



Certificación de **Tu** Familia del miembro **Seria** Salud Condición

Se requiere que notifiques a tu empleador antes de presentar una solicitud para la Licencia Familiar y Médica Pagada (PFML). Una vez que hayas notificado a tu empleador, el Departamento de Licencia Familiar y Médica (DFML) revisará tu solicitud para determinar tu elegibilidad para beneficios. Tanto el empleado que está solicitando la licencia como un proveedor de atención médica deben completar una parte de este formulario. [Este formulario será compartido con DFML, tu empleador, afiliados del empleador y socios estatales.](#)

Este formulario **es** requerido para...

✓ Licencia para cuidar a un familiar miembro con una grave salud condición incluyendo a un miembro de la familia con una condición de salud grave relacionado con el servicio militar.

Este formulario es **no** requerido para...

✗ Licencia médica debido a tu propia condición de salud grave o condiciones debido al embarazo o post-recuperación del parto que te impide trabajando, según lo certificado por un proveedor de salud

✗ Licencia familiar para vincularse con un niño 12 meses después del nacimiento, adopción, o cuidado de crianza colocación.

✗ Licencia de servicio activo para gestionar asuntos familiares que están relacionadas con el servicio de alguien en el fuerzas armadas.

Cómo usar este formulario

• Empleado

1. Completa **Secciones 1 y 2** para contarnos sobre ti y el miembro de la familia que necesitas cuidar.
2. Escribe tu nombre en la parte superior de **Páginas 5-7**.
3. Da **todas 7 páginas** del formulario al proveedor de atención médica quien está tratando a tu familiar.
4. El proveedor de atención médica debe completar **Secciones 3-5** y devolver el formulario a ti. Los beneficios se retrasarán o denegados sin certificación de un proveedor de salud
5. Solicita licencia en [Mass.gov/paidleave-apply](https://www.mass.gov/paidleave-apply). Ten este **formulario completo** contigo cuando solicites. Algunas preguntas en la solicitud se refieren a este formulario.
6. **Sube el formulario completo** a tu licencia pagada cuenta en [Mass.gov/paidleave-apply](https://www.mass.gov/paidleave-apply). Puedes tomar una foto de tu formulario o escanearlo para subirlo. Si no puedes subir el formulario, envíanoslo por fax a (617)-855-6180, o llama a nuestro Centro de Contacto en (833)-344-7365.

+ Proveedor de atención médica (HCP)

1. Revisa **Página 2** para definiciones de términos clave.
2. Completa **Secciones 3-5** para certificar la grave condición del paciente condición de salud.
3. Asegúrate de que el paciente haya proporcionado autorización para compartir información médica con el empleado.
4. Firma y devuelve el **formulario completo al empleado** cuyos datos están en **Sección 1**.

A Definiciones de clave términos

+Proveedor de atención médica

Consulte esta página mientras completa el formulario.

Definición de una condición de salud grave

Una condición de salud grave podría incluir una enfermedad, lesión, discapacidad o condición física o mental que involucra al menos una de las siguientes dos condiciones:

1. Al menos una noche de atención hospitalaria en un hospital, hospicio o residencia instalación médica
2. Tratamiento continuo por un proveedor de atención médica

Atención hospitalaria

Una estancia nocturna en un hospital, hospicio o atención médica residencial instalación, incluyendo cualquier período de incapacidad, o cualquier tratamiento posterior en conexión con dicha atención hospitalaria.

Tratamiento continuo

Tratamiento continuo por un proveedor de atención médica (más ejemplos de condiciones). Tratamiento para una condición que se ajuste a cualquiera de las siguientes descripciones:

- A. Cualquier incapacidad para trabajar durante más de tres días calendario consecutivos completos que también requiere visitas médicas. La primera visita del paciente debe ser dentro de los siete días posteriores al inicio de la incapacidad. Las citas de telemedicina están también incluidas. Estas visitas médicas deben cumplir con uno de los siguientes dos patrones:
 - B. Dos o más visitas dentro de los 30 días de la incapacidad de un paciente para trabajar (a menos que sea imposible reservar dos citas en este período de tiempo).
 - C. Una de estas visitas—excluyendo un examen físico de rutina, examen ocular o dental—más un régimen de atención o medicación bajo la supervisión del proveedor o prescripción, p. ej., cirugía ambulatoria o faringitis estreptocócica.

B. Cualquier incapacidad debido al embarazo o atención prenatal.

C. Cualquier incapacidad debido a una condición crónica, que es una condición que:

D. Requiere visitas médicas periódicas,

E. Continúa durante un período prolongado de tiempo, y

F. Puede causar períodos episódicos de incapacidad que requieren licencia, p. ej., asma o migrañas.

D. Cualquier incapacidad debido a una condición permanente o a largo plazo que puede no responder al tratamiento, p. ej., enfermedad de Alzheimer o etapas terminales de cáncer.

E. Cualquier ausencia para recibir múltiples tratamientos, más cualquier tiempo de recuperación, para cualquiera de los siguientes:

- Cirugía restaurativa después de un accidente o lesión, p. ej., reemplazos de articulaciones o reconstrucción.

- Una condición que llevaría a más de tres días consecutivos de incapacidad si el paciente no recibiera tratamiento, p. ej., tratamientos de quimioterapia tratamientos.

Incapacidad

Una incapacidad para realizar las funciones de su trabajo debido a la grave condición de salud. Para los solicitantes desempleados, significa una incapacidad para realizar las funciones de su puesto más reciente u otro empleo adecuado empleo.

Definición de un proveedor de atención médica

Proveedor de Atención Médica:

Un individuo licenciado por el estado, mancomunidad o territorio en el que el individuo ejerce la medicina, cirugía, odontología, quiropráctica, podología, partería u osteopatía, e incluyendo lo siguiente:

- A. Podólogos, dentistas, psicólogos clínicos, optometristas, y quiropraxistas (limitados a tratamientos que consisten en manipulación manual de la columna para corregir una subluxación como se demuestra por rayos X para existir) autorizados para ejercer en un estado y dentro del alcance de su práctica según lo definido bajo la ley de ese estado, mancomunidad, o territorio;

B. Enfermeras practicantes, enfermeras parteras, trabajadores sociales clínicos y asistentes médicos que están autorizados para ejercer bajo la ley estatal y que están dentro del alcance de su práctica según lo definido bajo la ley de ese estado, mancomunidad o territorio;

C. Practicantes de Ciencia Cristiana listados con la Primera Iglesia de Cristo, Científico en Boston, Massachusetts;

D. Un proveedor de atención médica mencionado anteriormente que ejerce en un país distinto de los Estados Unidos, que está autorizado para ejercer de acuerdo con la ley de ese país, y que está dentro del alcance de la práctica según lo definido bajo dicha ley.

1 Empleado Solicitando para Familia Cuidado Licencia

Instrucciones Complete [Sección 1](#) con su su propia información.

1 Su nombre:

Nombre: _____ Apellido: _____

2 (Si es diferente) Su nombre tal como aparece en documentos oficiales como una licencia de conducir o W-2:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

3 Teléfono #: |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|

4 Fecha de nacimiento: |^m|_|_|^m|/|^d|_|_|^d|/|^y|_|_|^y|_|_|^y|

5 Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o Número de Identificación del Contribuyente Individual (ITIN):

|_|_|_|_|

6 ¿Por qué está solicitando licencia?

- Para cuidar a un familiar con una condición de salud grave
- Para cuidar a un familiar con una condición de salud grave relacionada con el servicio militar

Si está solicitando para su propia condición de salud grave, este es no el formulario correcto. Necesita [el Certificación de su Grave Condición de Salud](#).

7 Ocupación: _____

2 Familia miembro información

Instrucciones Complete la [Sección 2](#) con su familia información del miembroDFML necesita saber su relación con el paciente para certificar la elegibilidad para la licencia.

8 El familiar que está experimentando una condición de salud grave es mi:

- Hijo
- Cónyuge o pareja doméstica
- Padre, o tutor que actuó legalmente como mi padre cuando era niño
- Padre de mi cónyuge o pareja doméstica
- Hermano
- Nieto
- Abuelo

Para más definiciones detalladas de qué familiares caen en cada una de estas categorías vea www.mass.gov/family-caring-licencia-relaciones

9 Nombre del familiar:

Nombre: _____ Apellido: _____

10 Nombre del familiar tal como aparece en documentos oficiales como una licencia de conducir licencia o documentos de seguro (si son diferentes):

Primero: _____ Segundo: _____ Último: _____

11 Dirección del familiar:

Calle: _____

Línea de dirección 2: _____

Ciudad: _____

Estado: |__|__| Código postal: |__|__|__|__|__|__| País: _____

Donde vive su familiar no afecta su elegibilidad.
Puede tomar licencia familiar pagada para cuidar a un familiar con una condición de salud grave no importa dónde estén.

12 Fecha de nacimiento del familiar:

| m | m | / | d | d | / | a | a | a | a |

13 Autorización:



Autorizo al Departamento de Licencias Familiares y Médicas (DFML) a usar la información en este formulario para determinar mi elegibilidad para la Licencia Familiar y Médica Pagada. Atestiguo que estoy solicitando licencia pagada para cuidar a un familiar con una condición de salud grave, y estoy de acuerdo en que DFML puede compartir esta información con mi empleador y afiliados del empleador, con el propósito de apoyar mi solicitud de licencia.

Certifico que tengo la autorización del familiar mencionado anteriormente para proporcionar la información contenida en esta certificación al Departamento para fines de determinar mi elegibilidad para licencia familiar pagada.

• Empleado Firma: _____ | m | m | / | d | d | / | a | a | a | a |

• Empleado Escriba su nombre en la parte superior de las páginas restantes. Después, entregue este formulario al proveedor de salud de su familiar para completar [Secciones 3-5](#).

• Empleado

Empleado solicitando licencia:

+ Proveedor de atención médica

Certificación del Proveedor de Atención Médica de una Condición de Salud Grave

3 Familia Del miembro Grave Salud Condición

Instrucciones Este formulario debe ser completado por el proveedor de atención médica de el paciente. El paciente es el familiar del empleado. El paciente debe tener una condición de salud grave para que el empleado califique para licencia pagada para cuidar por ellos. Responda todas las preguntas de manera completa y detallada.

14 ¿Cuál de los siguientes se aplica a la condición de salud grave del paciente? Marque todas las que correspondan; esto incluye la salud mental.

Requiere, o requirió atención hospitalaria.

Es crónica, requiere tratamientos al menos dos veces al año, y puede requerir ausencias periódicas.

Ha incapacitado o incapacitará al paciente por más de tres días calendario completos consecutivos,  (elija uno)

Es a largo plazo y requiere supervisión médica, con o sin tratamiento activo.

Requiere dos o más visitas médicas dentro de los 30 días.

Requiere múltiples tratamientos y llevaría a un período de incapacidad sin tratamiento.

Requiere una visita médica, más un régimen de atención.

Ninguna de las anteriores.

Si ninguna se aplica al paciente, el empleado no es elegible para PFML.

15 ¿Está esta condición de salud relacionada con el servicio militar del paciente?

Sí No

16 Describa los hechos médicos relevantes y la información apropiada relacionada con la condición para la cual el paciente necesita atención.

Los hechos médicos pueden incluir síntomas, recetas, o referencias para evaluación o tratamiento.

17 ¿Tendrá el empleado que tomar tiempo libre del trabajo para cuidar al paciente?

Sí No

18 Describa los tipos de atención relacionados con la condición del paciente que el empleado proporcionará.

Ejemplos de atención pueden incluir proporcionar necesidades médicas, higiénicas, nutricionales o de seguridad que el paciente no puede realizar por sí mismo, p. ej. transporte al médico.

• Empleado Empleado solicitando licencia:

4 Estimación Licencia Detalles

Instrucciones Las siguientes preguntas son sobre la frecuencia o duración de una condición. Marque todo lo que aplique a la condición del paciente, pero debe proporcionar su mejor estimación de las fechas de inicio y finalización y la duración basada en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente.

- 19 **Licencia Continua:** Debido a la condición, el paciente está/estará incapacitado y necesitará cuidado del empleado por un período continuo de tiempo (el empleado está completamente incapaz de trabajar durante días consecutivos e ininterrumpidos).

Proporcione su mejor estimación de la fecha de inicio _____ (mm/dd/yyyy) y la fecha de finalización _____ (mm/dd/yyyy) para el período de incapacidad.

No use términos como "desconocido" o "TBD" ya que puede resultar en retrasos y revisiones al formulario.

- 20 **Licencia Reducida:** Debido a la condición del paciente, es médicamente necesario que el empleado trabaje un horario reducido pero consistente.

Proporcione su mejor estimación de horas que el empleado debería tomarse por semana durante la licencia reducida

horario. Desde _____ (mm/dd/yyyy) hasta _____ (mm/dd/yyyy) el empleado está **no** puede trabajar:

(p. ej., 5 horas/día, hasta 25 horas a la semana) _____.

No use términos como "desconocido" o "TBD" ya que puede resultar en retrasos y revisiones al formulario.

- 21 **Licencia Intermitente:** Debido a la condición, es médicamente necesario que el empleado esté ausente del trabajo en un base intermitente para cuidar al paciente (múltiples episodios de tiempo libre, que pueden ser irregulares o inesperados). Proporcione su mejor estimación de cuán a menudo (frecuencia) y cuánto tiempo (duración) es probable que duren los episodios de incapacidad.

Desde aproximadamente _____ (mm/dd/yyyy) hasta _____ (mm/dd/yyyy), (durante los próximos 6 meses), los episodios de incapacidad

se estima que ocurren _____ veces por (día/ semana/ mes) y es probable que duren aproximadamente

_____ (horas/ días) por episodio.

No use términos como "desconocido" o "TBD" ya que puede resultar en retrasos y revisiones al formulario.

• Empleado

Empleado solicitando licencia:

5 Del proveedor Certificación & Información

Instrucciones Firme y feche para aceptar esta declaración. Proporcione la información relevante licencias e información de contacto sobre su práctica o negocio. Antes de devolver el formulario al empleado, revise para asegurarse de que lo ha firmado.



Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, que he examinado al paciente y he respondido las preguntas con precisión y lo mejor de mi capacidad, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Ver [página 2](#) para la definición de un proveedor de atención médica.

22 **Firma:** _____ Fecha: | |^m| |^m / | | |^d / | | |^y | | |^y | | |^y | | |^y

23 **Nombre impreso y título:**
 Nombre: _____
 Título: _____

24 **Número de certificado/licencia para ejercer:** _____ **Estado/País:** _____
 Nota El formulario **no** será aceptado a menos que se proporcione un número de licencia.

25 **Área de práctica o especialidad médica:** _____

26 **Nombre de su práctica o negocio:** _____

27 **Dirección:** _____

28 **Teléfono de la oficina #:** . . | | | - | | | - | | | |

29 **Fax de la oficina #:** | | | - | | | - | | | | (opcional)

+Proveedor de atención médica

Cuando haya completado y firmado la certificación, devuélvala al empleado. El empleado enviará esta información para su revisión por el Departamento de Licencia Familiar y de Licencia Médica y su empleador.