



Certificação de O seu Família do Membro Sério Saúde Condição

É necessário notificar o seu empregador antes de submeter um pedido de Licença Familiar e Médica Remunerada (PFML). Uma vez que você tenha notificado o seu empregador, o Departamento de Licença Familiar e Médica (DFML) irá rever o seu pedido para determinar a sua elegibilidade para benefícios. Tanto o empregado que está a solicitar a licença como um prestador de cuidados de saúde devem completar uma parte deste formulário. [Este formulário será partilhado com o DFML, o seu empregador, afiliados do empregador e parceiros estaduais.](#)

Este formulário é necessário para...

✓ Licença para cuidar de um familiar membro com uma condição de saúde grave **condição** incluindo um membro da família com uma condição de saúde grave relacionado ao serviço militar.

Este formulário é não necessário para...

✗ Licença médica devido ao seu própria condição de saúde grave ou condições devido à gravidez ou pós-recuperação do parto que o impede de trabalhar, conforme certificado por um prestador de cuidados de saúde prestador.

✗ Licença familiar para vínculo com uma criança 12 meses após o nascimento, adoção, ou acolhimento colocação.

✗ Licença de serviço ativo para gerir assuntos familiares que estão relacionadas a serviço de alguém nas forças armadas.

Como usar este formulário

• Empregado

1. Complete **Secções 1 e 2** para nos contar sobre você e o membro da família que você precisa cuidar.
2. Escreva o seu nome no topo de **Páginas 5-7**.
3. **Dê todas 7 páginas** do formulário ao prestador de cuidados de saúde quem está a tratar do seu membro da família.
4. O prestador de cuidados de saúde deve completar **Secções 3-5** e devolver o formulário a você. Os benefícios serão atrasados ou negados sem certificação de um prestador de cuidados de saúde prestador.
5. Solicite licença em [Mass.gov/paidleave-apply](https://mass.gov/paidleave-apply). Tenha este **formulário completo** com você quando você se inscrever. Algumas perguntas no pedido referem-se a este formulário.
6. Carregue o **formulário completo** para a sua licença remunerada conta em [Mass.gov/paidleave-apply](https://mass.gov/paidleave-apply). Você pode tirar uma foto do seu formulário ou escaneá-lo para carregá-lo. Se você não conseguir carregar o formulário, envie-nos por fax para (617)-855-6180, ou ligue para o nosso Centro de Contato em (833)-344-7365.

+ Prestador de cuidados de saúde (HCP)

1. Rever **Página 2** para definições de termos-chave.
2. Complete **Secções 3-5** para certificar a condição grave do paciente condição de saúde.
3. Certifique-se de que o paciente forneceu autorização para partilhar informações médicas com o empregado.
4. Assine e devolve o **formulário completo** ao empregado cuja informação está em **Secção 1**.

A Definições de chave termos

+Prestador de cuidados de saúde

Consulte esta página enquanto preenche o formulário.

Definição de uma condição de saúde grave

Uma condição de saúde grave pode incluir uma doença, lesão, deficiência ou condição física ou mental que envolve pelo menos uma das seguintes duas condições:

1. Pelo menos uma noite de cuidados hospitalares em um hospital, casa de cuidados ou residência instalação médica
2. Tratamento contínuo por um prestador de cuidados de saúde

Cuidados hospitalares

Uma estadia noturna em um hospital, casa de cuidados ou cuidados médicos residenciais instalação, incluindo qualquer período de incapacidade, ou qualquer tratamento subsequente em conexão com tais cuidados hospitalares.

Tratamento contínuo

Tratamento contínuo por um prestador de cuidados de saúde (mais exemplos de condições). Tratamento para uma condição que se encaixa em qualquer um dos seguintes descrições:

- A. Qualquer incapacidade para trabalhar por mais de três dias consecutivos completos de calendário dias que também requerem visitas médicas. A primeira visita do paciente deve ser dentro de sete dias a partir do início da incapacidade. As consultas de telemedicina estão também incluídas. Estas visitas médicas devem atender a um dos seguintes dois padrões:
- B. Duas ou mais visitas dentro de 30 dias da incapacidade de um paciente para trabalhar (a menos que seja impossível marcar duas consultas neste período de tempo).
- C. Uma dessas visitas—excluindo um exame físico de rotina, exame ocular ou dentário—mais um regime de cuidados ou medicação sob a supervisão do prestador ou prescrição, por exemplo, cirurgia ambulatorial ou faringite estreptocócica.

- B. Qualquer incapacidade devido à gravidez ou cuidados pré-natais.
- C. Qualquer incapacidade devido a uma condição crônica, que é uma condição que:
- D. Requer visitas médicas periódicas,
- E. Continua por um período prolongado de tempo, e
- F. Pode causar períodos episódicos de incapacidade que requerem licença, por exemplo, asma ou dores de cabeça de enxaqueca.
- D. Qualquer incapacidade devido a uma condição permanente ou de longo prazo que pode não responder ao tratamento, por exemplo, doença de Alzheimer ou estágios terminais de câncer.
- E. Qualquer ausência para receber múltiplos tratamentos, além de qualquer tempo de recuperação, para qualquer um dos seguintes:
 - Cirurgia restauradora após um acidente ou lesão, por exemplo, substituições articulares ou reconstrução.
 - Uma condição que levaria a mais de três dias consecutivos de incapacidade se o paciente não recebesse tratamento, por exemplo, tratamentos de quimioterapia.

Incapacidade

Uma incapacidade de realizar as funções do próprio trabalho devido à grave condição de saúde. Para candidatos desempregados, significa uma incapacidade de realizar as funções de sua posição mais recente ou outro emprego adequado.

emprego.

Definição de um prestador de cuidados de saúde

Prestador de Cuidados de Saúde:

Um indivíduo licenciado pelo estado, comum ou território em que o indivíduo pratica medicina, cirurgia, odontologia, quiropraxia, podologia, obstetrícia ou osteopatia, e incluindo o seguinte:

- A. Podiatras, dentistas, psicólogos clínicos, optometristas, e quiropraxistas (limitados a tratamento consistindo de manipulação manual da coluna para corrigir uma subluxação conforme demonstrado por raio-X para existir) autorizados a praticar em um estado e dentro do escopo de sua prática conforme definido pela lei daquele estado, comum ou território;
- B. Enfermeiros praticantes, enfermeiras obstétricas, assistentes sociais clínicos e assistentes médicos que estão autorizados a praticar sob a lei do Estado e que estão dentro do escopo de sua prática conforme definido pela lei de aquele estado, comum ou território;
- C. Praticantes de Ciência Cristã listados na Primeira Igreja de Cristo, Cientista em Boston, Massachusetts;
- D. Um prestador de cuidados de saúde listado acima que pratica em um país diferente de os Estados Unidos, que está autorizado a praticar de acordo com a lei daquele país, e que está dentro do escopo de prática conforme definido sob tal lei.

1 Empregado A solicitar para Família Cuidado Licença

Instruções Completar **Secção 1** com o seu informação própria.

1 O seu nome:

Primeiro:

Último:

2 (Se diferente) O seu nome como aparece em documentos oficiais como a carta de condução ou W-2:

Primeiro:

Do meio:

Último:

3 Telefone #: |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|

4 Data de nascimento: |^m|^m|_|/|^d|^d|_|/|^y|^y|^y|^y|_|

5 Últimos 4 dígitos do seu Número de Segurança Social ou Número de Identificação do Contribuinte Individual (ITIN):

|_|_|_|_|

6 Por que está a solicitar licença?

- Para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave
- Para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave relacionada com o serviço militar

Se está a solicitar para si mesmo condição de saúde grave, este não é o formulário correto. Você precisa do [Certificação da Sua Grave Condição de Saúde](#).

7 Ocupação:

2 Família membro informação

Instruções Complete a **Secção 2** com a sua família informação do membroDFML precisa saber a sua relação com o paciente para certificar a elegibilidade para licença.

8 O familiar que está a passar por uma condição de saúde grave é meu:

- Filho
- Cônjuge ou parceiro doméstico
- Pai, ou tutor que atuou legalmente como meu pai quando eu era criança
- Pai do meu cônjuge ou parceiro doméstico
- Irmão
- Neto
- Avô

Para definições mais detalhadas de quais membros da família se enquadram em cada uma dessas categorias veja www.mass.gov/family-caring-licença-relacionamentos

9 Nome do familiar:

Primeiro:

Último:

- 10 Nome do familiar conforme aparece em documentos oficiais, como a carta de condução licença ou documentos de seguro (se diferente):

Primeiro:

Do meio:

Último:

- 11 Endereço do familiar:

Rua:

Linha de endereço 2:

Cidade:

Estado: |__|__| Código Postal |__|__|__|__|__|__| País:

Onde o seu familiar reside não afeta a sua elegibilidade. Você pode tirar licença familiar remunerada para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave, não importa onde eles estejam.

- 12 Data de nascimento do familiar:

|_m_|_m_| / |_d_|_d_| / |_a_|_a_|_a_|_a_|

- 13 Autorização:



Autorizo o Departamento de Licença Familiar e Médica (DFML) a usar as informações neste formulário para determinar a minha elegibilidade para Licença Familiar e Médica Remunerada. Atesto que estou a solicitar licença remunerada para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave, e concordo que o DFML pode compartilhar esta informação com meu empregador e afiliados do empregador, com o propósito de apoiar minha solicitação de licença.

Certifico que tenho a autorização do familiar acima mencionado para fornecer as informações contidas nesta certificação ao Departamento para fins de determinar minha elegibilidade para licença familiar remunerada.

•Funcionário

Assinatura:

|_m_|_m_| / |_d_|_d_| / |_a_|_a_|_a_|_a_|

•Funcionário

Escreva seu nome no topo das páginas restantes.

Depois, entregue este formulário ao prestador de cuidados de saúde do seu familiar para completar [Seções 3-5](#).

• Funcionário

Funcionário a solicitar licença:

+Prestador de cuidados de saúde

Certificação do Prestador de Cuidados de Saúde de uma Condição de Saúde Grave

3 Família do Membro Grave Saúde Condição

Instruções Este formulário deve ser preenchido por o prestador de cuidados de saúde de o paciente. O paciente é o familiar do funcionário. O paciente deve ter uma condição de saúde grave para que o funcionário se qualifique para licença remunerada para cuidar deles. Responda a todas as perguntas de forma completa e detalhada.

14 Qual das seguintes se aplica a a condição de saúde grave do paciente? Marque todas as que se aplicam; isto inclui saúde mental.

Requer, ou requereu cuidados hospitalares.

É crónica, requer tratamentos pelo menos duas vezes por ano, e pode requerer faltas periódicas.

Incapacitou ou irá incapacitar o paciente por mais de três dias consecutivos completos,  (escolha um)

É de longo prazo e requer supervisão médica, com ou sem tratamento ativo.

Requer duas ou mais consultas médicas dentro de 30 dias.

Requer múltiplos tratamentos e poderia levar a um período de incapacidade sem tratamento.

OU

Requer uma consulta médica, mais um regime de cuidados.

Nenhuma das anteriores.

Se nenhuma se aplicar ao paciente, o funcionário não é elegível para PFML.

15 Esta condição de saúde está relacionada com o serviço militar do paciente?

Sim Não

16 Descreva os factos médicos relevantes e as informações apropriadas relacionadas com a condição para a qual o paciente precisa de cuidados.

Os factos médicos podem incluir sintomas, prescrições, ou encaminhamentos para avaliação ou tratamento.

17 O funcionário será obrigado a tirar tempo de trabalho para cuidar do paciente?

Sim Não

18 Descreva os tipos de cuidados relacionados com a condição do paciente que o funcionário irá fornecer.

Exemplos de cuidados podem incluir fornecer necessidades médicas, higiénicas, nutricionais ou de segurança que o paciente não consegue realizar por si mesmo, por exemplo, transporte para o médico.

•Funcionário  Funcionário a solicitar licença:

4 Estimativa Licença Detalhes

Instruções As seguintes perguntas dizem respeito à frequência ou duração de uma condição. Marque todas as que se aplicam à condição do paciente, mas deve fornecer a sua melhor estimativa das datas de início e fim e da duração com base na sua conhecimento médico, experiência e exame do paciente.

- 19 **Licença Contínua:** Due to the condition, the patient is/will be incapacitated and will need care from the employee por um período contínuo de tempo (o funcionário está completamente incapaz de trabalhar durante dias consecutivos e ininterruptos).

Forneça a sua melhor estimativa da data de início _____ (dd/mm/aaaa) e da data de fim _____ (dd/mm/yyyy) for the period of incapacity.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

- 20 **Reduced Leave:** Due to the patient's condition, it is medically necessary for the employee to work a reduced but consistent schedule.

Forneça a sua melhor estimativa of hours that the employee should take off per week during the reduced leave

schedule. From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy) the employee is not able to work: (e.g., 5 hours/day, up to 25 hours a week) _____.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

- 21 **Intermittent Leave:** Due to the condition, it is medically necessary for the employee to be absent from work on an intermittent basis to care for the patient (multiple episodes of time off, which may be irregular or unexpected). Provide your melhor estimativa of how often (frequency) and how long (duration) the episodes of incapacity will likely last.

From roughly _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy), (over the next 6 months), episodes of incapacity are estimated to occur _____ times per (day/ week/ month) and are likely to last approximately _____ (hours/ days) per episode.

Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.

• Funcionário

Funcionário a solicitar licença:

5 do Prestador Certificação & Informação

Instruções Assine e coloque a data para concordar com esta declaração. Forneça o relevante informações de licenciamento e contato sobre a sua prática ou negócio. Antes de devolver o formulário ao funcionário, revise para ter certeza de que o assinou.



Certifico que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e corretas, que examinei o paciente e respondi às perguntas com precisão e da melhor forma possível, e que sou um prestador de cuidados de saúde autorizado a certificar a sua condição.

Veja [página 2](#) para a definição de um prestador de cuidados de saúde.

22 Assinatura: _____ Data: | |^m| |^m|/| | |^d| |^d|/| | |^y| |^y| | |^y| |^y|

23 Nome impresso e título:

Nome: _____

Título: _____

24 Número do certificado/licença para praticar: _____ Estado/País: _____

Nota O formulário irá não ser aceito a menos que um número de licença seja fornecido.

25 Área de prática ou especialidade médica: _____

26 Nome da sua prática ou negócio: _____

27 Endereço: _____

28 Telefone do escritório #: | | | | | - | | | | | - | | | | |

29 Fax do escritório #: | | | | | - | | | | | - | | | | | (opcional)

+ Prestador de cuidados de saúde

Quando tiver completado e assinado a certificação, devolva-a ao funcionário. O funcionário enviará esta informação para revisão pelo Departamento de Família e Licença Médica e o seu empregador.