

Formularios de solicitud de **Permiso de cuidado pagado**

PASO 1:

Seleccione el formulario correcto

Use el formulario de certificación de afección de salud grave para solicitar:

- Permiso médico debido a su propia afección de salud grave, lo que incluye permiso médico por complicaciones durante el embarazo o para recuperarse después de un parto.
- Permiso familiar para cuidar de un familiar que tenga una afección de salud grave.

Use el formulario de certificación de nacimiento cuando solicite:

- Permiso familiar para crear lazos afectivos con un nuevo hijo (por nacimiento, adopción o acogida en su hogar).
-

PASO 2:

Llene el formulario

La persona que solicita el permiso debe llenar la primera sección y el proveedor de atención médica (propio o del familiar) debe llenar la segunda sección. Las instrucciones para el proveedor de atención médica se incluyen en este paquete.

¿Puede alguien más llenar este formulario en mi lugar?

- Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre para fines de los beneficios del Permiso de cuidado pagado llenando un formulario de designación de un representante autorizado. Su representante autorizado no puede llenar la segunda sección del formulario en lugar del proveedor de atención médica.
 - Llámenos al 833-717-2273 para pedir una copia del formulario de designación de un representante autorizado.
-

PASO 3:

Cargue su formulario lleno

Envíe su formulario por medio de su cuenta del Permiso pagado o inclúyalo junto con su solicitud. No necesita configurar su cuenta de Permiso pagado antes de que su proveedor de atención médica llene este formulario.

¿Alguna pregunta?

Si tiene preguntas, llámenos al 833-717-2273 o escribanos al correo paidleave@esd.wa.gov.

Washington
Permiso de cuidado pagado

Instrucciones para proveedores de atención médica

El formulario de certificación de afección de salud grave se utiliza para certificar una afección de salud grave como requisito para solicitar el Permiso de cuidado pagado. Su paciente puede solicitarlo para atender su propia afección de salud grave o para cuidar a un familiar que tenga una afección de salud grave.

El concepto de proveedor de atención médica se define por ley en la sección 50A.05.010 del Código Revisado de Washington (RCW, por sus siglas en inglés) y en el artículo 192-500-090 del Código Administrativo de Washington (WAC, por sus siglas en inglés).

AFECCIÓN DE SALUD GRAVE

El concepto de afección de salud grave se define en la sección 50A.05.010 del Código Revisado de Washington (RCW). Por lo general, una afección de salud grave puede incluir una enfermedad, lesión, disfunción o problema de salud física o mental que requiere:

- **Atención de un paciente ingresado en un hospital, centro de enfermos terminales o centro de atención médica residencial, lo que incluye cualquier período de incapacidad; o**
- **Tratamiento continuo a cargo de un proveedor de atención médica, lo que incluye lo siguiente:**
 - **Incapacidad:** Es un período de incapacidad de más de tres días consecutivos y el período de incapacidad o tratamiento posterior relacionado con la misma afección. Incapacidad significa imposibilidad de trabajar, asistir a la escuela o desempeñar sus actividades regulares diarias por una afección de salud grave, el tratamiento de esa afección, la recuperación de la misma o un tratamiento posterior.
 - **Embarazo:** Cualquier período de incapacidad relacionado con el embarazo o cuidados prenatales.
 - **Afecciones crónicas:** Cualquier período de incapacidad o tratamiento de dicha incapacidad debida a una afección de salud grave de tipo crónico. Una afección de salud crónica grave es aquella que:
 - » Continúa por un período prolongado que incluye episodios de recurrencia de una misma afección subyacente;
 - » Requiere consultar regularmente a un proveedor de atención médica; y
 - » Puede causar períodos de incapacidad episódicos, más que continuos, como en los casos de asma, diabetes y epilepsia.
- **Permanente o largo plazo:** Es un período de incapacidad que es permanente o que durará mucho tiempo por una afección en la que el tratamiento podría no ser eficaz. El empleado o su familiar debe estar bajo supervisión constante de un proveedor de atención médica, pero no necesita recibir tratamiento activo; lo que incluye:
 - » Alzheimer, un derrame cerebral grave o etapas terminales de una enfermedad, o
 - » Tratamientos múltiples: Cualquier período de ausencia para recibir tratamientos múltiples, lo que incluye los períodos de recuperación de dichos tratamientos.
 - » El abuso de sustancias puede considerarse una afección de salud grave si el tratamiento cumple con otros requisitos de esta definición.

¿Alguna pregunta?

Si tiene preguntas, llámenos al 833-717-2273 o escríbanos al correo paidleave@esd.wa.gov.

Washington
Permiso de cuidado pagado

Certification of Serious Health Condition Form

Certification of Serious Health Condition

Instructions: Complete section one of this form, then have your or your family member's healthcare provider complete section two. Please include your name on each page. **Upload both pages to your Paid Leave account, include them with your application, or fax to 833-535-2273.**

Section one: Your information							
<i>To be completed by the person applying for leave before having the healthcare provider complete section two</i>							
Paid Leave Customer ID number (if known):							
Name:							
Date of birth: ____ / ____ / ____							
REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE							
<input type="checkbox"/> For my own serious health condition Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient.							
<input type="checkbox"/> For medical reasons related to my own pregnancy Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient. If applying for family (bonding) leave following the birth of a child, you and your healthcare provider should also fill out the Certification of Birth form.							
<input type="checkbox"/> To care for a family member during their serious health condition The family member needing care is my: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law</td> <td><input type="checkbox"/> Sibling</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner</td> <td><input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent</td> <td><input type="checkbox"/> Grandchild</td> </tr> </table> Instructions: Have your family member's healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing your family member as the patient.		<input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law	<input type="checkbox"/> Sibling	<input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner	<input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent	<input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent	<input type="checkbox"/> Grandchild
<input type="checkbox"/> Child, son-in-law, daughter-in-law	<input type="checkbox"/> Sibling						
<input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner	<input type="checkbox"/> Grandparent or spouse's grandparent						
<input type="checkbox"/> Parent or spouse's parent	<input type="checkbox"/> Grandchild						
AUTHORIZATION AND SIGNATURES							
<i>I authorize Paid Family and Medical Leave to use the information on this form to determine my eligibility for paid family or medical leave benefits and I attest that I am applying for Paid Leave due to my own serious health condition or to take care of a family member with a serious health condition.</i>							
Signature (required):	Date:						
<i>If the person applying for benefits is unable to sign this form because of a serious health condition or injury, an authorized representative may sign on their behalf, provided they also submit a Designated Authorized Representative form.</i>							
Authorized representative name:							
Signature:	Date:						

Certification of Serious Health Condition Form

Name of person applying for leave: _____

Instructions: Answer all questions fully and completely. Limit your responses to the condition for which the person applying for Paid Leave is seeking leave. Please be sure to sign the form. **Return to patient or fax to 833-535-2273.**

Section two: Description of the serious health condition

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010

Patient's name: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____

Does the patient have a serious health condition? (as defined in RCW 50A.05.010)

No Yes. If yes, provide a brief description of the diagnosis: _____

Is the patient pregnant or recovering from giving birth?

No Yes. Expected due date: ____ / ____ / ____ or Child's date of birth: ____ / ____ / ____

If yes, is the patient experiencing a pregnancy-related serious health condition?

This can include but is not limited to severe morning sickness, prenatal complications resulting in bedrest, preeclampsia, infections or recovery after a cesarean delivery or other postnatal complications.

Yes No

What is the expected duration of the serious health condition?

Your answer should be your best estimate based upon your medical knowledge, experience and examination of the patient. Be as specific as you can; terms such as "unknown," or "indeterminate" may not be sufficient to determine Paid Leave eligibility.

Start date: ____ / ____ / ____

End date: ____ / ____ / ____ or **Condition is chronic or permanent**

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, that the patient's condition meets the definition of "serious health condition" [RCW 50A.05.010], and that I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].

Signature (required): _____ **Date (required):** ____ / ____ / ____

Name and title (required): _____

Certificate license number and state: (required): _____

License area/area of practice (required): _____

Business name (required): _____

Address: (required): _____

Phone number (required): _____

Email address: _____

Certification of Birth Form

Who should use this form?

Parents applying for bonding leave following the birth of a child. If you are applying for family leave to bond with your child, you must provide documentation showing your child's date of birth. Documentation can include any one of the following documents:

- A copy of your child's birth certificate,
- A copy of documentation from the hospital showing your child's date of birth, or
- This form completed and signed by a healthcare provider.

Do not use this form for family leave for adoption, foster care, or other approved placement types. Visit PaidLeave.wa.gov for information about required documentation for family leave for placement.

Instructions: Provide the name and date of birth of the parent that gave birth; include their Paid Leave Customer ID number (if known). Provide the other parent's information if they are applying for leave. Have a healthcare provider complete and sign the certification of birth section. Documentation is required for each family leave application.

Parent's information

To be completed by the parent(s) applying for leave

Information about parent that gave birth (required):

Name: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____ **Paid Leave Customer ID number (if known):** _____

Information about the other parent (optional):

Name: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____ **Paid Leave Customer ID number (if known):** _____

Certification of birth

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010 to certify the date of birth in order for the applicant to qualify for family leave under Paid Family and Medical Leave. Please be sure to sign the form.

Child's date of birth: ____ / ____ / ____ **Place of birth (city, state):** _____

PROVIDER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct, and that I am a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010.

Signature (required): _____ **Date (required):** ____ / ____ / ____

Name and title (required): _____

Certificate license number and state: _____

License area/area of practice (required): _____

Business name (required): _____

Address: _____

Phone number: _____

Email address: _____

Upload this form to your Paid Leave account, include it with your application, or fax it to 833-535-2273.