

- Форма заявления на отпуск в связи с нетрудоспособностью  По закону FMLA  
 Повторное освидетельствование

**Отдел предоставления информации**  
 10220 SE Sunnyside Rd., Clackamas, OR 97015-9764  
 Телефон: 503-571-5051 Факс: 503-571-2624  
 NW.ROI@kp.org Info.kp.org/Northwest/ROI  
 (на английском языке)

Номер для отслеживания: \_\_\_\_\_ Номер заявления: \_\_\_\_\_

Сведения о пациенте	ТЕКУЩАЯ ДАТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА
	ПОЛНОЕ ИМЯ ПАЦИЕНТА		КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
	ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		

Запрос члена семьи	ВАШЕ ИМЯ	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
	КЕМ ВЫ ПРИХОДИТЕСЬ ПАЦИЕНТУ	

Заболевание пациента	ЗАБОЛЕВАНИЕ	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРАВМЫ (ММ/ДД/ГГ)
	ИМЯ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА, РАЗРЕШИВШЕГО ОТСУТСТВИЕ НА РАБОТЕ	

Данные о работе	ИМЯ ИЛИ НАЗВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ	ДОЛЖНОСТЬ
	ГРАФИК РАБОТЫ	ОБЫЧНАЯ АКТИВНОСТЬ НА РАБОТЕ <input type="checkbox"/> В основном сидячая работа <input type="checkbox"/> Физические нагрузки (ходьба, стояние, подъем тяжестей)

Сведения об отпуске	<b>Непрерывный отпуск:</b> Дата начала (мм/дд/гг): _____ По (мм/дд/гг) (включительно): _____	
	<b>Прерывающийся отпуск:</b> Дата начала (мм/дд/гг): _____ По (мм/дд/гг) (включительно): _____ Количество эпизодов в месяц: _____ Продолжительность эпизода (в днях): _____ Продолжительность: <input type="checkbox"/> 3 месяца <input type="checkbox"/> 6 месяцев Сколько раз за последние 3 месяца пациенту или члену семьи пришлось пропустить работу в связи с указанным заболеванием? _____	
	<input type="checkbox"/> Изменение рабочих обязанностей (подъем тяжестей/стояние/сидение) Дата начала: _____ По (включительно): _____	
	<input type="checkbox"/> Сокращенное рабочее время Дата начала: _____ По (включительно): _____ Количество часов в день: _____ Количество дней в неделю: _____ Другое: _____	

Разрешение на предоставление информации и способ предоставления	<input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Факс <input type="checkbox"/> Почта <input type="checkbox"/> Получение в отделе предоставления информации (Release of Information, ROI) Получатель: _____ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ, НОМЕР ФАКСА ИЛИ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	
	<b>Разрешение на предоставление защищенной медицинской информации.</b> Я разрешаю Kaiser Permanente предоставлять медицинскую информацию, необходимую для заполнения формы заявления на отпуск в связи с нетрудоспособностью либо в соответствии с законом «Об отпуске по семейным обстоятельствам или медицинским показаниям» (Family Medical Leave Act, FMLA), получателю либо юридическому лицу, указанному выше. Разрешение имеет силу на протяжении срока действия заявления, но не более одного (1) года с даты подписания. Я понимаю, что могу отозвать это разрешение в любой момент, направив письменный запрос в Kaiser Permanente, и имею право на получение копии этого разрешения.	
	<input type="checkbox"/> Поставьте отметку, если желаете включить информацию о диагнозе, лечении наркотической/алкогольной зависимости или направлении на такое лечение, о наличии ВИЧ/СПИД, о психическом здоровье и о генетическом тестировании.	
ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА, ДАЮЩАЯ РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ		ДАТА/ВРЕМЯ
РАСПЕЧАТАЙТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ СИНИМИ ИЛИ ЧЕРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ. (Электронные подписи не принимаются.)		

# Инструкции и определения

## Форма запроса на предоставление отпуска по закону FMLA или в связи краткосрочной либо долгосрочной нетрудоспособностью

<b>Сведения о пациенте</b>	Укажите ВСЕ сведения о пациенте.
<b>Запрос члена семьи</b>	Если вы заполняете настоящую форму в связи с необходимостью помочь в уходе за членом семьи, укажите свое имя, кем вы приходите пациенту (например, отец/мать, супруг/супруга или сын/дочь), свой номер телефона и время, в которое вам лучше звонить.
<b>Заболевание пациента</b>	Укажите заболевание, с которым связан настоящий запрос, и дату начала заболевания или наступления травмы. Если точная дата неизвестна, укажите приблизительный месяц и год. Кроме того, следует указать имя лечащего врача, который будет подписывать ваш запрос на отсутствие на работе.
<b>Данные о работе</b>	Укажите имя или название своего работодателя, свою должность и/или основные должностные обязанности (что вы делаете). Опишите свой график работы (то есть количество рабочих часов в день и дней в неделю), а также укажите, является ли ваша работа скорее сидячей или физической (предполагающей хождение, стояние и подъем тяжестей).
<b>Сведения об отпуске</b>	<p><b>Непрерывный отпуск по закону FMLA</b> определяется как отсутствие сотрудника на работе в течение более трех рабочих дней подряд при лечении у врача. Укажите дату начала и окончания отпуска.</p> <p><b>Прерывающийся отпуск по закону FMLA</b>, как правило, предоставляется сотруднику в случае обострения заболевания или для лечения заболевания. Укажите, сколько дней в месяц вы отсутствовали на работе за <u>ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА</u> и на сколько приблизительно дней вы подаете настоящий запрос.</p> <p><b>Изменение рабочих обязанностей</b> — это изменение обычных должностных обязанностей сотрудника, связанное с травмой или болезнью. Эти изменения могут касаться выполняемых задач или функций, графика работы, рабочей нагрузки, рабочего места и оборудования. Изменение условий труда носит временный характер и предоставляется травмированному или заболевшему сотруднику на время, необходимое для восстановления.</p> <p><b>Сокращение рабочего времени</b> предусмотрено, когда сотруднику необходимо сократить количество рабочих часов в день или дней в неделю, как правило, в связи с уходом за членом семьи или для восстановления после болезни.</p>
<b>Разрешение на предоставление информации и способ предоставления</b>	Если заполненная форма предназначена для направления другому лицу, пациент должен подписать разрешение на предоставление формы, содержащей защищенную медицинскую информацию. Если на разрешении не будет подписи, заполненная форма будет отправлена по почте пациенту.