



## Certificação de Seu Sério Saúde Condição

Você é obrigado a notificar seu empregador antes de enviar uma solicitação. Uma vez que você tenha notificado seu empregador, o Departamento de Licença Familiar e Médica (DFML) irá revisar sua solicitação para determinar sua elegibilidade para benefícios. Tanto o empregado que está solicitando licença quanto um prestador de cuidados de saúde devem completar uma parte deste formulário. **Este formulário será compartilhado** com DFML, seu empregador, afiliados do empregador e parceiros estaduais.

### Este formulário é obrigatório para...

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

### Este formulário é **não** obrigatório para Licença Familiar para...

✗ Cuidar de um membro da família com um condição de saúde grave incluindo um membro da família com uma condição de saúde grave condição relacionada ao serviço militar.

✗ Vínculo com uma criança dentro de 12 meses após nascimento, adoção ou acolhimento colocação de cuidados.

✗ Gerenciar assuntos para um membro da família que é um serviço ativo membro.

## Como usar este formulário

### • Funcionário

1. Complete **Seção 1** para nos contar sobre sua razão para solicitar licença.
2. Imprima seu nome em **Páginas 4-6**. □
3. **Dê todas 6 as páginas** do formulário ao prestador de cuidados de saúde que está tratando você. O prestador de cuidados de saúde irá completar **Seções 2-4** e devolver o formulário a você. Os benefícios serão atrasados ou negados sem certificação de um prestador de cuidados de saúde.
4. Solicite licença em [Mass.gov/paidleave-apply](https://mass.gov/paidleave-apply). Quando você solicitar você precisará deste **formulário completo**. Alguns dos as perguntas na solicitação se referirão ao formulário.
5. Carregue o **formulário completo** para sua licença de licença na [Mass.gov/paidleave-apply](https://mass.gov/paidleave-apply). Você pode precisar tirar uma foto do seu formulário ou escaneá-lo para carregá-lo. Se você não tiver uma maneira de carregar o formulário, envie por fax para nós em (617)-855-6180, ou ligue para nosso Centro de Contato em (833)-344-7365. □

### + Prestador de cuidados de saúde (HCP)

1. Revisar **Página 2** para definições de termos-chave.
2. Complete **Seções 2-4** para certificar a condição grave do paciente de saúde.
3. Assine e data o formulário em **Página 6** para atestar o informações fornecidas.
4. Devolva o **formulário completo** ao paciente cujo informação está em **Seção 1**.



# A Definições de chave termos

• Empregado

+ 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, incapacidade 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 para uma condição que se encaixa em qualquer uma das seguintes descrições:

- A.** Qualquer incapacidade para trabalhar por mais de três dias consecutivos completos que também requer visitas médicas. A primeira visita do seu paciente deve ser dentro de sete dias a partir do início da incapacidade. As consultas de telemedicina também são incluídas. Estas visitas médicas devem atender a um dos seguintes dois padrões:
- 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).
  - 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:

- Requer visitas médicas periódicas,
- Continua por um período prolongado de tempo, e
- Pode causar períodos episódicos de incapacidade que requerem licença, por exemplo, **asma ou enxaquecas.**

**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, quimioterapia tratamentos.

### Incapacidade

Uma incapacidade de realizar as funções do seu trabalho devido à grave condição de saúde. Para candidatos desempregados, significa uma incapacidade de realizar as funções de sua posição mais recente ou de 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) autorizados a praticar em um estado e dentro do escopo de sua prática como definido sob a 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 Remunerado Médico Licença

Instruções □ [Preencha esta seção com a sua própria informação.](#)

O DFML usará a Seção 1 para corresponder esta certificação ao resto da sua candidatura para licença remunerada.

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: |<sup>m</sup>\_|<sup>m</sup>\_|\_|/|<sup>d</sup>\_|<sup>d</sup>\_|\_|/|<sup>y</sup>\_|<sup>y</sup>\_|\_|\_|\_| □

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

6 Ocupação:

• **Empregado**

Escreva o seu nome no topo das páginas restantes.

Depois, entregue este formulário ao seu prestador de cuidados de saúde para completar [Seções 2-4](#). □

• Empregado

Seu Nome: \_\_\_\_\_

+Prestador de cuidados de saúde

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

## 2 Do paciente Grave Saúde Condição

**Instruções**  Este formulário deve ser preenchido pelo prestador de cuidados de saúde do empregado prestador. Para que o empregado se qualifique para licença remunerada, o paciente deve ter uma condição de saúde grave. Responda a todas as perguntas de forma completa e detalhada.

7  Qual das seguintes se aplica à condição de saúde grave do paciente? Marque todas as que se aplicam; isso inclui saúde mental.

Requer, ou requereu cuidados hospitalares.

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

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

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

Requer duas ou mais consultas médicas dentro de 30 dias.

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

OU

Requer uma consulta médica, mais um regime de cuidados.

Nenhuma das anteriores.

Se nenhuma se aplicar, o paciente não está elegível para PFML.

8 Forneça fatos médicos apropriados sobre a condição de saúde grave do paciente (por exemplo, sintomas, prescrições, encaminhamentos para avaliação ou tratamento):

---



---

9 Indique pelo menos uma função essencial do trabalho que o paciente não consegue realizar devido à sua condição de saúde grave (por exemplo, tarefas específicas como sentar-se em um computador, realizar trabalho manual, tomar decisões, ou a capacidade de trabalhar em geral)

---



---

10 Esta condição de saúde grave é uma lesão relacionada ao trabalho?

Sim  Não

11 A condição de saúde grave do paciente está relacionada à gravidez ou recuperação do parto?

Sim  Não Se sim, quanto tempo o paciente precisará?

• O paciente precisará de aproximadamente  semanas para gravidez ou cuidados pré-natais.

• O paciente precisará de aproximadamente  semanas para recuperação de parto ou cuidados pós-natais.

Licença médica para gravidez, cuidados pré-natais, ou recuperação do parto deve atender à definição de uma condição de saúde grave.

Tirar licença médica não afeta a capacidade do paciente de tirar licença familiar para se vincular ao seu filho, desde que que o número de semanas tiradas para licença não exceda o máximo de 26 semanas em um ano de benefícios. **Há** não é necessário formulário para tirar licença familiar para se vincular a uma criança- apenas prova de nascimento. [Saiba mais.](#)

12 Quando é a data prevista de entrega:  <sup>m</sup>  <sup>m</sup> /  <sup>d</sup>  <sup>d</sup> /  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>

•Funcionário

O Seu Nome: \_\_\_\_\_

+Prestador de cuidados de saúde

### 3 Estimativa de Licença Detalhes

Instruções  As seguintes perguntas dizem respeito à frequência ou duração de uma condição. Marque tudo o que se aplica à condição do paciente, mas deve fornecer sua melhor estimativa da data de início e fim e a duração com base no seu conhecimento médico, experiência e exame do paciente.

13

**Licença Contínua:** Devido à condição, o paciente está/estará incapacitado por um período contínuo de tempo (completamente incapaz de trabalhar por dias consecutivos e ininterruptos).

Forneça sua melhor estimativa da data de início \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) e da data de fim \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) para o período de incapacidade.

Não use termos como "desconhecido" ou "TBD" pois pode resultar em atrasos e revisões ao formulário.

14

**Licença Reduzida:** Devido à condição, é medicamente necessário que o paciente trabalhe um horário reduzido, mas consistente horário.

Forneça sua melhor estimativa de horas que o paciente **deve tirar** por semana durante o horário de licença reduzida. **De** \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) até \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) o paciente está não capaz de trabalhar: (por exemplo, 5 horas/dia, até 25 horas por semana) \_\_\_\_\_.

Não use termos como "desconhecido" ou "TBD" pois pode resultar em atrasos e revisões ao formulário.

15

**Licença Intermitente:** Devido à condição, é medicamente necessário que o paciente esteja ausente do trabalho de forma intermitente (múltiplos episódios de folga, que podem ser irregulares ou inesperados). Forneça sua melhor estimativa de com que frequência (frequência) e por quanto tempo (duração) os episódios de incapacidade provavelmente durarão.

De aproximadamente \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) até \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) (nos próximos 6 meses), episódios de incapacidade são estimados para ocorrer \_\_\_\_\_ vezes por (  dia/  semana/  mês) e provavelmente durarão aproximadamente \_\_\_\_\_ ( horas/ dias) por episódio.

Não use termos como "desconhecido" ou "TBD" pois pode resultar em atrasos e revisões ao formulário.

