



**PFML -**

## **Kit de Ferramentas do Provedor de Cuidados de Saúde**

Licença Médica e Familiar Remunerada, ou PFML, é um programa de benefícios para trabalhadores de Massachusetts oferecido pelo estado. Este guia ajudará você a entender o programa e o processo de inscrição.



**Paid Family &  
Medical Leave  
MASSACHUSETTS**

# ***Neste documento***

- 01** O que é PFML?
- 02** Quais são os tipos de licença disponíveis?
- 03** Qual é o meu papel como provedor de cuidados de saúde?
- 04** O que é uma condição de saúde grave?
- 05** O que são atividades de licença para cuidar alguém?
- 06** Quais documentos precisarei preencher?
- 11** Há alguma outra coisa que eu deveria saber

# 66 O que é PFML?

A PFML é um programa estadual concebido para fornecer aos empregados de Massachusetts os recursos para gerenciarem sua própria condição de saúde grave, a condição de saúde grave de um familiar, os assuntos de um familiar militar na ativa ou para solidificar sua ligação com uma criança.

A PFML oferece uma reposição temporária de renda aos funcionários que se qualificarem.

Além disso, os funcionários que se qualificarem têm direito a certas proteções profissionais. Quando um empregado retorna de uma licença, seu empregador é obrigado a recolocá-lo no mesmo cargo que tinha antes de tirar a licença, ou em um cargo com o mesmo nível salarial, benefícios trabalhistas, crédito por tempo de serviço e senioridade.

## FMLA (Lei de Licença Médica e Familiar) v. PFML (Licença Médica e Familiar Remunerada)

### Lei da Licença Médica e Familiar (FMLA - Family and Medical Leave Act)

- Uma lei federal
- Cobre empresas com 50 funcionários ou mais
- Os funcionários se qualificam se estiverem empregados há pelo menos 12 meses com 1.250 horas trabalhadas
- O empregador não é responsável por nenhuma contribuição
- Os benefícios fornecidos incluem proteção ao cargo e licença familiar e médica não remunerada





### Licença Médica e Familiar Remunerada (PFML - Paid Family and Medical Leave)

- Uma lei estadual
- Cobre empresas com 10 ou mais Empregados
- Os funcionários são elegíveis se atenderem aos requisitos de rendimentos  
[www.mass.gov/pfmlearnings](http://www.mass.gov/pfmlearnings)
- O empregador é responsável pela coleta e envio de contribuições da PFML em nome dos empregados
- Os benefícios fornecidos incluem proteção ao cargo e licença familiar e médica remunerada





# Quais são os tipos de licença disponíveis?

Licença familiar		Licença médica
Até 12 semanas	Até 26 semanas	Até 20 semanas
 <b>Licença para solidificar sua ligação com uma criança</b> Licença para solidificar sua ligação com a criança do indivíduo coberto durante os primeiros 12 meses após o nascimento da criança ou nos primeiros 12 meses após a adoção da criança ou colocação da criança em lar adotivo do indivíduo coberto.	 <b>Licença para gerenciar assuntos de militares na ativa</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Licença para administrar assuntos de um familiar na ativa ou que tenha sido notificado de ordem iminente de serviço ativo nas Forças Armadas ou para cuidar de familiar que seja um militar coberto que foi ferido quando estava na ativa.</li><li>A licença para gerenciar os assuntos de um militar coberto é de 12 semanas no total e conta para a quota de 12 semanas de licença familiar.</li></ul>	 <b>Licença para gerenciar sua própria condição de saúde grave</b> Licença para cuidar de um familiar
 <b>Licença para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave</b> Licença para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave. As atividades podem incluir: <ul style="list-style-type: none"><li>Prover as necessidades da vida diária que o familiar não consegue realizar devido à sua condição de saúde grave</li><li>Providenciar transporte para tratamento de sua condição de saúde mental grave</li><li>Ajudar nos preparativos para alterações nos cuidados do familiar</li></ul>		



# Qual é o meu papel como provedor de cuidados de saúde?

Um provedor de cuidados de saúde é um indivíduo licenciado pelo estado, comunidade, território ou país em que o indivíduo pratica medicina, cirurgia, odontologia, quiropraxia, podologia, obstetrícia ou osteopatia.

Incluindo: podólogos, dentistas, psicólogos clínicos, optometristas, quiropráticos, enfermeiros clínicos, enfermeiras parteiras, assistentes sociais clínicos, assistentes médicos e Praticantes da Ciência Cristã listados na Primeira Igreja de Cristo, Cientista em Boston, Massachusetts.

## Os provedores de cuidados de saúde desempenham um papel fundamental para:

- Informar os pacientes e suas famílias sobre os benefícios da PFML no local do atendimento, quando e onde eles precisarem
- Ajudar os pacientes e suas famílias a entender como os benefícios da PFML podem ajudá-los na recuperação e saúde da família
- Fornecer a certificação ou documentação necessária aos pacientes e suas famílias

## O processo de inscrição

### Inscrição para tirar uma licença médica


Parte da inscrição de um empregado é o formulário de [Certificação de sua condição de saúde grave](#). Você, como provedor médico, precisará atestar:

- A condição de saúde grave do seu paciente e como isso está afetando sua capacidade de trabalhar
- A duração e frequência da licença - você só precisa fazer uma estimativa
- As próximas necessidades do paciente de eventos médicos, como licença médica que ocorrerá antes ou depois do parto
- Condições devidas a uma gravidez interrompida (aborto espontâneo), nascimento de natimorto ou depressão perinatal que impeça seu/sua paciente de trabalhar

### Requerimento de licença familiar

Parte da inscrição de um empregado é o formulário de [Certificação da Condição de Saúde Grave de Seu Familiar](#). Você preencherá este formulário para atestar que:

- A condição de saúde grave do seu paciente e como ela está afetando sua capacidade de cuidar de si próprio
- A duração e frequência da licença - você só precisa fazer uma estimativa
- Atividades dos pacientes com as quais eles possam precisar de ajuda, como dirigir até as consultas ou comprar alimentos e medicamentos



# O que é uma condição de saúde grave?

Uma condição de saúde grave é uma condição física ou mental que impeça o paciente de realizar seu trabalho por mais de 3 dias consecutivos e completos e requer 1 das seguintes condições:

- 2 ou mais tratamentos por um provedor de cuidados de saúde (presencialmente ou por consulta de telessaúde) no prazo de 30 dias corridos após o paciente ser incapaz de desempenhar as suas funções
- Pernoite em um hospital, unidade de cuidados paliativos ou instalação médica
- Pelo menos 1 tratamento por um provedor de cuidados de saúde no prazo de 30 dias após o paciente ser incapaz de desempenhar as suas funções, com planos para continuação do tratamento, incluindo receitas

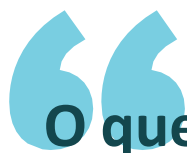
## Condições de saúde graves podem incluir:

- Condições crônicas, como asma ou diabetes, que impedem que o paciente trabalhe por algum tempo, perduram por algum tempo e exigem que o paciente vá ao médico mais de duas vezes por ano
- Condições permanentes ou de longo prazo, como doença de Alzheimer, AVC (acidente vascular cerebral) ou câncer terminal, que podem não ser curáveis e necessitarão de atenção contínua, mas não exigirão necessariamente tratamento ativo. Por exemplo, quando uma pessoa está em uma unidade de cuidados paliativos
- Condições que exigem vários tratamentos, como quimioterapia, diálise renal ou fisioterapia após um acidente
- Condições devido à gravidez, recuperação pós-natal ou pós-parto que o impeçam de trabalhar, conforme certificado por um provedor de cuidados de saúde
- Condições devidas a uma gravidez interrompida (aborto espontâneo), nascimento de natimorto ou depressão perinatal que impeça seu/sua paciente de trabalhar
- Transtorno por Uso de Substâncias se o paciente estiver recebendo tratamento de um provedor de cuidados de saúde, por um provedor de serviços de saúde mediante encaminhamento de um provedor ou por um programa licenciado pelo Departamento de Saúde Pública de MA
- Complicações relacionadas a um diagnóstico de COVID-19 que o impeçam de trabalhar, conforme atestado por um provedor de cuidados de saúde

## Condições de saúde graves podem incluir:

- Cirurgia estética não é coberta pela licença médica e familiar, a menos que seja necessário internação hospitalar ou a menos que surjam complicações





# O que são atividades de licença para cuidar de alguém?

**Quando estiver cuidando de um familiar com uma condição de saúde grave, as atividades podem incluir, sem limitação:**

- Prover as necessidades da vida diária que o familiar não pode realizar devido à sua condição de saúde grave, como ajudá-lo a se vestir ou preparar refeições
- Providenciar transporte até o médico ou a outras instalações para consultas e tratamento
- Fornecer apoio para uma condição de saúde mental grave de seu familiar, como levá-lo a sessões de terapia ou a consultas de medicação devido a depressão grave
- Ajudar nos preparativos para alterações nos cuidados do familiar, como em uma transferência para uma casa de enfermagem

**Você pode tirar uma licença para cuidar de um familiar em diversas situações. Alguns exemplos incluem:**

- Se o pai ou a mãe do paciente estiver fazendo uma Artroplastia de quadril e precisar de ajuda para ir e voltar da fisioterapia, você pode tirar uma licença reduzida e trabalhar menos horas por dia ou menos dias por semana para ajudá-lo(a)
- Se o seu cônjuge estiver fazendo uma cirurgia seguida de longa recuperação, período durante o qual não poderá banhar-se sem ajuda, você poderá tirar até 12 semanas de licença contínua para ajudá-lo(a)
- Se o filho de um paciente estiver fazendo quimioterapia e tiver crises de náusea, fraqueza e dor, seu pai ou sua mãe poderá tirar uma licença intermitente quando precisar cuidar da criança





# Quais documentos terei de preencher?

Formulário de certificação de sua condição de saúde grave



Para pacientes que solicitam licença médica devido à sua própria condição de saúde grave

Formulário de certificação da condição de saúde grave de um familiar



- Para empregados que estão solicitando uma licença médica para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave
- Para empregados que estão solicitando uma licença médica para cuidar de um familiar que seja um militar coberto com uma condição de saúde grave

## Formulário de certificação de sua condição de saúde grave

**1 Employee Applying for Paid Medical Leave** Instructions ► Complete this section with your own information. The DFML will use Section 1 to match this certification to the rest of your application for paid leave.

1 Your name:  First:  Last:

2 (If different) Your name as it appears on official documents like a driver's license or W-2:  First:  Middle:  Last:

3 Phone #:  -  -

4 Date of birth:  /  /

5 Last 4 digits of your Social Security Number or Individual Taxpayer ID Number (ITIN):

6 Occupation:

### o1 Seção 1: Empregado requerendo licença médica remunerada

O empregado, seu paciente, que está solicitando licença remunerada, é responsável pelo preenchimento da Seção 1.

### o2 Seção 2: Condição de saúde grave do paciente

Você, sendo o provedor de cuidados de saúde, deve preencher da Seção 2 até a Seção 5.

Na Seção 2, confirme que seu/sua paciente tem uma condição de saúde grave e descreva os critérios que se aplicam.

**2 Patient's Serious Health Condition** Instructions ► This form should be filled out by the employee's health care provider. For the employee to qualify for paid leave, the patient must have a serious health condition. Answer all questions fully and completely.

7 Which of the following apply to the patient's serious health condition? Check all that apply; this includes mental health.

<input type="checkbox"/> Requires, or did require inpatient care.	<input type="checkbox"/> Is chronic, requires treatments at least twice a year, and may require periodic absences.
<input type="checkbox"/> Has incapacitated or will incapacitate the patient for more than three consecutive full calendar days, AND (pick one)	<input type="checkbox"/> Is long-term and requires ongoing medical supervision, with or without active treatment.
<input checked="" type="radio"/> Requires two or more medical visits within 30 days.	<input type="checkbox"/> Requires multiple treatments and would lead to a period of incapacity without treatment.
OR	<input type="checkbox"/> None of the above.
<input checked="" type="radio"/> Requires one medical visit, plus a regimen of care.	

◀ If none apply, the patient is not eligible for PFML.



8 Provide appropriate medical facts about the patient's serious health condition (e.g., symptoms, prescriptions, referrals for evaluation or treatment):

9 State at least one essential job function the patient is unable to perform due to their serious health condition (e.g., specific tasks like sitting at a computer, performing manual labor, making decisions, or the ability to work at all)

10 Is this serious health condition a job-related injury?  
 Yes  No

11 Is the patient's serious health condition related to pregnancy or recovery from childbirth?  
 Yes  No If yes, how much time will the patient need?

- The patient will need approximately \_\_\_\_\_ weeks for pregnancy or prenatal care.
- The patient will need approximately \_\_\_\_\_ weeks for recovery from childbirth or postnatal care.

12 When is the expected delivery date:  /  /

Medical leave for pregnancy, prenatal care, or recovery from childbirth must meet the definition of a serious health condition.

Taking Medical Leave does not impact a patient's ability to take Family Leave to bond with their child, provided that the number of weeks taken for leave does not exceed the 26-week maximum in a benefit year. There is no form needed to take family leave to bond with a child- just proof of birth. [Learn more.](#)

## Seção 2: Condição de saúde grave do paciente (cont.)

Detalhe a condição de saúde grave do seu paciente, incluindo o regime de cuidados, funções profissionais que o paciente não consegue desempenhar e quaisquer outros detalhes pertinentes.

Confirme se a condição é uma lesão relacionada ao trabalho ou à gravidez ou à recuperação do parto. Estime quantas semanas serão necessárias para a recuperação da gravidez e/ou recuperação do parto.

## 03 Seção 3: Detalhes da estimativa da licença

Faça a melhor estimativa possível quanto ao tipo de licença que será necessária: contínua, reduzida, intermitente, ou uma combinação dos três tipos.

### Licença Contínua

Licença de período integral sem interrupções

### Licença reduzida

Horário consistente que seja menor do que a jornada de trabalho normal do empregado

### Licença intermitente

Vários períodos de licença, que podem ser irregulares ou inesperados

Paid Medical Leave | Certification of Your Serious Health Condition Page 5

Employee Your Name: \_\_\_\_\_

Health care provider

### 3 Estimate Leave Details

**Instructions** ▶ The following questions are about the frequency or duration of a condition. Check all that apply to the patient's condition but you must provide your **best estimate** of the start and end dates and the duration based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.

13  **Continuous Leave:** Due to the condition, the patient is/will be incapacitated for a continuous period of time (completely unable to work for consecutive, uninterrupted days).

Provide your **best estimate** of the beginning date \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) and end date \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) for the period of incapacity.

**Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.**

14  **Reduced Leave:** Due to the condition, it is medically necessary for the patient to work a reduced but consistent schedule.

Provide your **best estimate** of the reduced schedule the patient is able to work. From \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) to \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) the patient is able to work: (e.g., 5 hours/day, up to 25 hours a week) \_\_\_\_\_.

**Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.**

15  **Intermittent Leave:** Due to the condition, it is medically necessary for the patient to be absent from work on an intermittent basis (multiple episodes of time off, which may be irregular or unexpected). Provide your **best estimate** of how often (frequency) and how long (duration) the episodes of incapacity will likely last.

From roughly \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) to \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) (over the next 6 months), episodes of incapacity are estimated to occur \_\_\_\_\_ times per (  day/  week/  month) and are likely to last approximately \_\_\_\_\_ (  hours/  days) per episode.

**Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.**

## 4 Provider's Certification & Information

**Instructions** ▶ Sign and date to agree to this declaration. Provide the relevant licensing and contact information about your practice or business. Before returning the form, review **Pages 3-6**.



I certify that the information provided in this form is true and correct, that I have examined the patient and answered the questions accurately and to the best of my ability, and that I am a health care provider authorized to certify their condition.

See **page 2** for the definition of a health care provider.

16 **Signature:** \_\_\_\_\_ Date:  /  /

17 **Printed name and title:**  
Name: \_\_\_\_\_  
Title: \_\_\_\_\_

18 **Certificate/license to practice number:** \_\_\_\_\_ **State/Country:** \_\_\_\_\_  
**Note** ▶ The form will **not** be accepted unless a license number is provided.

19 **Area of practice or medical specialty:** \_\_\_\_\_

20 **Name of your practice or business:** \_\_\_\_\_

21 **Address:** \_\_\_\_\_

22 **Office phone #:**  -  -

23 **Office fax #:**  -  -  (optional)

04

### Seção 4: Certificação e informações do provedor

Forneça informações sobre sua certificação e área de atuação ou especialidade médica. O formulário não será aceito se o número da licença não for fornecido.

## Formulário de certificação da condição de saúde grave do seu familiar

### 1 Employee Applying for Family Caring Leave

**Instructions** ▶ Complete **Section 1** with your own information.

1 **Your name:**  
First: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

2 (If different) **Your name as it appears on official documents like a driver's license or W-2:**  
First: \_\_\_\_\_ Middle: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

3 **Phone #:**  -  -

4 **Date of birth:**  /  /

5 **Last 4 digits of your Social Security Number or Individual Taxpayer ID Number (ITIN):**

6 **Why are you applying for leave?**  
 To care for a family member with a serious health condition  
 To care for a family member with a serious health condition related to military service

If you are applying for your own serious health condition, this is not the correct form. You need the **Certification of Your Serious Health Condition**.

7 **Occupation:** \_\_\_\_\_

01

### Seção 1: Empregado querendo licença para cuidar de sua família

O empregado que está se inscrevendo para uma licença remunerada para cuidar de seu paciente deve preencher a Seção 1.

### 2 Family member information

**Instructions** ▶ Complete **Section 2** with your family member's information. DFML needs to know your relationship with the patient to certify leave eligibility.

8 **The family member who is experiencing a serious health condition is my:**  
 Child  Spouse or domestic partner  Parent, or guardian who legally acted as my parent when I was a child  
 Parent of my spouse or domestic partner  Sibling  Grandchild  
 Grandparent

For more detailed definitions of what family members fall into each of these categories see [www.mass.gov/family-caring-leave-relationships](http://www.mass.gov/family-caring-leave-relationships)

9 **Family member's name:**  
First: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

02

### Seção 2: Informações sobre o familiar

O empregado deve digitar as informações sobre seu familiar (seu/sua paciente) para completar a Seção 2.

**10** Family member's name as it appears on official documents such as a driver's license or insurance documents (if different):

First: \_\_\_\_\_ Middle: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

**11** Family member's address:

Street: \_\_\_\_\_

Address line 2: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_


State: [ ][ ] Zip: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Country: \_\_\_\_\_

Where your family member lives does not affect your eligibility. You can take paid family leave to care for a family member with a serious health condition no matter where they are.

**12** Family member's date of birth:

[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**13** Authorization:

 I authorize The Department of Family and Medical Leave (DFML) to use the information on this form to determine my eligibility for Paid Family and Medical Leave. I attest that I am applying for paid leave to care for a family member with a serious health condition, and I agree that DFML can share this information with my employer, and employer affiliates, for the purpose of supporting my application for leave.

I certify that I have the authorization of the above-named family member to provide the information contained within this certification to the Department for purposes of determining my eligibility for paid family leave.

Employee Signature: \_\_\_\_\_ [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

02

## Seção 2: Informações sobre o familiar (cont.)

O empregado deve digitar as informações sobre seu familiar (seu/sua paciente) para completar a Seção 2.

Employee Employee applying for leave:

Health care provider Health Care Provider Certification of a Serious Health Condition

**3** Family Member's Serious Health Condition

**Instructions** ▶ This form should be filled out by the **healthcare provider of the patient**. The patient is the family member of the employee. The patient must have a serious health condition for the employee to qualify for paid leave to care for them. Answer all questions fully and completely.

**14** Which of the following apply to the patient's serious health condition? Check all that apply; this includes mental health.

<input type="checkbox"/> Requires, or did require inpatient care.	<input type="checkbox"/> Is chronic, requires treatments at least twice a year, and may require periodic absences.
<input type="checkbox"/> Has incapacitated or will incapacitate the patient for more than three consecutive full calendar days, <b>AND</b> (pick one)	<input type="checkbox"/> Is long-term and requires ongoing medical supervision, with or without active treatment.
<input type="radio"/> Requires two or more medical visits within 30 days.	<input type="checkbox"/> Requires multiple treatments and would lead to a period of incapacity without treatment.
<b>OR</b>	<input type="checkbox"/> None of the above.
<input type="radio"/> Requires one medical visit, plus a regimen of care.	

If none apply to the patient, the employee is not eligible for PFML.

**15** Is this health condition related to the patient's military service?

Yes  No

**16** Describe the relevant medical facts and appropriate information related to the condition for which the patient needs care.

Medical facts may include symptoms, prescriptions, or referrals for evaluation or treatment.

**17** Will the employee be required to take time off work to care for the patient?

Yes  No

**18** Describe the kinds of care related to the patient's condition that the employee will provide.

Examples of care may include providing medical, hygienic, nutritional or safety needs that the patient is unable to perform themselves, e.g. transportation to the doctor.

03

## Seção 3: Condição de saúde grave de familiar

Você, sendo o provedor de cuidados de saúde, deve preencher da Seção 3 até a Seção 5.

Na Seção 3, confirme que seu/sua paciente tem uma condição de saúde grave e descreva os critérios que se aplicam.

Estime quando a condição começou e se está relacionada ao serviço militar do paciente.

Anote qualquer informação médica relevante sobre seu paciente que demonstre que ele ou ela precisará de cuidados.



## 4 Estimate Leave Details

**Instructions** ▶ The following questions are about the frequency or duration of a condition. Check all that apply to the patient's condition but you must provide your best estimate of the start and end dates and the duration based on your medical knowledge, experience, and examination of the patient.

- 19 **Continuous Leave:** Due to the condition, the patient is/will be incapacitated and will need care from the employee for a continuous period of time (employee is completely unable to work for consecutive, uninterrupted days).

Provide your **best estimate** of the beginning date  (mm/dd/yyyy) and end date  (mm/dd/yyyy) for the period of incapacity.

**Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.**

- 20 **Reduced Leave:** Due to the patient's condition, it is medically necessary for the employee to work a reduced but consistent schedule.

Provide your **best estimate** of the reduced schedule the employee is able to work. From  (mm/dd/yyyy) to  (mm/dd/yyyy) the patient is able to work: (e.g., 5 hours/day, up to 25 hours a week) .

**Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.**

- 21 **Intermittent Leave:** Due to the condition, it is medically necessary for the employee to be absent from work on an intermittent basis to care for the patient (multiple episodes of time off, which may be irregular or unexpected). Provide your **best estimate** of how often (frequency) and how long (duration) the episodes of incapacity will likely last.

From roughly  (mm/dd/yyyy) to  (mm/dd/yyyy), (over the next 6 months), episodes of incapacity are estimated to occur  times per (  day/ week/ month) and are likely to last approximately  ( hours/ days) per episode.

**Do not use terms like "unknown" or "TBD" as it may result in delays and revisions to the form.**

04

### Seção 4: Detalhes da estimativa da licença

Faça a melhor estimativa possível quanto ao tipo de licença que será necessária: contínua, reduzida, intermitente, ou uma combinação dos três tipos.

Licença Contínua  
Licença de período integral sem interrupções

Licença reduzida Horário consistente que é menor do que a jornada de trabalho normal de um empregado

Licença Intermitente  
Licenças tiradas em períodos separados devido a um único motivo qualificante

## 5 Provider's Certification & Information

**Instructions** ▶ Sign and date to agree to this declaration. Provide the relevant licensing and contact information about your practice or business. Before returning the form to the employee, review to be sure you have signed it.



I certify that the information provided in this form is true and correct, that I have examined the patient and answered the questions accurately and to the best of my ability, and that I am a health care provider authorized to certify their condition.

See page 2 for the definition of a healthcare provider.

- 22 Signature:  Date:  /  /

- 23 Printed name and title:  
Name:   
Title:

- 24 Certificate/license to practice number:  State/Country:   
**Note** ▶ The form will **not** be accepted unless a license number is provided.

- 25 Area of practice or medical specialty:

- 26 Name of your practice or business:

- 27 Address:

- 28 Office phone #:  -  -

- 29 Office fax #:  -  -  (optional)

05

### Seção 5: Certificação e informações do fornecedor

Forneça informações sobre sua certificação e área de atuação ou especialidade médica. O formulário não será aceito se o número da licença não for fornecido.



## Há alguma outra coisa que eu deveria saber?

### **Meus pacientes podem combinar licença médica e licença para solidificar sua ligação com uma criança?**

Uma mulher grávida se qualifica para tirar licença médica durante ou após a gravidez, se tiver uma condição de saúde grave e uma certificação do seu provedor de cuidados de saúde de que está incapacitada para trabalhar devido à sua condição de saúde grave.

Se, como provedor de cuidados de saúde, você achar que ela precisa tirar uma licença médica durante ou após a gravidez, além das 12 semanas de licença familiar para solidificar sua ligação com uma criança, você precisará preencher um formulário de Certificação da condição grave de saúde de seu paciente.

A mãe biológica deve solicitar uma licença médica primeiro, antes de solicitar uma licença familiar para solidificar sua ligação com a criança. Assim que a licença médica for aprovada, ligue para o Centro de Contato do DFML pelo telefone (833) 344-7365 ou acesse a internet para adicionar um pedido de licença familiar para solidificar sua ligação com a criança.

### **Meus pacientes podem prolongar sua licença e preciso preencher o formulário novamente?**

Se o seu paciente planeja estender sua licença, ele deverá notificar o DFML no prazo de trinta (30) dias antes da data de término da licença e notificar seu empregador neste momento.

Os provedores de cuidados de saúde podem confirmar a extensão da licença com o mesmo formulário, se ele for apresentado neste prazo. Se seu paciente fizer seu requerimento depois desses 30 dias, ele precisará fazer um novo requerimento e obter um novo formulário médico apresentado por você.

[Folha de informações para futuros pais e mães e mulheres grávidas](#)



**DFML**  
**MA** Department of  
Family and Medical Leave



**Telefone**

Centro de Contato da PFML do  
Departamento de Licença Médica e  
Familiar

**833-344-PFML (7365)**

**Online**

[mass.gov/dfml](https://mass.gov/dfml)