前签署姓名和日期。

B 部分 - 雇主信息 (须由雇主填写)

申请 PFL 的员工的雇主必须完整填写 B 部分中的所有信息。

问题 2: 如果使用社会安全号码作为联邦雇主身份识别号码 (FEIN), 输入该社会安全号码。

问题 3: 输入雇主的标准行业分类 (SIC) 代码。雇主应在不知道其 SIC 代码时联系保险公司。

问题 8: 员工职业代码见:

www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

问题 9: 输入员工在 PFL 开始日期之前最后八周内赚取的工资。支付的总金额是员工的每周总工资, 包括该周赚取的任何加班费和小费, 加上过去 52 周内收到的任何奖金或佣金的每周按比例分配的金额。(详细步骤参见于填写说明第 1 页开始的问题 18。) 将支付的总金额相加, 然后用总额除以八 (如果少于八周, 则为工作周数), 计算平均每周总工资。

确认员工有资格获得 PFL: 每周的常规工作时间为 20 个小时或更长时间的员工必须已经至少连续工作了 26 周。每周的常规工作时间不到 20 个小时的员工必须已经工作了 175 天。

问题 10: 未能在要求保险公司报销一项选择“是”将导致对获得报销之权利的放弃。

问题 11a: ‘伤残’是指纽约州法定要求的伤残。如果回答是“无”, 则在问题 11b 的总星期和天数下输入“0”。

问题 11b: 在任意 52 周期间对纽约州法定伤残和 PFL 可用的最多周数是 26 周。具体说明在之前的 52 周内休的纽约州法定伤残和 PFL 假的星期总数以及在休假包含一周的一部分时的额外天数。

问题 13、14 和 15: 输入带薪家事假或伤残/PFL 保险公司的名称、地址和 PFL 保单编号。如果这位雇主是有自我保险的雇主, 输入应该向其提交 PFL 申请供处理的名称和地址。

雇主在三个工作日内签署姓名和日期, 然后将其返还给申请 PFL 的员工。

务必根据所申请的休假类型完成相应的额外 PFL 表格。

通知依据《纽约个人隐私保护法》(公职人员法第 6-A 条) 和 1974 年《联邦隐私法》(《美国法典》第 5 篇第 552a 条)。

Workers' Compensation Board (即“委员会”) 要求员工提供其个人信息 (包括他们的社会安全号码或纳税人识别号) 的权力是基于委员会根据《工人赔偿法》第 142 条所拥有的管理权。收集这些信息是为了帮助委员会以最便捷的方式调查和管理申领, 以及帮助其维护准确的记录。向委员会提供您的社会安全号码或纳税人识别号是自愿行为。委员会对其拥有的个人信息保密, 仅用于公职事务, 且遵守相关州和联邦法律条款。



A 部分 - 员工信息 (须由员工填写)

1. 员工的法定姓名 (名、中间名缩写、姓)

2. 员工曾在工作时使用的其他姓氏 (如有)

3. 员工的邮寄地址

街道地址

城市, 州

邮政编码
_____ 国家 (若不是美利坚合众国)

4. 员工的社会安全号码或纳税人识别号

- -

5. 员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

/ /

6. 员工的主要电话号码

() -

7. 员工在 PFL 期间的首选电子邮件地址 (如可用)

8. 员工的性别

男 女 第三性别

9. 员工的首选语言

English Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어
 其他

选填项 (出于研究目的)

10. 员工的民族/种族

仅出于健康人口统计目的。(美国疾病控制和预防中心 (CDC) 代码集, 版本 1.0。)

员工是否是西班牙裔、拉丁裔或西班牙血统?
(可选择一个或多个类别。)

- 墨西哥人
- 墨西哥裔美国人
- 奇卡诺人
- 波多黎各人
- 多米尼加人
- 古巴人
- 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙血统
- 无西班牙裔、拉丁裔或西班牙血统
- 未知

员工的种族是什么?

(可选择一个或多个类别。)

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 黑人或非裔美国人
- 亚洲印度人
- 中国人
- 菲律宾人
- 日本人
- 韩国人
- 越南人
- 其他亚洲人
- 白人
- 夏威夷原住民
- 关岛人或查莫罗人
- 萨摩亚人
- 其他太平洋岛民
- 其他种族

带薪家事假 (PFL) 申请 (须由员工填写)

11. 申请 PFL 的原因: 与子女培养亲密关系 照顾家庭成员 符合规定的服兵役活动

12. 家庭成员是员工的:

子女 配偶 同居伴侣 父母 法律意义上的父母 祖父母 孙子女 兄弟姐妹

须由员工填写

员工的姓名 (名、中间名缩写、姓)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

A 部分 - 员工信息 (须由员工填写) — 接前页

表格 PFL-1 接前页

13. PFL 是否将是一个连续的时间段和/或间歇性的?

<input type="checkbox"/>	连续的	PFL 开始日期 (月月/日日/年年年年) / /	PFL 结束日期 (月月/日日/年年年年) / /	<input type="checkbox"/>	它们是估计日期	
<input type="checkbox"/>	间歇性的	给出将休间歇性的 PFL 的日期:			<input type="checkbox"/>	它们是估计日期

14. 如果给雇主不到 30 天事先通知, 请解释:

工作信息 (须由员工填写)

15. 企业名称

16. 员工的雇用日期 (月月/日日/年年年年) / /

17. 员工的工作地点

街道地址		
城市, 州	邮政编码	国家 (若不是美利坚合众国)

18. 员工的平均每周总工资 (这是要求员工和雇主均提供的数据) _____

19. 关于本申请可使用的雇主联系电话号码 () -

20a. 员工是否有不止一位雇主? 是 否

20b. 如果回答是, 员工是否在其他雇主处休 PFL? 是 否

21. 员工目前是否在领取工伤赔偿工资损失福利? 是 否

披露声明: 将由雇主提供关于员工领取的 PFL 福利之信息, 例如收到的付款和休假类型。

声明和签名

任何人故意并意图欺骗任何保险公司或其他人, 提交包含任何重大虚假信息的保险申请或申领声明, 或出于误导的目的隐瞒有关任何重要事实的信息, 即犯有欺诈保险行为, 这是一种犯罪行为, 还应处以不超过五千美元的民事处罚以及每次此类违法行为所规定的申领价值。

我特此根据纽约州《工人赔偿法》提出带薪家事假福利申请。我的签名确认据我所知所信, 我在此提供的信息真实且准确。

员工的签名 _____ 签署日期 (月月/日日/年年年年)

我提前提交本表格 (参见关于预先提交的说明)。我理解保险公司将联系我, 告知如何提交必须提供但未提供的信息。

须由员工填写

员工的姓名 (名、中间名缩写、姓)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

B 部分 - 雇主信息 (须由雇主填写)

1. 企业的法定全名和邮寄地址

企业名称

邮寄地址

城市, 州

邮政编码

国家 (若不是美利坚合众国)

2. 雇主的 FEIN -

3. 雇主的标准行业分类 (SIC) 代码

4. PFL 相关问题的雇主联系人姓名

5. 雇主的联系电话号码 () -

6. 雇主的联系电子邮件地址

7. 员工的雇用日期 (月月/日日/年年年年) / /

8. 员工的职位代码见: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. 输入员工最后 8 周的总工资, 然后计算平均每周总工资

周数	周末日期 (月月/日日/年年年年)	工作的天数	支付的总金额
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
计算得出的平均每周总工资:			

10. 如果员工在 PFL 期间领取了或将领取全额工资, 雇主是否将要求报销? 是 否

表格 PFL-1 接下页

须由员工填写

员工的姓名 (名、中间名缩写、姓)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

B 部分 - 雇主信息 (须由雇主填写) — 接前页

表格 PFL-1 接前页

11a. 在过去 52 周内, 员工是否因以下原因休假: 纽约州伤残 PFL 伤残和 PFL 无

11b. 输入在过去 52 周内休的伤残和 PFL 假的总星期和天数:

伤残:	周数	请提供伤残的具体日期:
	天数	

PFL:	周数	请提供 PFL 的具体日期:
	天数	

12. 员工是否在休 PFL 的同时行使家庭医疗假法案 (FMLA) 之权利? 是 否

13. PFL 保险公司的名称和邮寄地址

PFL 保险公司的名称		
邮寄地址		
城市, 州	邮政编码	国家 (若不是美利坚合众国)

14. PFL 保险公司的电话号码 () -

15. PFL 保单编号 _____

声明和签名

我确认该员工的每周常规工作时间为 20 个小时或更长时间, 并且已经至少连续工作了 26 周, 或者该员工的每周常规工作时间不到 20 个小时, 并且已经至少工作了 175 天。

任何人故意并意图欺骗任何保险公司或其他人, 提交包含任何重大虚假信息的保险申请或申领声明, 或出于误导的目的隐瞒有关任何重要事实的信息, 即犯有欺诈保险行为, 这是一种犯罪行为, 还应处以不超过五千美元的民事处罚以及每次此类违法行为所规定的申领价值。

我是经授权可作为申请 PFL 的员工的雇主签名之人。我的签名确认据我所知所信, 我提供的信息真实且准确。

雇主的授权签名

签署日期 (月月/日日/年年年年)

_____ / /

职务

《根据带薪家事假相关法律公布个人健康信息授权书》(表格 PFL-3) 填写说明

- 如果员工申请带薪家事假 (PFL) 的目的是照顾患有严重疾病的家庭成员, 被照顾者或经授权的代表必须完整填写《根据带薪家事假相关法律公布个人健康信息授权书》(表格 PFL-3), 将其提交给医疗保健提供者, 并附上一份《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4)。
 - 《根据带薪家事假相关法律公布个人健康信息授权书》(表格 PFL-3) 使医疗保健提供者能够完成《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4), 并向寻求享用 PFL 福利的员工公布。
 - 在完成和签署该表格之前, 被照顾者必须完整阅读《根据带薪家事假相关法律公布个人健康信息授权书》(表格 PFL-3)。
 - 申请 PFL 的员工将《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) 和《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4) 提交给其雇主的 PFL 保险公司, 或在雇主是有自我保险的雇主时提交给其雇主, 以用于 PFL 福利认定。
- 注意:** 本表格将由医疗保健提供者保留。员工应该在将表格交给医疗保健提供者之前复印表格, 留作其记录。

被照顾者或经授权的代表签署姓名和日期。

将本表格交给被照顾者的医疗保健提供者, 并附上《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4)。

患有严重疾病的家庭成员的医疗保健提供者公布个人健康信息授权书 (须由被照顾者或经授权的代表填写, 然后连同表格 PFL-4 提交给被照顾者的医疗保健提供者)

员工在每页顶部输入其姓名以及被照顾者的 (患者的) 姓名和出生日期。

在表格顶部要求的 PFL 保险公司名称与在《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1) B 部分第 13 行给出的 PFL 保险公司相同。

被照顾者或经授权的代表必须完整填写所有要求提供的适用信息。

如果被照顾者无法填写本表格, 经授权的代表必须附上一份法律文件, 例如医疗护理代理人或委托书, 允许这位代表代表被照顾者签署表格。除非经授权的代表是代表未成年子女签署的父母, 否则医疗保健提供者将要求有这份授权文件。

通知依据《纽约个人隐私保护法》(公职人员法第 6-A 条) 和 1974 年《联邦隐私法》(《美国法典》第 5 篇第 552a 条)。

Workers' Compensation Board (即“委员会”) 要求员工提供其个人信息 (包括他们的社会安全号码或纳税人识别号) 的权力是基于委员会根据《工人赔偿法》第 142 条所拥有的管理权。收集这些信息是为了帮助委员会以最便捷的方式调查和管理申领, 以及帮助其维护准确的记录。向委员会提供您的社会安全号码或纳税人识别号是自愿行为。委员会对其拥有的个人信息保密, 仅用于公职事务, 且遵守相关州和联邦法律条款。



须由员工填写

员工的姓名 (名、中间名缩写、姓)

被照顾者的 (患者的) 姓名 (名、中间名缩写、姓) 被照顾者的 (患者的) 出生日期 (月月/日日/年年年年)

患有严重疾病的家庭成员的医疗保健提供者公布个人健康信息授权书 (须由被照顾者或经授权的代表填写, 然后连同表格 PFL-4 提交给被照顾者的医疗保健提供者)

被照顾者的 (患者的) 姓名

本人 授权在本表格中列出的本人的医疗保健提供者向

员工的姓名 及其雇主的 PFL 保险公司

PFL 保险公司的名称 公布

本人的个人健康信息。

受公布授权书约束的记录有: 本表格授予已列出的医疗保健提供者许可, 允许其在附于此的医疗证明中包含您的医疗保健记录中的信息。本表格授予您的医疗保健提供者许可, 允许其仅公布您的医疗保健记录中与您当前的疾病——也是员工带薪家事假福利申请之主题——有关的信息。

可撤销的公布授权书时间段: 本授权于一年后结束, 或者在您撤销该公布授权时结束。您可以随时取消本公布授权书。如要取消, 向本表格中列出的医疗保健提供者发送信函。

本表格不允许您的医疗保健提供者公布以下类型的信息, 除非您有明确允许此类信息公布。在您的医疗保健提供者可公布的任意信息旁写下“X”:

- 艾滋病/艾滋病相关的信息
- 心理健康信息
- 酒精/药物治疗
- 心理治疗记录

医疗保健提供者信息 (须由被照顾者或经授权的代表填写)

给出目前在针对是员工 PFL 福利申请之主题的疾病为您提供治疗的医疗保健提供者。

1. 医疗保健提供者的姓名

2. 医疗保健提供者的邮寄地址

邮寄地址

城市, 州	邮政编码	国家 (若不是美利坚合众国)
-------	------	----------------

3. 医疗保健提供者的电话号码 (提供区号或国家代码)

表格 PFL-3 接下页

须由员工填写

员工的姓名 (名、中间名缩写、姓)

被照顾者的 (患者的) 姓名 (名、中间名缩写、姓)

被照顾者的 (患者的) 出生日期 (月月/日日/年年年年)

患有严重疾病的家庭成员的医疗保健提供者公布个人健康信息授权书 (须由被照顾者或经授权的代表填写, 然后连同表格 PFL-4 提交给被照顾者的医疗保健提供者) ——接前页

表格 PFL-3 接前页

被照顾者信息 (须由被照顾者或经授权的代表填写)

4. 被照顾者的邮寄地址

邮寄地址

城市, 州

邮政编码

国家 (若不是美利坚合众国)

5. 被照顾者的社会安全号码

6. 被照顾者的电话号码 (提供区号或国家代码)

阅读后在下方签署姓名

本人特此请求在此列出的医疗保健提供者将填妥的《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4) 交给在表格 PFL-4 中给出的员工。本人理解, 此类信息包含我的当前疾病的诊断和预后、疾病开始的日期以及任何对我因当前疾病可能需要申请 PFL 福利的员工提供的护理量的估计。

被照顾者的签名

签署日期 (月月/日日/年年年年)

经授权的代表

工整书写姓名

本人 代表此事宜中的被照顾者, 获得授权的方式为:

父母权利 委托书 (附上副本) 法庭命令 (附上副本) 医疗保健代理人 (附上副本)

经授权的代表的签名

签署日期 (月月/日日/年年年年)

员工应该保留一份副本作为其记录。

《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4) 填写说明

申请带薪家事假 (PFL) 以照顾患有严重疾病的家庭成员的员工应该提交《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4) 和《带薪家事假申请表》(表格 PFL-1)。

员工:

- 员工在第 1 页的顶部输入其姓名、出生日期、曾在工作时使用的其他姓氏 (如有)、社会安全号码或纳税人身份识别号码 (TIN)、邮寄地址以及被照顾者的 (患者的) 姓名和出生日期。
- 员工在第 2 页的顶部输入其姓名和出生日期以及被照顾者的 (患者的) 姓名和出生日期。
- 员工给医疗保健提供者《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4)。

医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明 (须由被照顾者 (患者) 的医疗保健提供者填写, 然后返还给上文给出的员工)

除非注明为选填项, 否则患者的医疗保健提供者必须完整填写所有要求提供的适用信息。

问题 2: 建议提供可选 ICD-10 代码。

患者的医疗保健提供者必须完整填写《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4) 的患者信息和医疗保健提供者部分。

医疗保健提供者签署姓名和日期, 然后将表格返还给申请 PFL 的员工。

如果您认为患者是申请 PFL 的员工导致的虐待或疏忽的受害者, 您可拒绝提供本证明。

员工:

- 在您从医疗保健提供者处收到填妥的《医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明》(表格 PFL-4) 后, 将填妥的表格和支持性文件发给保险公司。

通知依据《纽约个人隐私保护法》(公职人员法第 6-A 条) 和 1974 年《联邦隐私法》(《美国法典》第 5 篇第 552a 条)。

Workers' Compensation Board (即“委员会”) 要求员工提供其个人信息 (包括他们的社会安全号码或纳税人身份识别号码) 的权力是基于委员会根据《工人赔偿法》第 142 条所拥有的管理权。收集这些信息是为了帮助委员会以最便捷的方式调查和管理申领, 以及帮助其维护准确的记录。向委员会提供您的社会安全号码或纳税人身份识别号码是自愿行为。委员会对其拥有的个人信息保密, 仅用于公职事务, 且遵守相关州和联邦法律条款。



须由员工填写

员工的姓名 (名、中间名缩写、姓)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

员工曾在工作时使用的其他姓氏 (如有)

员工的社会安全号码或 TIN

员工的邮寄地址

邮寄地址

城市, 州

邮政编码

国家 (若不是美利坚合众国)

被照顾者的 (患者的) 姓名 (名、中间名缩写、姓)

被照顾者的 (患者的) 出生日期 (月月/日日/年年年年)

医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明 (须由被照顾者 (患者) 的医疗保健提供者填写, 然后返还给上文给出的员工)

被照顾者 (患者) 信息 (须由医疗保健提供者填写)

1. 患者是否需要由申请带薪家事假 (PFL) 的员工照顾?

是 否 (如果回答否, 跳至“医疗保健提供者信息”。)

注意: 在本部分中, “提供护理”可能包括必要的身体护理、情绪支持、探视、在治疗上提供帮助、交通、安排护理方面的变动、帮忙做必要的日常生活事情以及个人日常护理服务。

2. 主要 ICD-10 代码 (可选)

3. 诊断

4. 患者的疾病开始日期 (月月/日日/年年年年) / /

5. 患者需要照顾的第一天 (月月/日日/年年年年) / /

6. 预期患者将不再需要照顾的日期 (月月/日日/年年年年) / /

7. 患者每周或每月需要照顾的估计天数 天/周 或者 天/月

医疗保健提供者信息 (须由医疗保健提供者填写)

8. 医疗保健提供者的姓名

表格 PFL-4 接下页

须由员工填写

员工的姓名 (名、中间名缩写、姓)

员工的出生日期 (月月/日日/年年年年)

_____ / _____ / _____

被照顾者的 (患者的) 姓名 (名、中间名缩写、姓)

被照顾者的 (患者的) 出生日期 (月月/日日/年年年年)

_____ / _____ / _____

医疗保健提供者关于照顾患有严重疾病的家庭成员的证明 (须由被照顾者 (患者) 的医疗保健提供者填写, 然后返还给上文给出的员工) — 接前页

表格 PFL-4 接前页

9. 医疗保健提供者的类型:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 医疗医生 (MD) | <input type="checkbox"/> 牙科医生 (DDS/DDM) | <input type="checkbox"/> 持牌社会工作者 (LMSW/LCSW) |
| <input type="checkbox"/> 骨科医生 (DO) | <input type="checkbox"/> 医师助理 (PA) | <input type="checkbox"/> 其他 (请详述) |
| <input type="checkbox"/> 足病医学博士 (DPM) | <input type="checkbox"/> 护理医生 (NP) | |
| <input type="checkbox"/> 脊椎按摩医学博士 (DC) | <input type="checkbox"/> 持牌心理学医生 | |

10. 医疗保健提供者的邮寄地址

邮寄地址 _____

城市, 州 _____ 邮政编码 _____ 国家 (若不是美利坚合众国) _____

11. 医疗保健提供者的电话号码 (提供区号或国家代码) _____

12. 医疗保健提供者的传真号码 (提供区号或国家代码) _____

13. 医疗保健提供者的电子邮件地址 (如可用) _____

14. 医疗保健提供者持牌从医所在的州或国家 (如果不在美利坚合众国) _____

15. 专长 _____

16. 医疗保健提供者的执照号码 _____

证明和签名

任何人故意并意图欺骗任何保险公司或其他人, 提交包含任何重大虚假信息的保险申请或申领声明, 或出于误导的目的隐瞒有关任何重要事实的信息, 即犯有欺诈保险行为, 这是一种犯罪行为, 还应处以不超过五千美元的民事处罚以及每次此类违法行为所规定的申领价值。

我的签名证明我在本表格中提供的信息是基于我在执照许可的业务范围内的专业评估。

医疗保健提供者的签名 _____ 签署日期 (月月/日日/年年年年)

_____ / _____ / _____