



آپ کے بامعاوضہ خاندانی رخصت کے لیے درخواست دینے سے قبل

اہلیتی تقاضوں کی جانچ کریں۔ اگلا صفحہ ملاحظہ کریں یا وزٹ کریں PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility۔

اپنی رخصت کی منصوبہ بندی کریں۔ رخصت ایک ساتھ یا وقفہ وار لی جا سکتی ہے، تاہم مکمل دن کے انکریمنٹس کے ساتھ لینا لازم ہے۔

اپنے آجر کو کم از کم 30 دن قبل، اگر ممکن ہو تو جلد از جلد اطلاع دیں۔

اپنے فارمز مکمل کریں اور مطلوبہ دستاویزات منسلک کریں

درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم 1-PFL) مکمل کریں۔

نوٹ فرمائیں: اس فارم میں کچھ ایسے سیکشنز بھی ہیں جو کہ آپ اور آپ کے آجر کی جانب سے مکمل کرنے ہوں گے۔

- اپنا سیکشن مکمل کریں، اس کی کاپی کروائیں، اور اپنے آجر کو حصہ B مکمل کرنے کے لیے فارم دیں۔
- آپ کے آجر سے فارم 1-PFL آپ کو تین کاروباری دنوں کے اندر واپس کرنے کا تقاضا کیا جاتا ہے۔ کسی قسم کی تاخیر ہونے کی صورت میں، آپ کو پیش رفت کے لیے انتظار کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ فارم 1-PFL جو آپ پر کر چکے/چکی ہیں، اس کو باقی مطلوبہ پیکیج کے ساتھ، اپنے آجر کے انشورنس کیریئر کو براہ راست ارسال کر دیں۔

بامعاوضہ خاندانی رخصت کے قانون (فارم 3-PFL) کے تحت ذاتی صحت کی معلومات کا انکشاف مکمل کریں۔

- آپ کے گھر کا/کی فرد (نگہداشت وصول کنندہ) فارم 3-PFL کو پُر کرتا/کرتی ہے اور فارم کو اپنی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو فائل میں رکھنے کے لئے جمع کروانا/کرواتی ہے۔
- یہ فارم ایک نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو آپ اور آپ کے آجر کے انشورنس کیریئر کے لئے آپ کے/کی فرد خانہ کی صحت کی سنگین کیفیت کے بارے میں معلومات جاری کرنے کا اختیار دیتا ہے۔
- یہ فارم انشورنس کیریئر کو نہ بھیجیں۔

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم 4-PFL) مکمل کریں۔

- نوٹ فرمائیں: اس فارم کے کچھ سیکشنز ایسے ہیں جو کہ نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کرنے ہوتے ہیں۔
- اپنا سیکشن مکمل کرنے کے بعد اس کی کاپی کروائیں، اور فارم اپنے فرد خانہ کے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو دیں۔
- فراہم کار سے فارم میں ان کا سیکشن مکمل کرنے اور اسے آپ کو بروقت واپس کرنے کا کہیں۔

اپنے آجر کے انشورنس کیریئر کو جمع کروائیں

اپنے آجر کے انشورنس کیریئر کو فارم 1-PFL اور فارم 4-PFL بذریعہ ڈاک یا فیکس بھیجیں۔

یہ معلوم کرنے کے لیے کہ آپ کے آجر کا انشورنس کیریئر کون ہے، آپ:

- اپنی جائے کار میں بامعاوضہ خاندانی رخصت کا پوسٹر دیکھ سکتے ہیں۔
- اپنے آجر سے پوچھ سکتے ہیں۔

▪ wcb.ny.gov پر آجر کوریج سرچ ایپلیکیشن کا استعمال کرتے ہوئے معلوم کر سکتے ہیں۔

اگر آپ اپنے آجر کا انشورنس کیریئر معلوم نہ کر سکیں، تو معاونت کے لیے بامعاوضہ خاندانی رخصت (Paid Family Leave، PFL) ہیلپ لائن کو کال کریں: (844) 337-6303

PFL ہیلپ لائن پیر تا جمعہ، صبح 8:30 بجے تا شام 4:30 بجے تک دستیاب ہے۔

براہ کرم اپنی درخواست کا پیکیج NYS ورکرز کمپنیشن بورڈ میں جمع نہ کروائیں۔

آپ کو اپنا مکمل کردہ درخواست کا پیکیج اپنے آجر کے انشورنس کیریئر کو اپنی رخصت کا آغاز ہو جانے کے 30 دنوں کے اندر جمع کروانا لازم ہے تاکہ مراعات سے محرومی سے بچا جائے۔

اپنے ریکارڈز کے لیے تمام فارمز اور دستاویزات کی نقل محفوظ رکھیں۔

فارمز انشورنس کیریئر کو جمع کروانا آپ کی ذمہ داری ہے۔ یہ آپ کے آجر کی ذمہ داری نہیں ہے۔



یہ جاننا ضروری ہے کہ

- زیادہ تر کیسز میں، آپ کی مکمل کردہ درخواست موصول ہونے، یا آپ کی رخصت کے پہلے دن سے، جو بھی بعد میں ہو، انشورنس کیئریر پر 18 دنوں کے اندر مراعات کی ادائیگی یا انہیں مسترد کرنا لازم ہے۔ آپ کی درخواست محض اس وجہ سے نامکمل تصور نہیں کی جا سکتی کہ آپ کے اجر نے فارم PFL-1 کا حصہ B تین کاروباری دنوں کے اندر مکمل نہیں کیا۔
- اگر کیئریر آپ کی مراعات کی بروقت ادائیگی سے انکار کرتا ہے یا اس میں ناکام رہتا ہے، یا آپ کے دعویٰ سے متعلق دیگر تنازعہ موجود ہے، تو آپ کیئریر کے افعال کا جائزہ لینے کی درخواست کر سکتے ہیں۔ مزید معلومات nyspfla.namadr.com پر دیکھی جا سکتی ہیں۔
- آجر کے امتیازی سلوک یا انتقامی کارروائی کے بارے میں شکایات ورکرز کمپنیشن بورڈ کے قانونی جج کی جانب سے سماعت کے بعد حل کی جاتی ہیں۔ اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کے اجر نے آپ کے بامعاوضہ خاندانی رخصت لینے یا اس کی درخواست کرنے پر آپ کے ساتھ امتیازی سلوک روا رکھا یا انتقامی کارروائی کی ہے، تو PaidFamilyLeave.ny.gov/protections وزٹ کریں یا **(844) 337-6303** پر رابطہ کریں۔



اہلیت

فرد خانہ جن کی آپ نگہداشت کر سکتے ہیں:

شریک حیات/گھریلو ساتھی

بچہ/بچی/سوتیلیا بچہ/سوتیلی بچی

والد/والدہ/سوتیلی والد/سوتیلی والدہ/ساس/سسر

دادا/دادی/نانا/نانی

پوتا/پوتی/نواسا/نواسی

یہن بھائی (2023 میں نیا!) تفصیلات کے لیے اپنے آجر کے انشورنس کیئریر سے معلوم کریں کہ ان کی پالیسی کے مطابق کب اس کا اطلاق ہوتا ہے۔

نگہداشت میں درج ذیل فراہم کرنا شامل ہو سکتا ہے:

ضروری جسمانی نگہداشت

جذباتی معاونت

ملاقات بغرض معائنہ

علاج میں معاونت

نقل و حمل

نگہداشت میں تبدیلی کے لیے بندوبست کرنے میں مدد

روزمرہ کی ضروری سرگرمیوں میں معاونت دینا

ذاتی خدمت گار کی خدمات

ریاست نیو یارک میں زیادہ تر ملازمین جو نجی آجران کے لیے کام کرتے ہیں، ان کی بامعاوضہ خاندانی رخصت کے تحت کوریج کی جاتی ہے۔

■ **کل وقتی ملازمین:** اگر آپ 20 گھنٹے یا زائد فی ہفتہ باقاعدہ شیڈول کے مطابق کام کرتے ہیں، تو آپ اپنے آجر کے ساتھ ملازمت کے مسلسل 26 ہفتوں کے بعد اہل ہیں۔

■ **جز وقتی ملازمین:** اگر آپ 20 گھنٹے فی ہفتہ سے کم باقاعدہ شیڈول پر کام کرتے ہیں، تو آپ اپنے آجر کے لیے کام کرنے کے 175 دنوں بعد اہل ہوں گے، جن کا مسلسل ہونا ضروری نہیں ہے۔

■ غیر نمائندگی یافتہ سرکاری ملازمین کی کوریج اس صورت میں کی جا سکتی ہے کہ اگر ان کے آجر نے مراعات کی فراہمی کا رضاکارانہ اختیار منتخب کیا ہوا ہے۔ یونین کی جانب سے نمائندگی یافتہ سرکاری ملازمین کی کوریج اس صورت میں کی جا سکتی ہے کہ اگر مراعات مجموعی مذاکرات کے ذریعے طے کی گئی ہوں۔

■ ملازم کی اہلیت کے لیے شہریت اور/یا امیگریشن اسٹیٹس کوئی عامل نہیں ہے۔

■ اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ اہل ہیں، تو آپ بامعاوضہ خاندانی رخصت کے لیے درخواست دے سکتے ہیں اور انشورنس کیئریر اس بات کا تعین کرے گا۔

■ اگر آپ کے اہلیت کے قواعد کے بارے میں سوالات ہیں تو، **PFL ہیلپ لائن** کو **(844) 337-6303** پر (پیر - جمعہ، صبح 8:30 بجے تا شام 4:30 بجے) کال کریں۔

یاد رکھیں: فارمز انشورنس کیئریر کو جمع کروانا آپ کی ذمہ داری ہے۔ یہ آپ کے آجر کی ذمہ داری نہیں ہے۔

بامعاوضہ خاندانی رخصت کے لیے درخواست (فارم PFL-1) کے حوالے سے ہدایات

- بامعاوضہ خاندانی رخصت (PFL) کی درخواست کے لیے، PFL کی درخواست کرنے والے ملازم پر درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم PFL-1) کا حصہ A مکمل کرنا لازم ہے۔ فارم کے تمام اٹمز ضروری ہیں ماسوائے یہ کہ اختیاری کے طور پر بتائے گئے ہوں۔ اس کے بعد ملازم فارم آجر کو دے گا تاکہ وہ حصہ B مکمل کرے۔
- آجر درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم PFL-1) کا حصہ B مکمل کرتا ہے اور تین کاروباری دنوں کے اندر ملازم کو واپس کرتا ہے۔
- درخواست کی گئی رخصت کی قسم کی بنیاد پر اضافی فارمز کا تقاضا کیا جاتا ہے۔ رخصت کی درخواست کرنے والا ملازم ان فارمز کی تکمیل کا ذمہ دار ہے۔
- ملازم مکمل کردہ درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم PFL-1) مطلوبہ اضافی فارم کے ساتھ درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم PFL-1) کے حصہ B میں درج کردہ آجر کے انشورنس کیریئر کو جمع کروا سکتا ہے۔ ملازم ہر جمع کروائے گئے فارم کی ایک نقل اپنے ریکارڈز کے لیے محفوظ رکھیں گے۔

حصہ A - ملازم کی معلومات (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائیں)

PFL کی درخواست کرنے والے ملازم پر تمام مطلوبہ معلومات مکمل کرنا لازم ہے۔

PFL درخواست (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائے)

اندازہ لگایا گیا ہے۔" اگر تاریخوں کا اندازہ لگایا گیا ہے، تو PFL کیریئر آپ سے تقاضا کر سکتا ہے کہ آپ نے جس دن PFL حاصل کی ہے اس کے بعد ادائیگی کی درخواست جمع کروائیں۔ منظور شدہ دعوؤں کے لیے ادائیگی جتنی جلدی ممکن ہو، واجب الادا ہو گی لیکن کسی صورت میں مکمل کردہ درخواست کی تاریخ سے لے کر 18 دنوں سے زیادہ نہیں ہونی چاہیئے۔

سوال 14: اگر ملازم PFL کی درخواست اپنے آجر کو PFL کی تاریخ آغاز سے لے کر 30 دنوں سے کم کے پیشگی نوٹس پر جمع کروا رہا ہے، تو ملازم پر اس بات کی وضاحت کرنا لازم ہے کہ 30 دنوں پر مبنی نوٹس کیوں نہیں دیا جا سکا۔ اگر وضاحت فارم پر دی گئی جگہ پر پوری نہیں آتی، تو "منسلک کردہ دیکھیں" درج کریں اور وضاحت کے ساتھ ایک منسلک شامل کریں۔ ملازم کا پورا نام اور اس کی تاریخ پیدائش منسلک کے اوپر والے حصے میں شامل کرنا یقینی بنائیں۔

سوال 12: بچے کی تعریف میں حقیقی، گود لیا، یا رضاعی بچہ/بچی، سوتیلی بچہ/سوتیلی بچی، قانوناً زیر نگرانی، گھریلو ساتھی کا بچہ/کی بچی، یا کوئی ایسا فرد جس کے ساتھ ملازم سرپرستی نبھاتا ہو، شامل ہے۔ والد/والدہ کی تعریف بطور حقیقی، رضاعی، یا گود لینے والے والد/والدہ، ساس/سسر، سوتیلے والد/سوتیلی/والدہ، قانونی سرپرست، یا کسی دوسرے فرد جو ملازم کا سرپرست رہ چکا/چکی ہو، جب ملازم بچہ تھا، کی جاتی ہے۔

سوال 13: اگر تاریخیں "متواتر" ہیں تو ملازم پر درخواست کردہ PFL کے آغاز اور اختتام کی تاریخیں مہیا کرنا لازم ہے۔ یہ تاریخیں PFL کے آغاز اور اختتام کی اصل تاریخیں ہونی چاہئیں۔ بے یقینی ہونے کی صورت میں، آغاز کی اور اختتام کی تاریخوں کا اندازہ لگائیں اور نشاندہی کریں کہ "تاریخوں کا اندازہ لگایا گیا ہے۔" اگر تاریخیں "وقفہ وار دورانیے" کی ہیں، تو PFL لینے کی تاریخیں درج کریں۔ براہ کرم زیادہ سے زیادہ ممکن حد تک واضح کریں۔ اگر تاریخیں معلوم نہیں ہیں یا اندازہ لگایا گیا ہے، تو نشاندہی کریں کہ "تاریخوں کا

ملازمت کی معلومات (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائیں)

بفٹہ وار مجموعی اجرت کے شمار کی مثال:

550\$	بفٹہ 1 - مجموعی اجرت بشمول اور ٹائم
500\$	بفٹہ 2 - مجموعی اجرت
500\$	بفٹہ 3 - مجموعی اجرت
500\$	بفٹہ 4 - مجموعی اجرت
500\$	بفٹہ 5 - مجموعی اجرت
500\$	بفٹہ 6 - مجموعی اجرت
600\$	بفٹہ 7 - مجموعی اجرت، بشمول اور ٹائم
550\$ +	بفٹہ 8 - مجموعی اجرت، بشمول اور ٹائم
4,200\$	کل =
8	8 سے تقسیم کریں
525\$	اوسط بفٹہ وار اجرت =
2,600\$	گزشتہ 52 ہفتوں میں کمائے گئے بونس
52	52 سے تقسیم کریں
50\$	حسب تناسب بفٹہ وار بونس =

فارم PFL-1 ہدایات اگلے صفحے پر جاری ہیں

سوال 16: ملازم کی بہترین یادداشت کے مطابق بھرتی ہونے کی تاریخ درج کریں۔ اگر بھرتی کی تاریخ سے لے کر ایک سال سے زیادہ عرصہ ہو گیا ہے، تو وہ سال درج کرنا کافی ہے جس میں ملازمت کا آغاز ہوا تھا۔

سوال 18: اندازہ لگائی گئی بہترین اوسط مجموعی بفٹہ وار اجرت درج کریں۔ اس درخواست فارم پر صرف درج کردہ آجر کی جانب سے کمائی گئی اجرتیں شامل کریں۔ مجموعی بفٹہ وار اجرت — اوور ٹائم، ٹپس، بونسز اور کمیشنز سمیت — آجر کی جانب سے کوئی بھی کٹوتیاں کیے جانے سے قبل کل بفٹہ وار ادائیگی ہوتی ہے، جیسا کہ وفاقی اور ریاستی ٹیکسز۔ اگر آجر یہ معلومات فراہم کرنے کے قابل نہیں ہے، تو ملازم اپنی مجموعی بفٹہ وار اجرت درج ذیل کے مطابق شمار کر سکتے ہیں:

مرحلہ 1: PFL کے شروع ہونے سے قبل کے آخری آٹھ ہفتوں کے دوران موصول ہونے والی تمام مجموعی اجرتیں (کسی قسم کی کٹوتیوں سے قبل)، بشمول اوور ٹائم اور کمائی گئی ٹپس، شامل کریں۔ (بونسز اور ایڈ کمیشنز شمار کرنے کے سلسلے میں ہدایات کے لیے مرحلہ 3 ملاحظہ کریں۔)

مرحلہ 2: اوسط بفٹہ وار اجرت کو شمار کرنے کے لیے مرحلہ ایک میں شمار کی گئی مجموعی اجرتوں کو آٹھ سے تقسیم کریں (یا جتنے ہفتوں میں کام کیا ہے ان کی تعداد سے اگر آٹھ سے کم ہوں تو)۔

مرحلہ 3: اگر ملازم نے PFL سے قبل 52 ہفتوں کے دوران بونسز اور/یا کمیشنز وصول کیے ہیں، تو اوسط بفٹہ وار اجرت میں حسب تناسب بفٹہ وار رقم شامل کریں۔ حسب تناسب بفٹہ وار رقم کا تعین کرنے کے لیے، 52 ہفتے قبل حاصل کیے گئے تمام بونسز/کمیشنز کو جمع کریں اور پھر 52 سے تقسیم کریں۔

حصہ A - ملازم کی معلومات (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائیں) - پچھلے صفحے سے جاری ہے

فارم PFL-1 کی ہدایات پچھلے صفحے سے جاری ہیں

525\$

اوسط ہفتہ وار اجرت

50\$ +

حسب تناسب ہفتہ وار بونس

575\$

اوسط ہفتہ وار اجرت (بشمول بونس) =

براہ کرم نوٹ فرمائیں کہ آجر کو درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم PFL-1) کے حصہ B میں بھی یہ معلومات فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

جب فارم پیشگی جمع کروایا جا رہا ہو: نشاندہی کریں اگر ملازم اپنی PFL درخواست پہلے جمع کروا رہا ہو۔ پیشگی جمع کروانے سے مراد ہے کہ ہونے والے کسی اہل واقعے سے پہلے درخواست جمع کروانی جائے، جس میں کچھ درکار معلومات شامل نہیں ہوتیں کیونکہ جمع کروانے کے وقت معلومات ابھی نامعلوم ہوتی ہیں۔ اگر پیشگی جمع کروانے کے عمل کی کیریئر یا ذاتی بیمہ کار

ملازم اپنے آجر کے فارم کا حصہ B مکمل کرنے کے لیے دینے سے قبل دستخط کرتا اور تاریخ درج کرتا ہے۔

حصہ B - آجر کی معلومات (آجر کی جانب سے مکمل کی جائیں)

PFL کی درخواست کرنے والے ملازم کے آجر پر حصہ B کی تمام معلومات مکمل کرنا لازم ہے۔

سوال 10: انشورنس کیریئر کی جانب سے بازا دانیگی کی درخواست کے لیے "ہاں" کا انتخاب کرنے میں ناکامی کا نتیجہ بازا دانیگی کے حق سے دستبرداری کی صورت میں ہو گا۔

سوال 11a: 'معذوری' سے مراد NYS کے آئینی تقاضوں کے مطابق معذوری ہے۔ اگر جواب "کوئی نہیں" ہے تو سوال 11b میں کل ہفتوں اور دنوں کے لیے "0" درج کریں۔

سوال 11b: کسی بھی 52 ہفتوں کی مدت میں NYS کے آئینی تقاضوں کے مطابق معذوری اور PFL کے لیے دستیاب ہفتوں کی زیادہ سے زیادہ تعداد 26 ہفتے ہیں۔ ہفتوں کی کل تعداد اور اگر رخصت میں جزوی ہفتہ بھی شامل ہو تو اضافی دنوں کی تعداد بتائیں، جو NYS کے آئینی تقاضوں کے مطابق معذوری اور PFL کے لیے پچھلے 52 ہفتوں کے دوران لی گئی تھی۔

سوالات 13، 14 اور 15: بامعاوضہ خاندانی رخصت یا معذوری PFL انشورنس کیریئر کا نام، پتہ اور PFL پالیسی نمبر درج کریں۔ اگر یہ آجر ذاتی بیمہ کار ہے، تو وہاں کا نام اور پتہ درج کریں جہاں PFL کی درخواست کارروائی کے لیے جمع کروائی جائے گی۔

تصدیقی ملازم PFL کے لیے اہل ہے: ایک ملازم جو باقاعدگی سے فی ہفتہ 20 گھنٹے یا اس سے زیادہ کام کرتا ہے، اس کا کم از کم 26 متواتر ہفتوں کے لئے ملازمت میں ہونا ضروری ہے۔ ایک ملازم جو فی ہفتہ 20 گھنٹوں سے کم باقاعدگی سے کام کرتا ہے تاہم اس نے 175 دن کام لازماً مکمل کیا ہو۔

آجر دستخط کر کے اور تاریخ درج کر کے یہ فارم PFL کی درخواست کرنے والے ملازم کو تین کاروباری دنوں کے اندر واپس کرتا ہے۔

درخواست کی گئی رخصت کی قسم کی بنیاد پر مناسب اضافی PFL فارم (فارمز) کو مکمل کرنے کو یقینی بنائیں۔

اطلاع بمطابق نیو یارک کا قانون برائے نجی رازداری کی حفاظت (قانون برائے عوامی افسران آرٹیکل A-6) اور 1974 کا وفاقی ایکٹ برائے رازداری (5 USC 552a)۔

ورکرز کمپنیشن بورڈ (بورڈز) کا ملازمین سے ان کے سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ کے شناختی نمبر سمیت، ذاتی معلومات طلب کرنے کا اختیار، ورکرز کمپنیشن قانون کے سیکشن 142 کے تحت بورڈ کی انتظامی اتھارٹی کی جانب سے اخذ کیا گیا ہے۔ ان معلومات کو نہایت موزوں انداز میں دعوؤں کی تفتیش اور ان کا نظم کرنے میں بورڈ کی معاونت اور دعوے کے درست ریکارڈز برقرار رکھنے میں مدد دینے کے لیے جمع کیا جاتا ہے۔ بورڈ کو اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ شناختی نمبر مہیا کرنا رضاکارہ ہے۔ بورڈ اپنی تحویل میں موجود تمام ذاتی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرے گا، ان کا انکشاف صرف اپنے سرکاری فرائض کی انجام دہی کے لیے اور قابل اطلاق ریاستی اور وفاقی قانون کے مطابق کرے گا۔

درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم PFL-1)

ہدایات فارم کے ساتھ شامل ہیں

حصہ A - ملازم کی معلومات (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائیں)

1. ملازم کا قانونی نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

2. دیگر ایسے آخری نام، اگر کوئی ہوں، جن کے تحت ملازم کام کر چکا ہے

3. ملازم کا ڈاک کا پتہ

اسٹریٹ کا پتہ

شہر، ریاست

زپ کوڈ

ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

4. ملازم کا سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ شناختی نمبر

5. ملازم کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

/ /

6. ملازم کا بنیادی ٹیلیفون نمبر

() -

7. PFL پر ہوتے ہوئے ملازم کا ترجیحی ای میل ایڈریس (اگر دستیاب ہو)

8. ملازم کی جنس

X F M

9. ملازم کی ترجیحی زبان

Polski Русский Español English

한국어 Kreyòl ayisyen Italiano 中文

دیگر

اختیاری (تحقیقی مقاصد کے لیے)

10. ملازم کی آبائی قومیت/نسل

محض ہیلتھ ٹیموگرافک کے مقاصد کے لیے۔ (امریکی مراکز برائے امراض کی روک تھام اور تدارک (CDC) کوڈ سیٹ، ورژن 1.0)

کیا ملازم ہسپانوی، لاطینی/a، یا ہسپانوی نژاد ہے؟
(ایک یا زائد زمرے منتخب کیے جا سکتے ہیں۔)

میکسیکو

میکسیکن امریکی

چکانو/a

پورٹو ریکن

ڈومینیکن

کیوبائی

کوئی اور ہسپانوی، لاطینی/a، یا ہسپانوی نژاد

کوئی ہسپانوی، لاطینی/a، یا ہسپانوی نژاد نہیں

نامعلوم

ملازم کی نسل کیا ہے؟

(ایک یا زائد زمرے منتخب کیے جا سکتے ہیں۔)

امریکی انڈین یا الاسکا کا مقامی باشندہ

سیاہ فام یا افریقن امریکی

ایشیائی انڈین

چینی

فلپائنی

جاپانی

کوریائی

ویتنامی

دیگر ایشیائی

سفید فام

ہوائی کا آبائی باشندہ

گوامینین یا چیمورو

ساموئی

پیسیفک آئی لینڈ کا دیگر کوئی باشندہ

دیگر نسل

درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (PFL) (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائے)

11. PFL درخواست بسبب: بچے/بچی کے ساتھ وابستگی فرد خانہ کی نگہداشت ملٹری کوالیفانٹنگ ایونٹ

12. فرد خانہ ملازم کا:

بچہ/بچی شریک حیات گھریلو ساتھی والد/والدہ ساس/بسر دادا/دادی/نانا/نانی پوتا/پوتی/نواسا/نواسی بہن بھائی ہے

فارم PFL-1 اگلے صفحے پر جاری ہے

ملازم کی جانب سے مکمل کیا جائے
ملازم کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)
ملازم کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)
/ /

حصہ A - ملازم کی معلومات (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائیں) - پچھلے صفحے سے جاری ہے

فارم PFL-1 پچھلے صفحے سے جاری ہے

13. کیا PFL متواتر اور/یا وقفہ وار مدت کے لیے جاری رہے گی؟

<input type="checkbox"/> جاری	PFL کی تاریخ آغاز (MM/DD/YYYY)	PFL کی تاریخ اختتام (MM/DD/YYYY)	<input type="checkbox"/> تاریخوں کا اندازہ لگایا گیا ہے
	/ /	/ /	

<input type="checkbox"/> وقفہ وار	ان تاریخوں کی نشاندہی کریں جب وقفہ وار PFL حاصل کی جائیں گی:	<input type="checkbox"/> تاریخوں کا اندازہ لگایا گیا ہے

14. اگر 30 دن سے کم کے پیشگی نوٹس پر آجر کو نوٹس فراہم کر رہے اربی ہیں، تو براہ کرم واضح کریں:

ملازمت کی معلومات (ملازم کی جانب سے مکمل کی جائیں)

15. کاروبار کا نام

16. ملازم کی بھرتی کی تاریخ (MM/DD/YYYY) / /

17. ملازم کی جائے کار

اسٹریٹ کا پتہ	شہر، ریاست	زپ کوڈ	ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

18. ملازم کی بقیہ وار اوسط مجموعی اجرت (ملازم اور آجر دونوں کے لیے اس ٹیٹا کی درخواست کی جائے گی)

19. اس درخواست کے حوالے سے رابطے کے لیے آجر کا ٹیلیفون نمبر () -

20a. کیا ملازم کے ایک سے زیادہ آجر ہیں؟ جی ہاں جی نہیں

20b. ہاں ہونے کی صورت میں، کیا ملازم دوسرے آجر سے PFL لے رہا ہے؟ جی ہاں جی نہیں

21. کیا ملازم فی الوقت ورکرز کمپنیشن کی ضائع شدہ اجرت کی مراعات وصول کر رہا ہے؟ جی ہاں جی نہیں

انکشافی بیان: ملازم کی جانب سے موصول کی گئی PFL مراعات، جیسا کہ وصول کردہ ادائیگیوں اور رخصت کی اقسام سے متعلق معلومات، آجر کو فراہم کی جائیں گی۔

اعتراف اور دستخط

کوئی بھی فرد جو جان بوجھ کر اور کسی بھی انشورنس کمپنی یا کسی دوسرے فرد کو دھوکہ دینے کے ارادے سے انشورنس کے لیے درخواست دائر کرتا/کرتی ہے یا دعوے کا بیان دیتا/دیتی ہے جس میں کوئی بھی اہم غلط معلومات ہوتی ہیں، یا گمراہ کرنے کے مقصد سے، مزید حقائق سے متعلق معلومات کو چھپاتا/چھپاتی ہے، وہ انشورنس کے فراڈ کا ارتکاب کرتا/کرتی ہے، جو ایک جرم ہے، اور اس طرح کی برخلاف ورزی کے لیے وہ پانچ ہزار ڈالرز تک کے اور دعوے کی بیان کردہ قیمت تک کے سول جرمائے کا/کی بھی پابند ہو گا/گی۔

میں یہاں NYS ورکرز کمپنیشن کے قانون کے تحت بامعاوضہ خاندانی رخصت کی مراعات کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں۔ میرے دستخط سے اس بات کی تصدیق ہوتی ہے کہ جو معلومات میں فراہم کر رہا/رہی ہوں، وہ میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق سچی اور درست ہیں۔

ملازم کے دستخط

دستخط کرنے کی تاریخ (MM/DD/YYYY)

/ /

میں یہ فارم پیشگی جمع کروا رہا/رہی ہوں (پیشگی جمع کروانے کے بارے میں ہدایات ملاحظہ کریں)۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ انشورنس کیئرینر اس بارے میں آگاہ کرنے کے لیے مجھ سے رابطہ کرے گا کہ وہ جاننے والی مطلوبہ معلومات کیسے جمع کروائی جائیں۔

ملازم کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

ملازم کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

/ /

حصہ B - آجر کی معلومات (آجر کی جانب سے مکمل کی جائیں)

1. کاروبار کا مکمل قانونی نام اور ڈاک کا پتہ

کاروبار کا نام

ڈاک کا پتہ

ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

زپ کوڈ

شہر، ریاست

2. آجر کا FEIN -

3. آجر کا معیاری صنعتی درجہ بندی (SIC) کوڈ

4. PFL سے متعلق سوالات کے لیے آجر کا رابطے کا نام

5. آجر سے رابطے کا ٹیلیفون نمبر - ()

6. آجر سے رابطے کا ای میل ایڈریس

7. ملازم کے بھرتی ہونے کی تاریخ (MM/DD/YYYY) / /

8. ملازم کے پیشہ ورانہ کوڈز درج ذیل پر دستیاب ہیں: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. ملازم کے لیے مجموعی آمدنی کے آخری 8 ہفتے درج کریں اور اوسط مجموعی آمدنی کا حساب لگائیں

ہفتے نمبر	ہفتے کی اختتامی تاریخ (MM/DD/YYYY)	جن دنوں کام کیا ان کی تعداد	ادا کی گئی مجموعی رقم
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
شمار کردہ اوسط مجموعی ہفتہ وار اجرت:			

10. اگر PFL پر ہوتے ہوئے ملازم کو مکمل اجرت مل رہی ہے یا ملے گی، تو کیا آجر بازا دانیگی کی درخواست کرے گا؟ جی ہاں جی نہیں

فارم PFL-1 اگلے صفحے پر جاری ہے

ملازم کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

ملازم کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

/ /

حصہ B - آجر کی معلومات (آجر کی جانب سے مکمل کی جائیں) - پچھلے صفحے سے جاری ہے

فارم PFL-1 پچھلے صفحے سے جاری ہے

11a. کیا گزشتہ 52 ہفتوں میں ملازم نے درج ذیل کے لیے رخصت لی ہے: NYS معذوری PFL معذوری اور PFL دونوں کوئی نہیں

11b. گزشتہ 52 ہفتوں میں معذوری اور PFL دونوں کے لیے لیے جانے والے ہفتوں اور دنوں کی کل تعداد درج کریں:

براہ کرم معذوری کے لیے مخصوص تاریخیں فراہم کریں:	ہفتے	معذوری:
	دن	

براہ کرم PFL کے لیے مخصوص تاریخیں فراہم کریں:	ہفتے	PFL:
	دن	

12. کیا ملازم ایکٹ برائے خاندانی طبی رخصت (Family Medical Leave Act، FMLA) کے ساتھ بیک وقت PFL بھی لے رہا ہے؟ جی ہاں جی نہیں

13. PFL انشورنس کیریئر کا نام اور ڈاک کا پتہ

PFL انشورنس کیریئر کا نام

ڈاک کا پتہ

ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

زپ کوڈ

شہر، ریاست

() -

14. PFL انشورنس کیریئر کا ٹیلیفون نمبر

15. PFL پالیسی نمبر

اعتراف اور دستخط

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ ملازم فی ہفتہ 20 یا زائد گھنٹے باقاعدگی سے کام کرتا ہے اور کم از کم 26 متواتر ہفتوں سے زیر ملازمت ہے یا ملازم فی ہفتہ 20 گھنٹے سے کم باقاعدگی سے کام کرتا ہے اور کم از کم 175 دنوں کے لیے کام کر چکا ہے۔

کوئی بھی فرد جو جان بوجھ کر اور کسی بھی انشورنس کمپنی یا کسی دوسرے فرد کو دھوکہ دینے کے ارادے سے انشورنس کے لیے درخواست دائر کرتا/کرتی ہے یا دعوے کا بیان دیتا/دیتی ہے جس میں کوئی بھی اہم غلط معلومات ہوتی ہیں، یا گمراہ کرنے کے مقصد سے، مزید حقائق سے متعلق معلومات کو چھپاتا/چھپاتی ہے، وہ انشورنس کے فراڈ کا ارتکاب کرتا/کرتی ہے، جو ایک جرم ہے، اور اس طرح کی ہر خلاف ورزی کے لیے وہ پانچ ہزار ڈالرز تک کے اور دعوے کی بیان کردہ قیمت تک کے سول جرمانے کا/کی بھی پابند ہو گا/گی۔

میں PFL کی درخواست کرنے والے ملازم کے آجر کی حیثیت سے دستخط کرنے کے لیے مجاز کردہ فرد ہوں۔ میرے دستخط سے اس بات کی تصدیق ہوتی ہے کہ میرے بہترین علم اور یقین کے مطابق، جو معلومات میں نے فراہم کی ہیں وہ سچی اور درست ہیں۔

دستخط کرنے کی تاریخ (MM/DD/YYYY)

آجر کے مجاز کردہ دستخط

/ /

منصب

بامعاوضہ خاندانی رخصت کے قانون (فارم 3-PFL) کے تحت ذاتی صحت کی معلومات کے انکشاف کی ہدایات

- اگر کوئی ملازم صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لئے بامعاوضہ خاندانی رخصت (PFL) کی درخواست کر رہا ہے تو، نگہداشت وصول کنندہ، یا کسی مجاز نمائندے کو لازماً بامعاوضہ خاندانی رخصت کے قانون کے تحت ذاتی صحت سے متعلق معلومات کے انکشاف (فارم 3-PFL) کو مکمل کرنا ہو گا اور اسے اپنی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو جمع کروانا ہو گا، اس کے ساتھ ہی صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم 4-PFL) کی ایک کاپی بھی دینی ہو گی۔
- بامعاوضہ خاندانی رخصت کے قانون (فارم 3-PFL) کے تحت صحت کی ذاتی معلومات کا انکشاف نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم 4-PFL) مکمل کرنے اور PFL مراعات کی درخواست کرنے والے ملازم پر انکشاف کرنے کے قابل بناتا ہے۔
- مکمل کرنے اور دستخط کرنے سے قبل، نگہداشت وصول کنندہ کو بامعاوضہ خاندانی رخصت کے قانون کے تحت صحت کی ذاتی معلومات کے انکشاف (فارم 3-PFL) کو پوری طرح پڑھنا ہو گا۔
- PFL کی درخواست کرنے والا ملازم PFL مراعات کا تعین کرنے کے لئے اپنے آجر کے PFL انشورنس کیریئر، یا اپنے آجر کو، اگر آجر ذاتی طور پر بیمہ شدہ ہے تو، درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم 1-PFL) اور صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی دیکھ بھال کے لئے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم 4-PFL) دونوں جمع کروانا ہے۔
- نوٹ فرمائیں: یہ فارم نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے برقرار رکھا جائے گا۔ ملازم کو نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو یہ فارم دینے سے قبل اپنے ریکارڈز کے لیے اس کی ایک کاپی کروانی چاہیے۔

نگہداشت وصول کنندہ یا مجاز نمائندہ دستخط کرتا ہے اور تاریخیں درج کرتا ہے۔

یہ فارم نگہداشت وصول کنندہ کے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم 4-PFL) کے ساتھ دیا جاتا ہے۔

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے صحت کی ذاتی معلومات کا انکشاف (جو کہ نگہداشت وصول کنندہ یا مجاز نمائندے کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے اور نگہداشت وصول کنندہ کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو فارم 4-PFL کے ساتھ جمع کروانا چاہیے)

ملازم ہر صفحے کے بالائی حصے میں اپنا نام، اور نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام اور تاریخ پیدائش درج کرتا ہے۔

فارم کے اوپری حصے میں درخواست کردہ PFL انشورنس کیریئر کا نام وہی ہوتا ہے جس کی شناخت PFL انشورنس کیریئر کی درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم 1-PFL) حصہ B لائن 13 میں کی گئی ہے۔

نگہداشت وصول کنندہ یا مجاز نمائندے پر تمام قابل اطلاق درکار معلومات مکمل کرنا لازم ہے۔

اگر کوئی نگہداشت وصول کنندہ اس فارم کو پُر کرنے سے قاصر ہے تو، ایک مجاز نمائندے کو قانونی دستاویزات کی ایک کاپی منسلک کرنی ہو گی، جیسے کہ نگہداشت صحت کی نمائندہ دستاویز یا مختار نامہ، جو نمائندے کو نگہداشت وصول کنندہ کی جانب سے دستخط کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ نگہداشت صحت کے فراہم کار کو ان تصدیقی دستاویزات کی ضرورت ہو گی ماسوائے اس کے کہ مجاز نمائندہ ایک والد/والدہ کے طور پر نابالغ بچے/بچی کی جانب سے دستخط کر رہا/رہی ہو۔

اطلاع بمطابق نیو یارک کا قانون برائے نجی رازداری کی حفاظت (قانون برائے عوامی افسران آرٹیکل 6-A) اور 1974 کا وفاقی ایکٹ برائے رازداری (5 USC 552a)۔

ورکرز کمپنیشن بورڈ (بورڈز) کا ملازمین سے ان کے سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ کے شناختی نمبر سمیت، ذاتی معلومات طلب کرنے کا اختیار، ورکرز کمپنیشن قانون کے سیکشن 142 کے تحت بورڈ کی انتظامی اتھارٹی کی جانب سے اخذ کیا گیا ہے۔ ان معلومات کو نہایت موزوں انداز میں دعووں کی تفتیش اور ان کا نظم کرنے میں بورڈ کی معاونت اور دعوے کے درست ریکارڈز برقرار رکھنے میں مدد دینے کے لیے جمع کیا جاتا ہے۔ بورڈ کو اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ شناختی نمبر مہیا کرنا رضاکارانہ ہے۔ بورڈ اپنی تحویل میں موجود تمام ذاتی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرے گا، ان کا انکشاف صرف اپنے سرکاری فرائض کی انجام دہی کے لیے اور قابل اطلاق ریاستی اور وفاقی قانون کے مطابق کرے گا۔

اسکین نہ کریں

اگر آپ کو معاونت درکار ہے تو، براہ کرم (844) 337-6303 پر کال کریں
paidfamilyleave.ny.gov

فارم 3-PFL ہدایات
صفحہ 1 از 1

درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت
بامعاوضہ خاندانی رخصت کے قانون (فارم PFL-3) کے تحت
صحت کی ذاتی معلومات کا انکشاف
ہدایات فارم کے ساتھ شامل ہیں



ملازم کی جانب سے مکمل کیا جائے
ملازم کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)
نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

/ /

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے صحت کی ذاتی معلومات کا انکشاف (جو کہ نگہداشت وصول کنندہ یا مجاز نمائندے کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے اور نگہداشت وصول کنندہ کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو فارم PFL-4 کے ساتھ جمع کروانا چاہیے)

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام
میں، اس فارم پر درج اپنی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو

ملازم کا نام
اپنی صحت کی ذاتی معلومات پر اور ان کے

PFL انشورنس کیریئر کا نام
آجر کے PFL انشورنس کیریئر پر انکشاف کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں

ریکارڈز کے انکشاف کی پابندی: یہ فارم نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو درج کردہ کے مطابق اجازت دیتا ہے کہ وہ آپ کی نگہداشت صحت کے ریکارڈز سے منسلک میڈیکل سرٹیفیکیشن میں معلومات شامل کریں۔ یہ فارم آپ کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو اس بات کی اجازت دیتا ہے کہ وہ آپ کی نگہداشت صحت کے ریکارڈز سے صرف ان معلومات کا اشتراک کریں جو آپ کی موجودہ کیفیت سے تعلق رکھتی ہوں، جو بامعاوضہ خاندانی رخصت کی مراعات کے لیے ملازم کی درخواست سے مشروط ہیں۔

قابل تسیخ انکشاف کی مدت: یہ اختیار ایک سال کے بعد ختم ہو جاتا ہے یا جب آپ انکشاف کو منسوخ کر دیں۔ آپ کسی بھی وقت اس انکشاف کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ منسوخ کرنے کے لیے، اس فارم پر درج نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو ایک خط ارسال کریں۔

یہ فارم آپ کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو درج ذیل اقسام کی معلومات کا انکشاف کرنے کی اجازت نہیں دیتا، ماسوائے اس کے کہ آپ کی جانب سے ان کے انکشاف کی بطور خاص اجازت دی گئی ہو۔ ایسی کوئی بھی معلومات، جن کا آپ کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار انکشاف کر سکتا/سکتی ہو، ان کے آگے "X" لگائیں:

HIV/AIDS سے متعلق معلومات ذہنی صحت کی معلومات الکحل/منشیات کا علاج معالجہ نفسیاتی علاج کے نوٹس

نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی معلومات (نگہداشت وصول کنندہ یا مجاز نمائندے کی جانب سے مکمل کی جائیں)

اس نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی شناخت کریں جو موجودہ طور پر آپ کو اس کیفیت کے لیے علاج فراہم کر رہا/رہی ہے جس کی بنیاد پر ملازم PFL مراعات کے لیے درخواست دے رہا ہے۔

1. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا نام

2. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا ڈاک کا پتہ

ڈاک کا پتہ

ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

زپ کوڈ

شہر، ریاست

3. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا ٹیلیفون نمبر (علاقائی یا ملکی کوڈ فراہم کریں)

فارم PFL-3 اگلے صفحے پر جاری ہے

ملازم کی جانب سے مکمل کیا جانے
ملازم کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ) / /
نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے صحت کی ذاتی معلومات کا انکشاف (جو کہ نگہداشت وصول کنندہ یا مجاز نمائندے کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے اور نگہداشت وصول کنندہ کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو فارم PFL-4 کے ساتھ جمع کروانا چاہیے) - پچھلے صفحے سے جاری ہے

فارم PFL-3 پچھلے صفحے سے جاری ہے

نگہداشت وصول کنندہ کی معلومات (نگہداشت وصول کنندہ یا مجاز نمائندے کی جانب سے مکمل کی جائیں)

4. نگہداشت وصول کنندہ کا ڈاک کا پتہ

ڈاک کا پتہ

شہر، ریاست

زپ کوڈ

ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

5. نگہداشت وصول کنندہ کا سوشل سیکیورٹی نمبر

6. نگہداشت وصول کنندہ کا ٹیلیفون نمبر (علاقائی یا ملکی کوڈ فراہم کریں)

پڑھیں اور ذیل میں دستخط کریں

پر شناخت کیے گئے ملازم کو صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت PFL-4 میں ذیل میں درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ درج کردہ نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار فارم Z میں سمجھنا/سمجھتی ہوں کہ اس طرح کی معلومات میں میری موجودہ کیفیت کی تشخیص اور جائزے، اس کے شروع ہونے کی تاریخ، اور (PFL-4 فارم) کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کردہ سرٹیفیکیشن مراعات کی درخواست کرنے والے ملازم کی جانب سے نگہداشت کا اندازہ شامل ہے۔ PFL میری موجودہ حالت کے نتیجے میں

دستخط کرنے کی تاریخ (MM/DD/YYYY)

نگہداشت وصول کنندہ کے دستخط

مجاز نمائندہ

جلی حروف میں نام لکھیں

میں، اس معاملے میں نگہداشت وصول کنندہ کی نمائندگی کرتا/کرتی ہوں جیسا کہ درج ذیل کے تحت اجازت دی گئی ہے:

ولدیتی حق مختار نامہ (نقل منسلک کریں) عدالتی حکمنامہ (نقل منسلک کریں) نگہداشت صحت کی نمائندہ دستاویز (نقل منسلک کریں)

دستخط کرنے کی تاریخ (MM/DD/YYYY)

مجاز نمائندے کے دستخط

ملازم اپنے ریکارڈز کے لیے ایک نقل محفوظ رکھیں گے۔

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم PFL-4) کی ہدایات

بامعاوضہ خاندانی رخصت (PFL) کی درخواست کرنے والے ملازم کو صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی دیکھ بھال کے لیے صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم PFL-4) بمعہ درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت (فارم PFL-1) جمع کروانی ہو گی۔

ملازم:

- ملازم صفحہ 1 کے اوپری حصے میں اپنا نام، تاریخ پیدائش، دیگر ایسے آخری نام، اگر کوئی ہوں، جن کے تحت ملازم کام کر چکا ہو، سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ کا شناختی نمبر (Taxpayer Identification Number، TIN)، ڈاک کا پتہ، اور نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام اور تاریخ پیدائش درج کرتا ہے۔
- ملازم صفحہ 2 کے اوپری حصے میں اپنا نام اور تاریخ پیدائش، اور نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام اور تاریخ پیدائش درج کرتا ہے۔
- ملازم صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم PFL-4) نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کو دیتا ہے۔

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کی جائے اور مذکورہ بالا شناخت کردہ ملازم کو واپس کی جائے)

مریض کی نگہداشت صحت کا/کی فراہم کار تمام قابل اطلاق مطلوبہ معلومات مکمل کرے گا/گی ماسوائے اس کے کہ اختیاری طور پر درج کی گئی ہوں۔

سوال 2: اختیاری ICD-10 کوڈ کی فراہمی کی تجویز دی جاتی ہے۔

مریض کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار پر مریض کی معلومات اور صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم PFL-4) کے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کے سیکشنز مکمل کرنا لازم ہے۔

نگہداشت صحت کا/کی فراہم کار دستخط کرتا/کرتی ہے اور تاریخ درج کر کے فارم PFL کی درخواست کرنے والے ملازم کو واپس دیتا/دیتی ہے۔

اگر آپ کو یقین ہے کہ مریض، PFL کی درخواست کرنے والے ملازم کی جانب سے زیادتی یا غفلت سے متاثرہ ہے، تو آپ اس سرٹیفیکیشن کی فراہمی سے انکار کر سکتے/سکتی ہیں۔

ملازم:

- جب آپ کو نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کردہ صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم PFL-4) موصول ہو جائے، تو مکمل فارمز اور معاونتی دستاویزات انشورنس کیریئر کو ارسال کریں۔

اطلاع بمطابق نیو یارک کا قانون برائے نجی رازداری کی حفاظت (قانون برائے عوامی افسران آرٹیکل A-6) اور 1974 کا وفاقی ایکٹ برائے رازداری (5 USC 552a)۔

ورکرز کمپنیشن بورڈ (بورڈ) کا ملازمین سے ان کے سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ کے شناختی نمبر سمیت، ذاتی معلومات طلب کرنے کا اختیار، ورکرز کمپنیشن قانون کے سیکشن 142 کے تحت بورڈ کی انتظامی اتھارٹی کی جانب سے اخذ کیا گیا ہے۔ ان معلومات کو نہایت موزوں انداز میں دعوؤں کی تفتیش اور ان کا نظم کرنے میں بورڈ کی معاونت اور دعوے کے درست ریکارڈز برقرار رکھنے میں مدد دینے کے لیے جمع کیا جاتا ہے۔ بورڈ کو اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر یا ٹیکس دہندہ شناختی نمبر مہیا کرنا رضاکارانہ ہے۔ بورڈ اپنی تحویل میں موجود تمام ذاتی معلومات کی رازداری کی حفاظت کرے گا، ان کا انکشاف صرف اپنے سرکاری فرائض کی انجام دہی کے لیے اور قابل اطلاق ریاستی اور وفاقی قانون کے مطابق کرے گا۔

اسکین نہ کریں

اگر آپ کو معاونت درکار ہے تو، براہ کرم 337-6303 (844) پر کال کریں
paidfamilyleave.ny.gov

فارم PFL-4 کی ہدایات
صفحہ 1 از 1

درخواست برائے بامعاوضہ خاندانی رخصت
صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت
صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (فارم PFL-4)
ہدایات فارم کے ساتھ شامل ہیں

ملازم کی جانب سے مکمل کیا جائے

ملازم کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

ملازم کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

/ /

ملازم کا سوشل سیکیورٹی نمبر یا TIN

دیگر ایسے آخری نام، اگر کوئی ہوں، جن کے تحت ملازم کام کر چکا ہے

- -

ملازم کا ڈاک کا پتہ

ڈاک کا پتہ

ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

زپ کوڈ

شہر، ریاست

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

/ /

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کی جائے اور مذکورہ بالا شناخت کردہ ملازم کو واپس کی جائے)

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی معلومات (نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کی جائیں)

1. کیا مریض کو بامعاوضہ خاندانی رخصت (PFL) کی درخواست کرنے والے ملازم کی جانب سے نگہداشت درکار ہے؟

جی ہاں جی نہیں (نہ ہونے کی صورت میں "نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی معلومات پر جائیں۔")

نوٹ فرمائیں: اس سیکشن کے مقاصد کے لیے، "نگہداشت کی فراہمی" میں ضروری جسمانی نگہداشت، جذباتی معاونت، ملاقات بغرض معائنہ، علاج میں معاونت، نقل و حمل، نگہداشت میں تبدیلی کا انتظام کرنا، روزمرہ کے ضروری معمولات زندگی میں مدد دینا، اور ذاتی خدمت گار کی خدمات شامل ہیں۔

2. پرانمری ICD-10 کوڈ (اختیاری)

3. تشخیص

4. مریض کی بیماری شروع ہونے کی تاریخ (MM/DD/YYYY)

/ /

5. مریض کو جب نگہداشت درکار ہو تو اس کی پہلی تاریخ (MM/DD/YYYY)

/ /

6. مریض کو جب مزید نگہداشت درکار نہیں ہو گی، تو اس کی متوقع تاریخ (MM/DD/YYYY)

/ /

7. مریض کو جب نگہداشت درکار ہو گی تو اس کی فی ہفتہ دنوں یا فی مہینہ دنوں کی اندازاً تعداد

دن/ہفتہ

یا دن/مہینہ

نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی معلومات (نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کی جائیں)

8. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا نام

فارم PFL-4 اگلے صفحے پر جاری ہے

ملازم کی جانب سے مکمل کیا جائے

ملازم کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

ملازم کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

/ /

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی تاریخ پیدائش (MM/DD/YYYY)

نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کا نام (نام کا پہلا حصہ، نام کا درمیانی حصہ، نام کا آخری حصہ)

/ /

صحت کی سنگین کیفیت میں مبتلا فرد خانہ کی نگہداشت کے لیے نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی سرٹیفیکیشن (نگہداشت وصول کنندہ (مریض) کی نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی جانب سے مکمل کی جائے اور مذکورہ بالا شناخت کردہ ملازم کو واپس کی جائے) - پچھلے صفحے سے جاری ہے

فارم PFL-4 پچھلے صفحے سے جاری ہے

9. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کی قسم

<input type="checkbox"/> میڈیکل ڈاکٹر (MD)	<input type="checkbox"/> ڈیپٹسٹ (DDS/DDM)	<input type="checkbox"/> لائسنس یافتہ سماجی کارکن (LMSW/LCSW)
<input type="checkbox"/> ڈاکٹر آف اوسٹیوپیتھی (DO)	<input type="checkbox"/> معاون معالج (Physician Assistant, PA)	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم واضح کریں)
<input type="checkbox"/> ڈاکٹر برائے پوڈیاٹرک میڈیسن (DPM)	<input type="checkbox"/> نرس پریگٹنر (NP)	
<input type="checkbox"/> ڈاکٹر آف کیروپریکٹس میڈیسن (DC)	<input type="checkbox"/> لائسنس یافتہ ماہر نفسیات	

10. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا ڈاک کا پتہ

ڈاک کا پتہ
شہر، ریاست
زپ کوڈ
ملک (اگر U.S.A. نہیں ہے)

11. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا ٹیلیفون نمبر (علاقائی یا ملکی کوڈ فراہم کریں)

12. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا فیکس نمبر (علاقائی یا ملکی کوڈ فراہم کریں)

13. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا ای میل ایڈریس (اگر دستیاب ہو)

14. (اگر U.S.A. نہیں ہے تو وہ) ریاست یا ملک جس میں نگہداشت صحت کا/کی فراہم کار پریکٹس کرنے کے لیے لائسنس یافتہ ہے

15. مہارت

16. نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کا لائسنس نمبر

سرٹیفیکیشن اور دستخط

کوئی بھی فرد جو جان بوجھ کر اور کسی بھی انشورنس کمپنی یا کسی دوسرے فرد کو دھوکہ دینے کے ارادے سے انشورنس کے لیے درخواست دائر کرتا/کرتی ہے یا دعوے کا بیان دیتا/دیتی ہے جس میں کوئی بھی اہم غلط معلومات ہوتی ہیں، یا گمراہ کرنے کے مقصد سے، مزید حقائق سے متعلق معلومات کو چھپاتا/چھپاتی ہے، وہ انشورنس کے فراڈ کا ارتکاب کرتا/کرتی ہے، جو ایک جرم ہے، اور اس طرح کی ہر خلاف ورزی کے لیے وہ پانچ ہزار ڈالرز تک کے اور دعوے کی بیان کردہ قیمت تک کے سول جرمانے کا/کی بھی پابند ہو گا/گی۔

میرے دستخط سے اس بات کی تصدیق ہوتی ہے کہ جو معلومات میں نے اس فارم میں فراہم کی ہیں، وہ میرے لائسنس یافتہ دائرہ عمل کے اندر پیشہ ورانہ جائزے پر مبنی ہیں۔

دستخط کرنے کی تاریخ (MM/DD/YYYY)

نگہداشت صحت کے/کی فراہم کار کے دستخط

/ /