

Formularios de solicitud de licencia familiar y médica con goce de sueldo

PASO 1:
Seleccione el formulario correcto.

Use el Formulario de certificación de afección de salud grave para solicitar lo siguiente:

- Licencia médica debido a su propia afección de salud grave, incluida la licencia médica por complicaciones durante el embarazo o para recuperarse después del parto
- Licencia familiar para cuidar a un miembro de su familia que padece de una afección de salud grave

Use el Formulario de certificación de nacimiento para solicitar lo siguiente:

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

PASO 2:
Complete el formulario.

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

¿Puede alguien más completar este formulario en mi lugar?

- Usted puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre con el objetivo de solicitar los beneficios de la licencia familiar y médica con goce de sueldo si esta persona completa el Formulario de designación de un representante autorizado. Su representante autorizado no puede completar la segunda sección del formulario que le corresponde al proveedor de atención médica.
- Comuníquese con nosotros al 833-717-2273 para solicitar una copia del Formulario de designación de un representante autorizado.

PASO 3:
Cargue el formulario completado.

Envíe el formulario por medio de su cuenta de la licencia con goce de sueldo o inclúyalo junto con su solicitud. No es necesario configurar su cuenta de la licencia con goce de sueldo antes de que su proveedor de atención médica complete este formulario.

¿Tiene alguna pregunta?
Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 833-717-2273

Washington
Paid Family & Medical Leave

Forms for Applying for **Paid Family & Medical Leave**

STEP 1:

Select the right form

Use the Certification of Serious Health Condition form to apply for:

- Medical leave due to your own serious health condition, including medical leave for complications during pregnancy or to recover from giving birth
- Family leave to take care of a family member with a serious health condition

Use the Certification of Birth form when applying for:

- Family leave to bond with a new child (birth, adoption or foster placement)
-

STEP 2:

Fill out the form

The person applying for leave completes section one, and their healthcare provider (or their family member's healthcare provider) completes section two. Healthcare provider instructions are included in this packet.

Can someone else complete this form for me?

- You may authorize another individual to act on your behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits by having them complete a Designated Authorized Representative form. Your authorized representative cannot substitute for a healthcare provider in completing section two.
 - Contact us at 833- 717-2273 to request a copy of the Designated Authorized Representative form.
-

STEP 3:

Upload your completed form

Submit your form through your Paid Leave account or include it with your application. You do not need to set up your Paid Leave account before your healthcare provider completes this form.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 833-717-2273 or paidleave@esd.wa.gov.

Instrucciones para los 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 la licencia familiar y médica con goce de sueldo. El paciente puede presentarlo debido a 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 (Revised Code of Washington, RCW) y en el artículo 192-500-090 del Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC).

AFECCIÓN DE SALUD GRAVE

El concepto de afección de salud grave se define en la sección 50A.05.010 del RCW. En general, una afección de salud grave puede implicar una enfermedad, una lesión, una discapacidad o un problema de salud físico o mental que requiere lo siguiente:

- **atención a pacientes hospitalizados, centro de cuidados paliativos o centro de atención médica residencial, incluido cualquier período de incapacidad;**
- **tratamiento continuo a cargo de un proveedor de atención médica, lo que incluye cualquiera de los siguientes casos:**
 - **Incapacidad:** Un período de incapacidad de más de tres días consecutivos y el tratamiento o período de incapacidad posterior relacionado con la misma afección. La incapacidad implica la imposibilidad de trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades cotidianas habituales debido a una afección de salud grave, al tratamiento de dicha afección, a la recuperación, o a un tratamiento posterior.
 - **Embarazo:** Cualquier período de incapacidad relacionado con el embarazo o los cuidados prenatales.
 - **Afecciones crónicas:** Cualquier período de incapacidad o tratamiento de dicha incapacidad debida a una afección de salud crónica grave. Una afección de salud crónica grave es aquella que tiene las siguientes características:
 - » Continúa durante un período prolongado e incluye episodios recurrentes de una sola afección subyacente.
 - » Requiere que el paciente consulte regularmente a un proveedor de atención médica.
 - » Puede causar un período de incapacidad episódico, en lugar de continuo, como en los casos del asma, la diabetes y la epilepsia.
 - **Afección permanente o de larga duración:** Un período de incapacidad que es permanente o de larga duración debido a una afección cuyo tratamiento puede no ser eficaz. El empleado o su familiar debe estar bajo la supervisión continua de un proveedor de atención médica, pero no es necesario que reciba un tratamiento activo, incluidos los siguientes casos:
 - » Alzheimer, accidente cerebrovascular grave o fases terminales de una enfermedad.
 - » Múltiples tratamientos: Cualquier período de ausencia para recibir múltiples tratamientos, incluido cualquier período 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.

¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 833-717-2273

Washington
Paid Family & Medical Leave

Instructions for Healthcare Providers

The Certification of Serious Health Condition form is used to certify a serious health condition to qualify for Paid Family and Medical Leave. Your patient may be applying due to their own serious health condition or to care for a family member with a serious health condition.

Healthcare Providers is defined by law in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090.

SERIOUS HEALTH CONDITION

A serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Generally, a serious health condition could include an illness, injury, impairment, or physical or mental condition that involves:

- **Inpatient care in a hospital, hospice, or residential medical care facility, including any period of incapacity; or**
- **Continuing treatment by a healthcare provider including any of the following:**
 - **Incapacity:** A period of incapacity of more than three consecutive days and subsequent treatment or period of incapacity relating to the same condition. Incapacity means an inability to work, attend school, or perform other regular daily activities because of a serious health condition, treatment of that condition or recovery from it, or subsequent treatment.
 - **Pregnancy:** Any period of incapacity due to pregnancy, or for prenatal care.
 - **Chronic conditions:** Any period of incapacity or treatment for such incapacity due to a chronic serious health condition. A chronic serious health condition is one which:
 - » Continues over an extended period of time, including recurring episodes of a single underlying condition;
 - » Requires periodic visits to a health care provider; and
 - » May cause episodic rather than a continuing period of incapacity, including asthma, diabetes, and epilepsy
- **Permanent/Long-term:** A period of incapacity which is permanent or long-term due to a condition for which treatment may not be effective. The employee or family member must be under the continuing supervision of, but need not be receiving active treatment by, a health care provider, including :
 - » Alzheimer's, a severe stroke, or the terminal stages of a disease; or
 - » Multiple treatments: Any period of absence to receive multiple treatments, including any period of recovery from the treatments.
 - » Substance abuse may be a serious health condition if the treatment meets other requirements in this definition.

Questions?

If you have any questions, please contact us at 833-717-2273 or paidleave@esd.wa.gov.

Certificación de afección de salud grave

Instrucciones: Complete la primera sección de este formulario, luego solicite a su proveedor de atención médica o al proveedor de su familiar que complete la segunda sección. Indique su nombre en cada página. **Cargue ambas páginas en su cuenta de la licencia con goce de sueldo, inclúyalas con su solicitud o envíelas por fax al 833-535-2273.**

Sección uno: su información

Esta sección debe ser completada por la persona que solicita la licencia antes de que el proveedor de atención médica complete la segunda sección.

Número de identificación de cliente de licencia con goce de sueldo (si se conoce):

Nombre:

Fecha de nacimiento: ____/____/____

RAZÓN POR LA QUE SE SOLICITA UNA LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA CON GOCE DE SUELDO

Debido a mi propia afección de salud grave.

Instrucciones: Solicite a su proveedor de atención médica que complete la página 2 de esta certificación médica y que indique que usted es el paciente.

Debido a razones de salud relacionadas con mi propio embarazo.

Instrucciones: Solicite a su proveedor de atención médica que complete la página 2 de esta certificación médica y que indique que usted es el paciente. Si solicita una licencia familiar (para crear lazos afectivos) después del nacimiento de un hijo, usted y su proveedor de atención médica deben completar también el Formulario de certificación de nacimiento.

Para cuidar a un familiar que padece de una afección de salud grave.

El familiar que necesita cuidados es mi:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hijo/a, yerno, nuera | <input type="checkbox"/> Hermano/a |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja de hecho registrada | <input type="checkbox"/> Abuelo/a o abuelo/a de mi cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre o padre/madre de mi cónyuge | <input type="checkbox"/> Nieto/a |

Instrucciones: Solicite a su proveedor de atención médica que complete la página 2 de esta certificación médica y que indique que usted es el paciente.

AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

Autorizo al área encargada de otorgar licencias familiares y médicas con goce de sueldo utilizar la información de este formulario para determinar mi elegibilidad para recibir los beneficios de dicha licencia y doy fe de que solicito la licencia debido a mi propia afección de salud grave o para cuidar a un familiar que padece de una afección de salud grave.

Firma (obligatorio):

Fecha:

Si la persona que solicita los beneficios no puede firmar este formulario debido a una afección de salud grave o a una lesión, un representante autorizado puede firmar en su nombre, siempre que presente también el Formulario de designación de un representante autorizado.

Nombre del representante autorizado:

Firma:

Fecha:

Nombre de la persona que solicita la licencia: _____

Instrucciones: Responda todas las preguntas de manera detallada y completa. Sus respuestas deben limitarse y referirse solo a la afección por la cual la persona solicita la licencia con goce de sueldo. Asegúrese de firmar el formulario. **Devuélvaselo al paciente o envíelo por fax al 833-535-2273.**

Sección dos: descripción de la afección de salud grave

Esta sección debe ser completada por un proveedor de atención médica, como se define en la sección 50A.05.010 del RCW.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿El paciente tiene una afección de salud grave? (Como se define en la sección 50A.05.010 del RCW)

No Sí. En caso afirmativo, proporcione una breve descripción del diagnóstico: _____

¿La paciente está embarazada o se está recuperando después del parto?

No Sí. Fecha de parto prevista: ____/____/____ o fecha de nacimiento del niño: ____/____/____

En caso afirmativo, ¿tiene la paciente una afección de salud grave relacionada con el embarazo?

Esta afección puede incluir, entre otras, las náuseas matutinas graves, las complicaciones prenatales que requieren reposo, la preeclampsia, las infecciones o la recuperación después de un parto por cesárea u otras complicaciones posnatales.

Sí No

¿Cuál es la duración estimada de la afección de salud grave?

La respuesta debe ser su mejor estimación según sus conocimientos médicos, su experiencia y el examen del paciente. Sea lo más específico posible; términos como "desconocido" o "indeterminado" pueden no ser suficientes para determinar la elegibilidad para otorgar la licencia con goce de sueldo.

Fecha de inicio: ____/____/____

Fecha de finalización: ____/____/____ La afección es crónica o permanente

INFORMACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, que la afección del paciente cumple con la definición de "afección de salud grave" [según la sección 50A.05.010 del RCW] y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar la afección del paciente [según la sección 50A.05.010 del RCW y del artículo 192-500-090 del WAC].

Firma (obligatorio): _____

Fecha (obligatorio): ____/____/____

Nombre y cargo (obligatorio): _____

Número de licencia del certificado y estado: (obligatorio): _____

Área que cubre la licencia/área de especialización (obligatorio): _____

Nombre comercial (requerido): _____

Dirección: (obligatorio): _____

Número de teléfono (obligatorio): _____

Dirección de correo electrónico: _____

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.**

<h3>Section one: Your information</h3> <p><i>To be completed by the person applying for leave before having the healthcare provider complete section two</i></p>							
Paid Leave Customer ID number (if known):							
Name:							
Date of birth: ____ / ____ / ____							
<h3>REASON FOR TAKING PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE</h3>							
<input type="checkbox"/> For my own serious health condition <p>Instructions: Have your healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing yourself as the patient.</p>							
<input type="checkbox"/> For medical reasons related to my own pregnancy <p>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.</p>							
<input type="checkbox"/> To care for a family member during their serious health condition <p>The family member needing care is my:</p> <table border="0"> <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> <p>Instructions: Have your family member's healthcare provider complete page 2 of this medical certification, listing your family member as the patient.</p>		<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						
<h3>AUTHORIZATION AND SIGNATURES</h3>							
<p><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></p>							
Signature (required):	Date:						
<p><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></p>							
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: _____

¿Quién debe utilizar este formulario?

Padres que solicitan una licencia familiar para crear lazos afectivos después del nacimiento de un hijo. Si solicita una licencia familiar para crear lazos afectivos con su hijo, debe proporcionar la documentación que acredite la fecha de nacimiento de su hijo. La documentación puede incluir cualquiera de los siguientes certificados:

- Una copia de la partida de nacimiento de su hijo.
- Una copia de la documentación proporcionada por el hospital que indique la fecha de nacimiento de su hijo.
- Este formulario completado y firmado por un proveedor de atención médica.

No utilice este formulario para solicitar una licencia familiar por adopción, acogida temporal u otros tipos de custodia aprobados. Visite el sitio web PaidLeave.wa.gov para obtener información sobre la documentación requerida para solicitar la licencia familiar por custodia.

Instrucciones: Indique el nombre y la fecha de nacimiento de la madre que dio a luz; incluya el número de identificación de cliente de licencia con goce de sueldo (si se conoce). Proporcione la información del otro padre si este es quien solicita la licencia. Un proveedor de atención médica debe completar y firmar la sección de certificación de nacimiento. La documentación debe presentarse para cada solicitud de licencia familiar.

Información de los padres

Esta sección debe ser completada por el o los padres que solicitan la licencia.

Información sobre la madre que dio a luz (obligatorio):

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de identificación de cliente de licencia con goce de sueldo (si se conoce): _____

Información sobre el otro padre (opcional):

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____

Número de identificación de cliente de licencia con goce de sueldo (si se conoce): _____

Certificación de nacimiento

Esta sección debe ser completada por un proveedor de atención médica, como se define en la sección 50A.05.010 del RCW para certificar la fecha de nacimiento a fin de que el solicitante sea elegible para recibir la licencia familiar de acuerdo con la licencia familiar y médica con goce de sueldo. Asegúrese de firmar el formulario.

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____ **Lugar de nacimiento (ciudad, estado):** _____

INFORMACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, y que soy un proveedor de atención médica según se define en la sección 50A.05.010 del RCW.

Firma (obligatorio): _____ **Fecha (obligatorio):** __/__/____

Nombre y cargo (obligatorio): _____

Número de licencia del certificado y estado: _____

Área que cubre la licencia/área de especialización (obligatorio): _____

Nombre comercial (obligatorio): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Cargue este formulario en su cuenta de la licencia con goce de sueldo, inclúyalo con su solicitud o envíelo por fax al 833-535-2273.

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.