

دستورالعمل برای متقاضی

در صورتی از این فرم استفاده کنید که:

- برای مرخصی پزشکی به دلیل وضعیت سلامت وخیم خودتان درخواست می‌دهید یا
- برای مرخصی خانوادگی جهت مراقبت از یکی از اعضای خانواده با بیماری وخیم درخواست می‌دهید.

ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت بیمار باید این فرم را امضا کند. برای اطلاع از اینکه چه شرایطی به عنوان «وضعیت وخیم سلامتی» واجد شرایط محسوب می‌شود و همچنین مشاهده فهرست ارائه‌دهندگان مجاز خدمات مراقبت سلامت، به بخش «دستورالعمل برای ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت» در ادامه مراجعه کنید.

دستورالعمل:

- **بخش A:** این بخش را با اطلاعات شخصی خود به عنوان متقاضی تکمیل کنید. شما باید نام و نام خانوادگی کامل خود را وارد کنید.
- **بخش B:** فقط در صورتی بخش B را تکمیل کنید که برای دریافت مرخصی خانوادگی به منظور مراقبت از یکی از اعضای خانواده مبتلا به بیماری وخیم درخواست می‌دهید. این بخش را با اطلاعات عضو خانواده خود تکمیل کنید. شما باید نام و نام خانوادگی کامل و تاریخ تولد عضو خانواده خود را وارد کنید. اگر برای دریافت مرخصی با حقوق به دلیل وضعیت وخیم سلامتی خودتان درخواست می‌دهید، این بخش را تکمیل نکنید.
- **بخش‌های C و D:** این فرم و دستورالعمل‌های ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت را در اختیار ارائه‌دهنده مجاز خدمات مراقبت سلامت بیمار قرار دهید. اطمینان حاصل کنید که ارائه‌دهنده مجاز خدمات مراقبت سلامت که وضعیت وخیم سلامتی را تأیید می‌کند، بخش‌های C و D را تکمیل و امضا کند.

مهم:

- تاریخ‌گذاری و امضای این فرم نباید بیش از 60 روز پیش از تاریخ مورد انتظار شروع مرخصی شما باشد. فرم‌هایی که پیش از این تاریخ امضا شده باشند، پذیرفته نمی‌شوند.
- پس از تکمیل و امضای فرم، هیچ‌گونه تغییری نباید در آن ایجاد شود (برای مثال، خط زدن یا استفاده از لاک غلطگیر مجاز نیست). فرم‌هایی که به هر نحوی تغییر داده شده باشند، قابل پذیرش نیستند. اگر شما یا ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت نیاز به تکمیل فرم جدیدی دارید، می‌توانید آن را از صفحه Resources (منابع) در وبسایت paidleave.oregon.gov دریافت کنید.

شما باید تمامی اطلاعات مورد نیاز را ارائه دهید. ناقص بودن اطلاعات ممکن است باعث تأخیر در رسیدگی به درخواست مزایای شما یا رد درخواستتان شود. این فرم تکمیل شده و هرگونه مدارک دیگر را در حساب Frances Online خود به نشانی frances.oregon.gov بارگذاری کنید یا فرم تکمیل شده را به نشانی زیر ارسال نمایید.

**Attn: Paid Leave Oregon
Oregon Employment Department
875 Union St NE
Salem, OR 97311**

سریع‌ترین روش برای ارسال این مدرک، بارگذاری آن از طریق حساب Frances Online شما در frances.oregon.gov است.

نیاز به راهنمایی دارید؟

این اطلاعات بسیار حیاتیست. اداره کار اورگان (OED) نهادی با فرصت‌های برابر است. اداره (OED) کمک رایگان ارائه می‌دهد تا بتوانید از خدمات ما استفاده کنید. بعضی از این خدمات عبارتند از: مترجم زبان اشاره و مترجم شفاهی، مطالب مکتوب به زبان‌های دیگر، چاپ بزرگ، نسخه صوتی و فرمت‌های دیگر. جهت دریافت راهنمایی، لطفاً با شماره 0166-

دستورالعمل برای ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت

متقاضیان از این فرم برای تأیید موارد زیر استفاده می‌کنند:

- اینکه برای مرخصی پزشکی به دلیل وضعیت وخیم سلامتی خود واجد شرایط هستند؛ یا
- اینکه برای مرخصی خانوادگی به‌منظور مراقبت از یکی از اعضای خانواده که مبتلا به بیماری وخیم است واجد شرایط هستند.

ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت بیمار که مجاز به تأیید وضعیت وخیم سلامتی متقاضی یا عضو خانواده ایشان است، باید این فرم را تکمیل و امضا کند.

برای تأیید وضعیت وخیم سلامتی:

- اطلاعات زیر را بررسی کنید تا اطمینان حاصل شود که شما مطابق تعریف، ارائه‌دهنده مجاز خدمات مراقبت سلامت هستید و همچنین وضعیت بیمار با تعریف وضعیت وخیم سلامتی مطابقت دارد.
- فقط بخش‌های C و D** این فرم را تکمیل کنید.
- بخش C:** به تمامی پرسش‌های مربوط به وضعیت وخیم سلامتی بیمار و نیاز ایشان به مرخصی پاسخ دهید.

مهم:

شما باید تشخیص پزشکی یا شرحی از علائم یا درمان موردنیاز را به اندازه‌ای ارائه دهید که برای تأیید وضعیت کافی باشد، همچنین باید تاریخ تقریبی شروع وضعیت یا زمانی که این وضعیت موجب نیاز به مرخصی شده است، و برآوردی از مدت مرخصی موردنیاز بیمار را درج کنید. اگر متقاضی برای مرخصی متناوب درخواست داده است، برآوردی از تعداد دفعات بروز وضعیت یا نیاز به درمان در هر هفته را نیز ارائه کنید.

- بخش D:** این بخش را با اطلاعات خود تکمیل کنید. همچنین باید این بخش را امضا و تاریخ‌گذاری کنید. با امضای این فرم، شما تأیید می‌کنید که مطابق تعریف مندرج در OAR 471-070-1000، ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت هستید و اطلاعات درج‌شده در این فرم صحیح و درست است.

مهم:

- امضاهای دست‌نویس و الکترونیکی مورد پذیرش هستند. نباید این فرم را بیش از 60 روز پیش از تاریخ مورد انتظار شروع مرخصی متقاضی امضا کنید. فرم‌هایی که پیش از این تاریخ امضا شده باشند، پذیرفته نمی‌شوند.
- پس از تکمیل و امضای فرم، نباید هیچ‌گونه تغییری در آن ایجاد کنید (برای مثال، خط زدن یا استفاده از لاک غلطگیر مجاز نیست). فرم‌هایی که به هر نحوی تغییر داده شده باشند، قابل پذیرش نیستند. اگر لازم است فرم جدیدی را تکمیل کنید، می‌توانید آن را از صفحه Resources (منابع) در وبسایت paidleave.oregon.gov دریافت نمایید.
- فرم تکمیل‌شده و امضا شده را به متقاضی بازگردانید.** متقاضی این فرم را همراه با درخواست دریافت مزایا برای Paid Leave Oregon ارسال خواهد کرد.

تعریف ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت:

مطابق OAR 471-070-1000، «ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت» عبارت است از:

1. شخصی که پیش از یا در طول دوره مرخصی با حقوق، مسئول اصلی ارائه خدمات مراقبت سلامت به متقاضی یا یکی از اعضای خانواده ایشان باشد، مطابق قوانین ایالت یا کشوری که در آن فعالیت می‌کند دارای مجوز یا گواهی حرفه‌ای باشد، در حدود اختیارات ناشی از مجوز یا گواهی حرفه‌ای خود فعالیت کند و یکی از افراد زیر باشد:

- پزشک کایروپراکتریک (فقط تا حدی که درمان ارائه‌شده ایشان شامل جابه‌جایی دستی ستون فقرات برای اصلاح نیمه‌دررفتگی باشد که وجود آن با تصاویر اشعه ایکس تأیید شده است).
- دندانپزشک
- ماما با ورود مستقیم
- پزشک طب طبیعی
- پرستار متخصص
- پرستار متخصص در رشته پرستاری-مامایی
- بینایی‌سنج
- پزشک
- دستیار پزشک
- روان‌شناس
- پرستار ثبت‌شده
- مددکار اجتماعی دارای مجوز قانونی

2. شخصی که پیش از یا در طول دوره مرخصی با حقوق، مسئول اصلی درمان متقاضی یا عضو خانواده ایشان صرفاً از طریق روش‌های معنوی باشد، از جمله، اما نه محدود به، درمانگران علم مسیحی.

تعریف وضعیت وخیم سلامتی:

مطابق OAR 471-070-1000، «وضعیت وخیم سلامتی» عبارت است از:

بیماری، آسیب، اختلال یا وضعیت جسمی یا روانی متقاضی یا یکی از اعضای خانواده ایشان که:

- نیازمند بستری شدن در یک مرکز ارائه خدمات درمانی مانند بیمارستان، آسایشگاه یا مرکز اقامتی مانند خانه سالمندان باشد.
- بنا به تشخیص پزشکی ارائه‌دهنده خدمات درمانی، خطر قریب‌الوقوع مرگ داشته باشد یا بیماری در مرحله نهایی بوده و احتمال معقول مرگ در آینده نزدیک وجود داشته باشد.
- نیازمند مراقبت مستمر یا مداوم، از جمله مراقبت در منزل توسط یک متخصص خدمات مراقبت سلامت باشد.
- موجب ایجاد دوره‌ای از ناتوانی شود. «ناتوانی» به معنای عدم توانایی در انجام حداقل یکی از وظایف اساسی شغلی، یا حضور در مدرسه، یا انجام فعالیت‌های عادی روزانه برای بیش از سه روز تقویمی متوالی است. دوره ناتوانی شامل هرگونه درمان یا دوره بهبودی بعدی مرتبط با همان وضعیت نیز می‌شود. این ناتوانی باید شامل یکی از موارد زیر باشد:
- دو یا چند نوبت درمان توسط ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت
- یک نوبت درمان به همراه یک رژیم مراقبتی مستمر
- منجر به دوره‌ای از ناتوانی یا درمان برای یک وضعیت سلامتی وخیم و مزمن شود که مستلزم مراجعات دوره‌ای برای درمان توسط یک ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت است، در مدت زمان طولانی ادامه دارد و ممکن است به جای ایجاد ناتوانی مداوم، موجب ناتوانی‌های دوره‌ای شود؛ مانند آسم، دیابت یا صرع
- شامل ناتوانی دائمی یا بلندمدت ناشی از وضعیتی باشد که درمان آن ممکن است مؤثر نباشد، مانند بیماری آلزایمر، سکته مغزی شدید یا مراحل پایانی یک بیماری. کارمند یا عضو خانواده باید تحت مراقبت مستمر ارائه‌دهنده خدمات

مراقبت سلامت باشد، اما لزوماً نیازی به دریافت درمان فعال ندارد

- شامل چندین نوبت درمان برای جراحی ترمیمی یا برای وضعیتی مانند شیمی درمانی سرطان، فیزیوتراپی آرتريت یا دیالیز بیماری کلیوی باشد که در صورت عدم درمان، احتمالاً منجر به ناتوانی بیش از سه روز تقویمی خواهد شد
- شامل هر دوره ناتوانی ناشی از بارداری، زایمان، سقط جنین یا مردهزایی، یا هر دوره غیبت برای دریافت مراقبت‌های پیش از زایمان باشد
- شامل هر دوره غیبت از کار برای اهدای بخشی از بدن، عضو یا بافت، از جمله خدمات پیش از عمل یا تشخیصی، جراحی، درمان پس از عمل و دوران بهبودی باشد.

بخش A: اطلاعات متقاضی

توسط متقاضی تکمیل شود. تکمیل تمامی بخشها الزامی است، مگر در مواردی که خلاف آن ذکر شده باشد.

نام: _____ نام خانوادگی: _____

شماره تامین اجتماعی (SSN): _____ (اختیاری) یا

شماره شناسایی مالیات دهنده شخص حقیقی (ITIN): _____ (اختیاری)

تاریخ تولد: (ماه/روز/سال) ____/____/____

☐ نوع مرخصی درخواستی: مرخصی پزشکی به دلیل وضعیت وخیم سلامتی خود متقاضی

☐ مرخصی خانوادگی جهت مراقبت از عضو خانواده با بیماری وخیم

بخش B: اطلاعات بیمار (در صورت درخواست مرخصی خانوادگی، توسط متقاضی تکمیل شود.)

نام: _____ نام خانوادگی: _____

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): ____/____/____ نسبت با متقاضی: _____

بخش C: گواهی ارائه دهنده خدمات مراقبت سلامت

توسط ارائه دهنده مجاز خدمات مراقبت سلامت بیمار تکمیل شود. تکمیل تمامی بخشها الزامی است، مگر در مواردی که خلاف آن ذکر شده باشد.

این بخش باید توسط ارائه دهنده مجاز خدمات مراقبت سلامت تکمیل و امضا شود. فرم های ناقص یا تغییر یافته ممکن است موجب تأخیر در رسیدگی یا رد درخواست مزایای متقاضی شوند.

اطلاعات پزشکی مرتبط و کافی برای تأیید وضعیت وخیم سلامتی را ارائه کنید. این اطلاعات باید شامل تشخیص پزشکی یا شرح علائم یا درمان مورد نیاز برای وضعیت وخیم سلامتی باشد. پاسخ های شما باید بهترین برآوردتان بر اساس دانش پزشکی، تجربه و معاینه بیمار باشد.

☐ کد اصلی ICD-10 (اختیاری): _____

ادامه در صفحه ۶

بخش C: گواهی ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت (ادامه)

توسط ارائه‌دهنده مجاز خدمات مراقبت سلامت بیمار تکمیل شود. تکمیل تمامی بخشها الزامی است، مگر در مواردی که خلاف آن ذکر شده باشد.

کدامیک از موارد زیر در خصوص وضعیت وخیم سلامتی بیمار صدق می‌کند؟ تمام مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید:

- ☐ **مراقبت بستری:** بیمار برای اقامت شبانه‌روزی در بیمارستان، آسایشگاه یا مراکز اقامتی درمانی و مراقبتی بستری شده است یا انتظار می‌رود بستری شود.
- ☐ **خطر مرگ یا بیماری در مرحله نهایی:** وضعیت بیمار خطر قریب‌الوقوع مرگ دارد یا بیماری در مرحله نهایی قرار دارد.
- ☐ **مراقبت مداوم:** وضعیت بیمار مستلزم مراقبت دائمی یا مستمر است (برای مثال، مراقبت در منزل توسط یک متخصص خدمات مراقبت سلامت).
- ☐ **ناتوانی به همراه درمان:** (برای مثال، جراحی سرپایی زانو یا شکستگی پا) وضعیت بیمار شامل دوره‌ای از ناتوانی است؛ به این معنا که بیمار قادر نیست یا قادر نخواهد بود حداقل یکی از وظایف اساسی شغلی یا فعالیت‌های عادی روزانه خود را برای بیش از سه روز تقویمی متوالی انجام دهد و (یکی را انتخاب کنید):
- ☐ نیازمند دو یا چند نوبت درمان باشد؛ یا
- ☐ نیازمند یک نوبت درمان و مراقبت مستمر باشد.
- ☐ **بیماری مزمن:** (برای مثال، آسم، دیابت یا صرع) وضعیت بیمار مستلزم مراجعات مکرر درمانی در یک دوره زمانی طولانی است. این وضعیت ممکن است به‌جای ناتوانی مداوم، باعث دوره‌های مقطعی ناتوانی شود.
- ☐ **وضعیت دائمی یا بلندمدت:** (به عنوان مثال، آلزایمر، مراحل پایانی سرطان) به دلیل این وضعیت، ناتوانی بیمار دائمی یا بلندمدت است و حتی اگر درمان فعال دریافت نکند، نیازمند مراقبت مستمر ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت است.
- ☐ **وضعیتی که نیازمند چندین نوبت درمان است:** (برای مثال، شیمی‌درمانی یا جراحی ترمیمی) به دلیل وضعیت بیمار، دریافت چندین نوبت درمان از نظر پزشکی ضروری است. در صورت عدم دریافت این درمان‌ها، احتمالاً بیمار بیش از سه روز تقویمی دچار ناتوانی خواهد شد.
- ☐ **بارداری و زایمان:** بیمار به دلیل بارداری، زایمان، سقط جنین، مرده‌زایی یا نیاز به مراقبت‌های پیش از زایمان، در دوره ناتوانی قرار دارد یا نیازمند غیبت از کار است.
- ☐ **اهدای عضو/بخشی از بدن یا بافت:** اهدای عضو مستلزم غیبت از کار است؛ از جمله برای خدمات پیش از عمل یا تشخیصی، جراحی، درمان پس از عمل و دوران بهبودی.
- ☐ **هیچ‌یک از موارد فوق:** وضعیت بیمار در هیچ‌یک از دسته‌بندی‌های فوق برای وضعیت وخیم سلامتی قرار نمی‌گیرد.
- مهم:** اگر این گزینه را علامت بزنید، وضعیت بیمار معیارهای وضعیت وخیم سلامتی را ندارد و متقاضی واجد شرایط دریافت مرخصی پزشکی یا مرخصی خانوادگی نخواهد بود.

ادامه در صفحه 7

نام متقاضی:	SSN یا ITIN:								
تاریخ شروع وضعیت وخیم سلامتی، تاریخ ایجاد نیاز به مرخصی (در صورت متفاوت بودن) و تاریخ تقریبی پایان آن را وارد کنید. توجه: عباراتی مانند «نامشخص» یا «غیرقابل تعیین» برای احراز شرایط دریافت مزایای مرخصی با حقوق اورگان کافی نیستند. تاریخ شروع وضعیت (ماه/روز/سال): ____/____/____ تاریخی که وضعیت بیمار موجب نیاز به مرخصی شد (در صورتی که با تاریخ شروع وضعیت متفاوت باشد) (ماه/روز/سال): ____/____/____ تاریخ (تقریبی) پایان وضعیت (ماه/روز/سال): ____/____/____									
اگر وضعیت مزمن یا دائمی است، گزینه زیر را علامت بزنید و تاریخ شروع و تاریخ مورد انتظار پایان دوره فعلی این وضعیت را وارد کنید. ☐ وضعیت مزمن یا دائمی									
آیا این وضعیت یا روند درمان به صورت متناوب (نه هر روز) بر بیمار تأثیر می‌گذارد؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ بله است، حداکثر دفعات مورد انتظار برای این وضعیت یا درمان چقدر است؟ <table border="0"> <tr> <td>☐ یک روز در هفته</td> <td>☐ پنج روز در هفته</td> </tr> <tr> <td>☐ دو روز در هفته</td> <td>☐ شش روز در هفته</td> </tr> <tr> <td>☐ سه روز در هفته</td> <td>☐ هفت روز در هفته</td> </tr> <tr> <td>☐ چهار روز در هفته</td> <td></td> </tr> </table>		☐ یک روز در هفته	☐ پنج روز در هفته	☐ دو روز در هفته	☐ شش روز در هفته	☐ سه روز در هفته	☐ هفت روز در هفته	☐ چهار روز در هفته	
☐ یک روز در هفته	☐ پنج روز در هفته								
☐ دو روز در هفته	☐ شش روز در هفته								
☐ سه روز در هفته	☐ هفت روز در هفته								
☐ چهار روز در هفته									
لطفاً اطلاعات مربوط به تعداد دفعات مورد انتظار برای این وضعیت یا برنامه درمانی در هر هفته را تا حد امکان با جزئیات ارائه کنید: _____ _____ _____ _____									
اگر وضعیت وخیم سلامتی ناشی از بارداری است، لطفاً تأیید کنید که بیمار در حال حاضر باردار است یا در سال قبل از تاریخ شروع مرخصی باردار بوده است. ☐ بله ☐ خیر تاریخ تولد کودک یا تاریخ مورد انتظار زایمان (ماه/روز/سال): ____/____/____									

ادامه در صفحه 8

نام متقاضی:		SSN/ITIN:
بخش D: اطلاعات و امضای ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت توسط ارائه‌دهنده مجاز خدمات مراقبت سلامت بیمار تکمیل شود.		
☐ من تعاریف «ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت» و «وضعیت وخیم سلامتی» (مطابق OAR 471-070-1000) را مطالعه کرده‌ام. اینجانب اظهار می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده در این فرم صحیح و درست است و مطابق تعریف مندرج در OAR 471-070-1000، ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت هستم.		
امضای ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت (دست‌نویس یا الکترونیکی):		تاریخ: __/__/__
نام و نام خانوادگی:		عنوان شغلی یا تخصص:
شماره پروانه/مجوز نظام پزشکی (اختیاری):		ایالت آمریکا یا کشور (صادرکننده مجوز):
نوع فعالیت حرفه‌ای یا تخصص پزشکی:		
تلفن:		نشانی ایمیل: (اختیاری)
نام محل کار:		
آدرس:		