



认证的您的严重的健康状况

您需要在提交申请之前通知您的雇主。一旦您通知了雇主，家庭和医疗假 (DFML) 将审核您的申请以确定您是否有资格获得福利。申请假期的员工和一名医疗保健提供者必须完成此表格的一部分。申请休假和医疗保健提供者必须完成此表格的一部分。此表格将被共享与DFML、您的雇主，雇主附属机构和州合作伙伴。

此表格是申请...

✓ 医疗假期由于您的自身的严重健康状况或因怀孕或产后恢复导致您无法工作，经过医疗保健提供者认证。

此表格是不适用于家庭假期...

✗ 照顾有严重健康状况包括一个有严重健康问题的家庭成员与军事服务相关的状况。

✗ 与孩子建立联系在之后的12个月内出生、收养或寄养照顾安置。

✗ 管理事务为家庭成员是现役成员。

如何使用此表格

员工

1. 完成第1部分以告知我们您申请的原因请假。
2. 在上面打印您的姓名页面4-6. ☒
3. 给所有6页面将表格的所有页面交给医疗保健提供者正在治疗您的医疗保健提供者将完成第2-4部分并将表格退还给您。没有认证，福利将被延迟或拒绝来自医疗保健提供者。
4. 在申请假期时，[Mass.gov/paidleave-apply](https://mass.gov/paidleave-apply). 当您申请时，您需要此完整填写的表格。一些申请中的问题将涉及该表格。
5. 上传完整填写的表格到您的带薪假期账户在[Mass.gov/paidleave-apply](https://mass.gov/paidleave-apply). 您可能需要拍照或扫描您的表格以进行上传。如果您没有上传表格的方法，请将其传真给我们发传真至(617)-855-6180, 或拨打我们的联系中心电话(833)-344-7365. ☒

+医疗保健提供者 (HCP)

1. 审查第2页以获取关键术语的定义。
2. 完成第2-4部分以证明患者的严重健康状况。
3. 在上面签名并注明日期第6页以证明提供的信息。
4. 退回完整表格给患者，信息在第1部分。



A 定义的 关键术语

员工**+ 医疗服务提供者**

请参考此页面 在填写表格时。

严重健康状况的定义

严重健康状况可能包括疾病、伤害、损伤或身体或心理状况，涉及以下至少一种情况两种情况：

1. 在医院、临终关怀或住院医疗机构至少住院一晚
医疗设施
2. 由医疗服务提供者持续治疗
住院护理
在医院、临终关怀或住院医疗护理的过夜住宿
设施，包括任何失能期，或任何后续治疗，
与此类住院护理相关。

持续治疗

适用于以下任何描述的状况的治疗：

- A. 因失能而无法工作超过连续三天的情况
并且需要就医。您的患者的第一次就诊必须在
失能开始后的七天内。远程医疗预约也
包括在内。这些就医必须符合以下两种情况之一：
模式：
 - 在患者失能后的30天内进行两次或更多次就医
(除非在此时间段内无法预约两次)。
 - 一次这样的就医——不包括常规体检、眼科或牙科检查——加上
在提供者监督下的护理或药物方案，或
处方，例如，门诊手术或链球菌性咽喉炎。

- B. 因怀孕或产前护理导致的任何失能。
- C. 因慢性病导致的任何失能，慢性病是指：
 - 需要定期就医，
 - 持续一段较长时间，并且
 - 可能导致需要请假的间歇性失能，例如，
哮喘或偏头痛。
- D. 因永久性或长期性疾病导致的任何失能，可能不会
对治疗无反应，例如，阿尔茨海默病或癌症晚期。
癌症。
- E. 因接受多次治疗而缺席，以及任何恢复时间，
以下任一项：
 - 事故或受伤后的修复手术，例如，关节置换
或重建。
 - 一种如果不接受治疗将导致超过三天连续失能的情况，
如果患者未接受治疗，例如，化疗。
治疗。

失能

因严重健康状况而无法履行工作职能。
健康状况。对于失业申请者，这意味着无法
履行其最近职位或其他合适的职能，
就业。

医疗服务提供者的定义

医疗服务提供者：

在其执业的州、联邦或地区获得许可的个人，
该个人从事医学、外科、牙科、脊椎按摩、足病学、
助产或整骨，并包括以下内容：

- A. 足病医生、牙医、临床心理学家、验光师，以及
脊椎按摩师（限于手动操作的治疗，
以纠正X光显示存在的半脱位的脊柱）
在某州获得执业资格，并在其执业范围内，
根据该州、联邦或地区的法律定义；
- B. 护士执业者、助产护士、临床社会工作者和
获得州法律授权的医师助理，
并在根据该州的法律定义的执业范围内，
该州、联邦或地区；

- C. 在马萨诸塞州波士顿的基督教科学教会注册的基督教科学从业者；
马萨诸塞州波士顿的科学家；
- D. 上述在美国以外的国家执业的医疗服务提供者，
获得根据该国法律执业的授权，
并在根据该法律定义的执业范围内。
在该法律下。

1 员工申请中 用于带薪医疗假期

说明 请用您自己的信息。
DFML 将使用第 1 节将此证明与您申请的其余部分匹配用于带薪假期。

1 您的姓名：

名： _____ 姓： _____

2 (如有不同) 您在官方文件上 (如驾照或 W-2) 上的姓名：

名： _____ 中间名： _____ 姓： _____

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

4 出生日期： |__|__|__|月|__|__|日| / |__|__|__|月|__|__|日| / |__|__|__|年|__|__|年|__|__|年|__|__|年|

5 您的社会安全号码或个人纳税人识别号 (ITIN) 的最后 4 位数字： |__|__|__|__|

6 职业： _____



在其余页面的顶部写下您的姓名。
之后，将此表格交给您的医疗保健提供者填写第 2-4 节。

员工

您的姓名: _____

+医疗服务提供者

医疗服务提供者对严重健康状况的证明

2 患者的严重的健康状况

说明 此表格应由员工的医疗服务提供者填写提供者。为了使员工有资格获得带薪假，患者必须有一个严重的健康状况。请完整回答所有问题。

7 以下哪些适用于患者的严重健康状况？请勾选所有适用项；这包括心理健康。

需要，或曾需要住院护理。

是慢性的，需要在每年至少两次，并可能需要定期缺勤。

使患者失去能力或将使其失去能力
患者超过三连续完整的日历天，并且(选择一个)

是长期的，并需要持续的医疗监督，无论是否有积极治疗。

需要两次或更多次医疗在30天内就诊。

需要多次治疗并将导致失能期没有治疗。

或

需要一次医疗就诊，加上护理方案。

以上均不适用。

如果没有适用项，患者不符合PFML资格。

8 提供有关患者严重健康状况的适当医疗事实（例如，症状，处方，评估或治疗的转诊）:

9 说明患者因严重健康状况无法执行的至少一项基本工作职能（例如，像坐在电脑前、进行体力劳动、做决定或完全工作的具体任务）

10 这个严重健康状况是与工作相关的伤害吗？

是的 不

患者的严重健康状况与怀孕或恢复有关吗？从分娩开始？

是的 不 如果是，患者需要多少时间？

• The patient will need approximately 怀孕或的周数 prenatal care.

• The patient will need approximately 恢复的周数 分娩或产后护理。

因怀孕、产前护理或产后恢复必须符合严重健康状况的定义。

请假不会影响患者的能力 请假与孩子建立联系，前提是 **请假周数不超过** 在一个福利年度内超过26周的上限。那里不需要表格来请家庭假 **与孩子- 只需出生证明。了解更多。**

12 预产期是什么时候:

员工 您的姓名: _____

+医疗服务提供者

3 估算请假 详细信息

说明 以下问题是关于病情的频率或持续时间的。检查所有适用于患者状况的选项，但您必须提供您的最佳估计的开始和结束日期及持续时间 基于您的医学知识、经验和对患者的检查。

13 连续请假: 由于病情，患者在一段连续的时间内将失去工作能力（完全无法连续工作，且没有中断的天数）。

提供您的 最佳估计开始日期 _____ (mm/dd/yyyy) 和结束日期 _____ (mm/dd/yyyy) 以说明失能期间。

请勿使用诸如 “未知” 或 “待定” 因为这可能导致表格的延误和修订。

14 减少请假: 由于病情，患者需要以减少但一致的方式工作
时间表。

提供您的 最佳估计的 患者的小时数应请假 在减少请假时间表期间每周.
_____ (mm/dd/yyyy) 到 _____ (mm/dd/yyyy) 患者是 不 能够工作: (例如, 5小时/天, 最多
每周25小时) _____

请勿使用诸如 “未知” 或 “待定” 因为这可能导致表格的延误和修订。

15 间歇性请假: 由于病情，患者需要以间歇性方式缺勤（多次请假，可能是不规律或意外的）。提供您的最佳估计关于失能事件的发生频率和持续时间的估计。

大约从 _____ (mm/dd/yyyy) 到 _____ (mm/dd/yyyy) (在接下来的6个月内), 失能事件
预计每 (_____ 次发生失能事件 天 / 周 / 月) 并且可能持续大约
_____ (小时 / 天) 每次事件。

请勿使用诸如 “未知” 或 “待定” 因为这可能导致表格的延误和修订。

员工

您的姓名: _____

医疗服务提供者

4 提供者的认证 & 信息

说明 签名并注明日期以同意此声明。提供相关的有关您执业或商业的许可和联系信息。在返回表格前，请审查第3-6页。



我证明此表格中提供的信息真实且正确，我已检查患者并尽我所能准确回答问题，并且我是一名医疗服务提供者有权证明他们的状况。

见第2页有关医疗服务提供者的定义。

16 签名: _____

日期: | m | m | / | d | d | / | y | y | y | y |

17 打印姓名和职称:

姓名: _____

职称: _____

18 执业证书/许可证号码: _____

州/国家: _____

注意 该表格将不被接受，除非提供许可证号码。

19 执业领域或医学专业: _____

20 您执业或商业的名称: _____

21 地址: _____

22 办公室电话: . | | | | - | | | | - | | | |

23 办公室传真: | | | | - | | | | - | | | | (可选)

+医疗服务提供者

完成并签署认证后，将其返回给您的患者。患者将提交此信息供DFML及其雇主审核。