



您的严重健康状况证明

您必须在提交申请之前通知您的雇主。一旦您通知您的雇主,家庭和医疗休假部 (DFML) 将审查您的申请,以确定您是否有资格享受福利。申请休假的员工和医疗保健提供者都必须填写此表格的一部分。此表格将与 DFML、您的雇主、雇主附属机构和州合作伙伴共享。

需要此表格。

✓ 经医疗保健提供者证明,由于您自身的严重健康状况或由于怀孕或产后恢复而导致您无法工作而请病假。

FamilyLeaveto 不需要此表格。

✗ 照顾患有严重健康状况的家庭成员,包括因服兵役而患有严重健康状况的家庭成员。

✗ 与孩子的关系在家庭成员出现以下情况后 12 个月内管理事务: 出生、收养或促进积极的服务护理安置。的成员。

如何使用此表格

员工

1. 填写第 1 部分,告诉我们您请假的原因。
2. 在第 4-6 页上打印您的名字
3. 将表格的全部 6 页交给为您治疗的医疗保健提供者。医疗保健提供者将填写第 2-4 部分并将表格返回给您。

如果没有医疗保健提供者的证明,福利将被延迟或拒绝。

4. 在 Mass.gov/paidleave-apply 申请休假。当您申请时您将需要完整填写的表格。一些申请中的问题将参考表格。
5. 将完整填写的表格上传到您的付费帐户
请访问 Mass.gov/paidleave-apply 留下帐户。您可以需要为您的表格拍照或扫描以上传。
如果您无法上传表格,请传真
致电 (617)-855-6180 联系我们,或致电我们的联系中心:
(833)-344-7365。

+医疗保健提供者 (HCP)

1. 查看第 2 页,了解关键术语的定义。
2. 完成第 2-4 部分以证明患者的严重性健康状况。
3. 在第 6 页的表格上签名并注明日期,以证明提供的信息。
4. 将完整表格返还给患者
信息是 inSection



一个的定义 关键术语

·员工

+医疗保健提供者

填写表格时请参阅此页面。

严重健康状况的定义

严重的健康状况可能包括疾病、受伤、损伤或身体或精神状况至少涉及以下一项两个条件：

1. 至少在医院、临终关怀医院或住宅医疗机构接受一晚住院护理
2. 医疗保健提供者的继续治疗住院护理在医院、临终关怀医院或住宅医疗机构过夜,包括任何丧失工作能力的时期,或与此类住院护理相关的任何后续治疗。

继续治疗符合以下任何描述的病症的治疗: A.无法工作超过连续三个完整日历日

这也需要就诊。您的患者的首次就诊必须在丧失工作能力后 7 天内进行。还包括远程医疗预约。这些就诊必须符合以下两种模式之一: 患者无法工作后 30 天内进行两次或多次就诊

(除非在这个时间范围内不可能预约两次)。

一次此类就诊 (不包括常规体检、眼科或牙科检查)以及在提供者的监督或处方下的护理或药物治疗方案,例如门诊手术或链球菌性咽喉炎。

B.由于怀孕或产前护理而导致的任何丧失能力。

C.因慢性病而导致的任何丧失能力,该病是:
·需要定期就诊, 持续较长时间,以及

·可能会导致间歇性丧失工作能力而需要休假,例如哮喘或偏头痛。

D.由于可能对治疗无反应的永久性 or 长期病症而导致的任何丧失能力,例如阿尔茨海默病或晚期阶段癌症。

E.因以下任一情况而没有接受多种治疗,加上任何恢复时间: 事故或受伤后的恢复性手术,例如关节置换术

或重建。

·会导致连续三天以上的症状
如果患者没有接受治疗 (例如化疗),就会丧失工作能力治疗。

无能力由于严重的健康状况而无法履行工作职能。对于失业申请人来说,这意味着无法履行其最近职位或其他合适工作的职能。

医疗保健提供者的定义

医疗服务提供方:
获得从事医学、外科、牙科、脊椎按摩治疗、足病治疗、助产或整骨治疗的州、联邦或领地许可的个人;

A.足病医生、牙医、临床心理学家、验光师和
脊椎按摩师 (仅限于手动操作脊柱以纠正 X 射线证实存在的半脱位的治疗);

被授权在一个州执业并在该州、联邦或领地法律规定的执业范围内执业;

B.执业护士、助产士、临床社会工作者和
根据州法律授权执业的医师助理,以及
属于中华人民共和国法律规定的执业范围内的人
该州、联邦或领土;

C.基督教科学从业者协会被列入基督第一教会名单,
马萨诸塞州波士顿的科学家;

D.上述所列医疗保健提供者在美国以外的国家执业,并根据以下规定获得授权执业

该国的法律,以及谁属于所定义的执业范围内
根据这样的法律。

1 员工申请带薪病假。

说明 使用您自己的信息填写此部分。
DFML 将使用第 1 部分将此认证与您申请的其余部分相匹配

1 您的姓名：

第一的：

最后的：

2 (如果不同)您在驾驶执照或 W-2 等官方文件上显示的姓名：

第一的：

中间：

最后的：

3 电话号码： | | | | | - | | | | | - | | | | |

4 出生日期： | | | | | / | | | | | / | | | | |
mm dd yyyy

5 您的社会保障号或个人纳税人 ID 号 (ITIN) 的最后 4 位数字： | | | | |

6 职业：

员工

在剩余页面的顶部写下您的名字。
然后将此表格交给您的医疗保健提供者以完成第 2-4 部分

·员工您的姓名: _____

+医疗保健提供者

说明以下问题是关于某种情况的频率或持续时间。

3 预计休假请勾选所有适用于患者病情的选项,但您必须提供对休假时间的最佳估计 细节

13

连续休假:由于病情,患者将/将连续一段时间丧失工作能力
(完全无法连续、不间断地工作)。

请提供您对丧失工作能力期间的开始日期 (yyyy) 的最佳估 _____ (月/日/年)和结束日期 _____ (月/日/年)。

请勿使用“未知”或“TBD”等术语,因为这可能会导致表格延迟和修改。

14

减少休假:由于病情的原因,患者有必要减少但一致的工作时间。

请提供您在减少休假期间患者每周应休假的最佳估计时间。从

_____ (月/日/年) 至 _____ (月/日/年) 患者无法工作:(例如,每天 5 小时,最多每周 25 小时)_____。

请勿使用“未知”或“TBD”等术语,因为这可能会导致表格延迟和修改。

15

间歇性休假:由于病情的原因,患者间歇性缺勤(多次休假,可能是不规则或意外的)在医学上是必要的。提供您的最佳估计
丧失工作能力可能持续的频率(频率)和持续时间(持续时间)。

从大约 _____ (月/日/年)到 _____ (月/日/年)(在接下来的 6 个月内),

预计会出现丧失工作能力的情况 _____ 每(天/周/月)次并且可能持续大约

每集 _____ (小时/天)。

请勿使用“未知”或“TBD”等术语,因为这可能会导致表格延迟和修改。

