Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Instrucciones para designar a un representante autorizado

¿Puedo ayudar a alguien a solicitar beneficios?

Una persona puede autorizar que usted actúe en su nombre para los propósitos de los beneficios del Permiso de cuidado pagado. Las solicitudes para designar a un representante autorizado solo se pueden otorgar si recibimos uno de los siguientes documentos:

- Un formulario completado de representante autorizado designado del Permiso de cuidado pagado;
- Documentación de un tutor legal designado por una corte con autoridad para tomar decisiones en nombre de una persona;
- Documentación de una persona designada por un poder notarial para actuar en nombre de una persona;
- Otra documentación por escrito que designe a un representante autorizado.

Instrucciones

Complete las secciones del 1 al 3. La persona que solicita los beneficios y su representante autorizado designado deben firmar este formulario. Incluya este formulario con la solicitud completa para los beneficios del Permiso de cuidado pagado.

¿Qué pasa si no pueden firmar este formulario?

Si un paciente no puede designar a un representante autorizado, un proveedor de atención médica puede hacerlo en su nombre. Un proveedor de atención médica debe firmar este formulario certificando que el paciente:

- no puede cumplir con los requisitos administrativos necesarios para recibir los beneficios del Permiso de cuidado pagado, y
- no puede designar a un representante autorizado para que actúe en su nombre.

El proveedor de atención médica también debe certificar que está actuando en el mejor interés del paciente.

Los proveedores de atención médica que están autorizados a firmar este formulario se definen en el Código Revisado de Washington (RCW, por sus siglas en inglés) 50A.05.010 y el Código Administrativo de Washington (WAC, por sus siglas en inglés) 192-500-090. En general, "proveedor de atención médica" significa:

- Un médico u osteópata con licencia para ejercer la medicina o la cirugía, según corresponda, por el estado en el que el médico ejerce;
- Enfermeros/as especializados/as, enfermeras parteras, parteras, trabajadores sociales clínicos, asistentes médicos, podólogos, dentistas, psicólogos clínicos, optometristas y fisioterapeutas con licencia para ejercer según la ley estatal y que se desempeñan dentro del alcance de su práctica según lo define la ley estatal por el estado en que ejercen.

Instrucciones

Complete las secciones del 1 al 4. El representante autorizado designado y el proveedor de atención médica deben firmar este formulario. Incluya este formulario con la solicitud completa para los beneficios del Permiso de cuidado pagado.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 833-717-2273 o envíe un correo electrónico a paidleave@esd.wa.gov.

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Representante autorizado designado

Un representante designado es alguien a quien usted nombra y autoriza para que actúe en su nombre y lo represente para completar los requisitos administrativos necesarios para recibir los beneficios de Permiso de cuidado pagado. Un representante designado puede proporcionar y obtener información personal sobre su solicitud de Permiso de cuidado pagado y cualquier beneficio que pueda recibir. Al designar a un representante, usted nos autoriza compartir su información con la persona nombrada en la sección dos de este formulario.

Sección uno: Información del empleado

Información sobre el empleado que está tomando el permiso

Número de identificación del cliente *(si se conoce)**:***
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Número de teléfono:
Correo electrónico:

Sección dos: Información del representante autorizado

Información sobre el representante autorizado

Nombre:
Relación que tiene con el empleado:
Dirección:
Número de teléfono:
Correo electrónico:

Sección tres: Autorización y firmas

Autorización del empleado: *Designo y autorizo a la persona mencionada en la sección dos de este formulario para que actúe en mi nombre para completar los requisitos administrativos necesarios para recibir los beneficios del Permiso de cuidado pagado.*

Nota: Use la sección cuatro si el empleado no puede firmar este formulario

Firma:	**Fecha:**

Declaración del representante autorizado: *Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que actúo en el mejor interés del paciente al completar este formulario.*

Nombre del representante autorizado:	
Firma del representante autorizado:	**Fecha:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Si un empleado que solicita un permiso no puede designar a un representante autorizado, un proveedor de atención médica puede hacerlo en su nombre. Un proveedor de atención médica debe firmar este formulario certificando que el paciente no puede cumplir con los requisitos administrativos necesarios para recibir los beneficios del Permiso de cuidado pagado, y no puede designar a un representante autorizado para que actúe en su nombre. El proveedor de atención médica también debe certificar que está actuando en el mejor interés del paciente.

Sección cuatro: Información y certificación del proveedor

El proveedor de atención médica como se define en el RCW 50A.05.010 debe completar esta sección. La condición de salud grave se define en el RCW 50A.05.010. Conteste todas las preguntas plena y completamente. Asegúrese de firmar el formulario.

Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento:_____/_____/____**

¿Tiene el paciente una condición de salud grave y no puede designar a un representante autorizado?

☐ Sí ☐ No

Declaro bajo pena de perjurio que:

- *El paciente que se menciona en este formulario no puede cumplir con los requisitos administrativos necesarios para recibir los beneficios del Permiso de cuidado pagado y no puede designar a un representante autorizado para que actúe en su nombre;*
- *Estoy actuando en el mejor interés del paciente al completar este formulario; y*
- *La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].*

Firma:	**Fecha:**

Nombre y cargo:

Número de licencia para ejercer y el estado:

Área de la licencia/área donde ejerce:

Nombre de la empresa:

Dirección:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Instructions for designating an authorized representative

Can I help someone apply for benefits?

You may be authorized by another individual to act on their behalf for the purposes of Paid Family and Medical Leave benefits. Requests to designate an authorized representative can only be granted if we receive one of the following:

- A completed Paid Family and Medical Leave designated authorized representative form;
- Documentation of a court-appointed legal guardian with authority to make decisions on a person's behalf;
- Documentation of an individual designated as a power of attorney to act on a person's behalf; or
- Other written documentation designating an authorized representative.

Instructions

Complete sections 1-3. The person applying for benefits and their designated authorized representative must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

What if they cannot sign this form?

If a patient is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that the patient is:

- incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits, and
- unable to designate an authorized representative to act on their behalf.

The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Healthcare providers who are authorized to sign this form are defined in RCW 50A.05.010 and WAC 192-500-090. Generally, "healthcare provider" means:

- A physician or an osteopathic physician who is licensed to practice medicine or surgery, as appropriate, by the state in which the physician practices;
- Nurse practitioners, nurse-midwives, midwives, clinical social workers, physician assistants, podiatrists, dentists, clinical psychologists, optometrists, and physical therapists licensed to practice under state law and who are performing within the scope of their practice as defined under state law by the state in which they practice.

Instructions

Complete sections 1-4. The designated authorized representative and healthcare provider must both sign this form. Include this form with the completed application for Paid Family and Medical Leave benefits.

Questions?

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

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

Designated authorized representative

A designated representative is someone whom you appoint and authorize to act on your behalf and represent you to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits. A designated representative is allowed to provide and obtain personal information regarding your application for Paid Family and Medical Leave and any benefits you may receive. By designating a representative, you are authorizing us to disclose your information to the individual named in section two of this form.

Section one: Employee information *Information about the employee taking leave*	
Customer ID number *(if known)**:***	
Name:	
Date of birth:	
Address:	
Phone number:	
Email address:	
Section two: Authorized representative information *Information about the authorized representative*	
Name:	
Relationship to employee:	
Address:	
Phone number:	
Email address:	
Section three: Authorization and signatures	
Employee's authorization: *I designate and authorize the person listed in section two of this form to act on my behalf to complete the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits.* *Note: Use section four if the employee is unable to sign this form*	
Signature:	**Date:**
Authorized representative's attestation: *I declare under penalty of perjury that the information provided in this form is true and correct and that I am acting in the best interests of the patient by completing this form.*	
Authorized representative name:	
Authorized representative signature:	**Date:**

Washington
Paid Family & Medical Leave
Employment Security Department

If an employee applying for leave is incapable of designating an authorized representative, a healthcare provider may do so on their behalf. This form must be signed by a healthcare provider attesting that their patient is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on the patient's behalf. The healthcare provider must also attest that they are acting in the patient's best interest.

Section four: Provider's information and certification

To be completed by a healthcare provider as defined in RCW 50A.05.010. Serious health condition is defined in RCW 50A.05.010. Answer all questions fully and completely. Please be sure to sign the form.

Patient's name:	**Date of birth:_____/_____/ _____**
Does the patient have a serious health condition and are they incapable of designating an authorized representative? ☐ Yes ☐ No	
I declare under penalty of perjury that: • *The patient listed on this form is incapable of completing the administrative requirements necessary for receiving Paid Family and Medical Leave benefits and is unable to designate an authorized representative to act on their behalf;* • *I am acting in the patient's best interests by completing this form; and* • *The information provided in this form is true and correct and I am a healthcare provider authorized to certify their condition [RCW 50A.05.010; WAC 192-500-090].*	
Signature:	**Date:**
Name and title:	
Certificate license and state:	
License area/area of practice:	
Business name:	
Address:	
Phone number:	
Email address:	