

KROK 1: WYPEŁNIJ FORMULARZ PFL-1P



- Wypełnij PFL-1P, część A.
- Przekaż PFL-1P pracodawcy.
- Pracodawca wypełnia PFL-1P, część B i zwraca formularz pracownikowi w ciągu 3 dni.



KROK 2: ZGROMADŹ DOKUMENTACJĘ POMOCNICZĄ



WIĘŹ

NAWIĄZANIE WIĘZI
Z NOWO URODZONYM,
ADOPTOWANYM
DZIECKIEM LUB
DZIECKIEM W RODZINIE
ZASTĘPCZEJ

Wypełnij formularz PFL-2P

- Wypełnij PFL-2P i zgromadź dokumentację pomocniczą.

LUB



OPIEKA

SPRAWOWANIE OPIEKI NAD
POWAŻNIE CHORYM CZŁONKIEM
RODZINY

Wypełnij formularz PFL-3P

- Osoba korzystająca z opieki wypełnia PFL-3P i przekazuje formularz lekarzowi. Lekarz osoby korzystającej z opieki zostawia PFL-3P w dokumentacji.

Wypełnij formularz PFL-4P

- Wypełnij informacje dotyczące "pracownika" w górnej części PFL-4P. Przekaż PFL-4P lekarzowi osoby korzystającej z opieki. Lekarz osoby korzystającej z opieki wypełnia PFL-4P i przekazuje wnioskodawcy.

LUB



WSPARCIE

POMOCY CZŁONKOM
RODZINY W ZWIĄZKU
Z CZYNNĄ SŁUŻBĄ
WOJSKOWĄ PEŁNIONĄ
PRZEZ INNEGO CZŁONKA
RODZINY LUB ZBLIŻAJĄCĄ
SIĘ CZYNNĄ SŁUŻBĄ
WOJSKOWĄ ZA GRANICĄ

Wypełnij formularz PFL-5P

- Wypełnij PFL-5P i zgromadź dokumentację pomocniczą.



KROK 3: WYŚLIJ FORMULARZE I DOKUMENTY



- Wypełnione formularze i dokumentację uzupełniającą należy wysłać ubezpieczycielowi.
- Ubezpieczyciel akceptuje lub odrzuca roszczenie w ciągu 18 dni.
- Nie ma konieczności oczekiwania na decyzję, aby rozpocząć urlop.

Należy zachować kopie wszystkich stron w swojej dokumentacji.

W celu uzyskania dodatkowych informacji, formularzy i instrukcji należy odwiedzić stronę www.ny.gov/PaidFamilyLeave lub zadzwonić pod nr (844) 337-6303.

NIE SKANOWAĆ FORMULARZY

Wniosek o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P) – instrukcje

- Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny musi wypełnić część A *Wniosku o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)*. Wszystkie pola formularza są obowiązkowe, chyba że oznaczono je jako opcjonalne. Następnie pracownik przekazuje formularz pracodawcy w celu wypełnienia części B.
- Pracodawca wypełnia część B *Wniosku o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)* i zwraca ją pracownikowi w ciągu trzech dni.
- W zależności od rodzaju wnioskowanego urlopu wymagane są dodatkowe formularze. Za wypełnienie tych formularzy odpowiedzialny jest pracownik ubiegający się o urlop.
- **Pracownik składa wypełniony Wniosek o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P) z wymaganym dodatkowym formularzem ubezpieczycielowi pracodawcy pokrywającemu płatność za urlop rodzinny wymienionemu w części B *Wniosku o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)*. Pracownik powinien zachować kopię każdego z przedłożonych formularzy w swojej dokumentacji.**

CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik)

Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny musi wpisać wszystkie wymagane informacje.

Wniosek o płatny urlop rodzinny (PFL) (wypełnia pracownik)

Pytanie 12: Dziecko jest definiowane jako syn (córka) biologiczny, adoptowany lub przysposobiony, pasierb (pasierbica), podopieczny, syn (córka) partnera lub osoba, wobec której pracownik sprawuje władzę rodzicielską. Rodzic jest definiowany jako rodzic biologiczny, zastępczy lub adopcyjny, teść (teściowa), ojczym (macocha), opiekun prawny lub inna osoba sprawująca władzę rodzicielską nad pracownikiem, gdy był dzieckiem.

Pytanie 13: Jeśli w datach zostanie określony „ciągły” urlop, pracownik musi podać daty rozpoczęcia i zakończenia wnioskowanego płatnego urlopu rodzinnego. Daty powinny być rzeczywistymi datami rozpoczęcia i zakończenia płatnego urlopu rodzinnego. W razie braku pewności należy podać przybliżone daty rozpoczęcia i zakończenia urlopu oraz zaznaczyć „Przybliżone daty”. Jeśli w datach podano urlop „okresowy”, należy podać daty, w których zostanie wykorzystany urlop. Należy zachować możliwie jak największą dokładność. Jeśli daty są nieznane lub przybliżone, należy zaznaczyć „Przybliżone daty”.

Jeśli daty są przybliżone, ubezpieczyciel pokrywający płatność za urlop rodzinny może wymagać złożenia wniosku o zapłatę **po** dniu, w którym zostanie wykorzystany urlop. Płatność za zatwierdzone rozszczenia będzie należna w najwcześniejszym możliwym terminie, ale w żadnym przypadku nie później niż 18 dni od daty wypełnienia wniosku.

Pytanie 14: Jeśli pracownik składa wniosek PFL do pracodawcy w terminie krótszym niż 30 dni od daty rozpoczęcia PFL, pracownik musi wyjaśnić, dlaczego nie mógł zapewnić powiadomienia na 30 dni wcześniej. Jeśli wyjaśnienie nie zmieści się w miejscu przewidzianym na formularzu, należy wpisać „Patrz załącznik” i załączyć osobne wyjaśnienie. Należy podać imię i nazwisko pracownika, datę urodzenia w górnej części załącznika.

Dane zatrudnienia (wypełnia pracownik)

Pytanie 16: Wpisać datę zatrudnienia zgodną z najlepszą wiedzą pracownika. Jeśli od daty zatrudnienia minął ponad rok, wystarczy podać rok rozpoczęcia zatrudnienia.

Pytanie 18: Wpisać szacowane średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto. Należy uwzględnić wyłącznie wynagrodzenie otrzymywane od pracodawcy wymienionego w niniejszym formularzu. **Tygodniowe wynagrodzenie brutto to łączne wynagrodzenie za tydzień, uwzględniające nadgodziny, napiwki, premie i prowizje – przed dokonywanymi przez pracodawcę potrąceniami** takimi jak podatki federalne czy stanowe. Jeśli pracodawca nie jest w stanie dostarczyć tej informacji, pracownik może obliczyć tygodniowe wynagrodzenie brutto w następujący sposób:

Krok 1: Podsumować wszystkie rodzaje wynagrodzenia brutto (przed potrąceniami kwotami) otrzymane w ciągu ośmiu tygodni przed rozpoczęciem płatnego urlopu rodzinnego, w tym nadgodziny i napiwki. (*Instrukcje dotyczące obliczania premii i/lub prowizji – patrz krok 3*).

Krok 2: Wynagrodzenie brutto obliczone w pierwszej fazie obliczeń należy podzielić przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni, jeśli jest mniejsza niż osiem).

Krok 3: Jeśli pracownik otrzymywał premie i/lub prowizje podczas 52 tygodni przed PFL, należy dodać proporcjonalną kwotę tygodniową do średniego wynagrodzenia tygodniowego.

Aby określić proporcjonalną kwotę tygodniową, należy dodać wszystkie premie/prowizje uzyskane w poprzedzających 52 tygodniach i podzielić je przez 52.

Przykłady obliczeń tygodniowego wynagrodzenia brutto:

Tydzień 1 – Wynagrodzenie brutto z nadgodzinami	550 USD
Tydzień 2 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 3 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 4 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 5 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 6 – Wynagrodzenie brutto	500 USD
Tydzień 7 – Wynagrodzenie brutto, z nadgodzinami	600 USD
Tydzień 8 – Wynagrodzenie brutto, z nadgodzinami	+ 550 USD
Razem =	4200 USD
Dzielone przez 8	÷ 8
Średnie tygodniowe wynagrodzenie =	525 USD
Premie otrzymane w 52 poprzedzających tygodniach	2600 USD
Dzielone przez 52	÷ 52
Proporcjonalna premia tygodniowa =	50 USD

Ciąg dalszy instrukcji dotyczących formularza PFL-1P na następnej stronie

CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik) – ciąg dalszy z poprzedniej strony**Ciąg dalszy instrukcji dotyczących formularza PFL-1P z poprzedniej strony**

Średnie tygodniowe wynagrodzenie	525 USD
Proporcjonalna premia tygodniowa	+ 50 USD
Średnie tygodniowe wynagrodzenie (z premią) =	575 USD

Należy pamiętać, że pracodawca musi również przedstawić powyższe informacje w części B *Wniosku o płatny urlop rodzinny* (formularz PFL-1P).

Jeśli pracownik składa formularz przedterminowo: Należy wskazać, że pracownik składa wniosek o płatny urlop rodzinny przed terminem. Przedterminowe składanie wniosku rozumie się jako składanie wniosku przed wystąpieniem zdarzenia kwalifikującego. Ponieważ niektóre wymagane informacje są nieznanne w chwili składania wniosku, nie będzie on kompletny. Jeśli przedterminowe złożenie wniosku jest dozwolone przez ubezpieczyciela lub samoubezpieczonego pracodawcę, brakujące

informacje należy uzupełnić tak szybko, jak to możliwe. Nie ma możliwości ustalenia świadczeń aż do przekazania wszystkich wymaganych informacji.

Ubezpieczyciel pokrywający koszt płatnego urlopu rodzinnego lub samoubezpieczony pracodawca w ciągu pięciu dni przekażą pracownikowi powiadomienie: 1) potwierdzające otrzymanie roszczenia oczekującego na rozpatrzenie, 2) wyszczególniające, których informacji brakuje, 3) zawierające pouczenie o sposobie uzupełnienia brakujących informacji. **Po uzupełnieniu wszystkich informacji ubezpieczyciel pokrywający koszt płatnego urlopu rodzinnego lub samoubezpieczony pracodawca ma 18 dni na opłacenie lub odrzucenie roszczenia.**

Jeśli ubezpieczyciel lub samoubezpieczony pracodawca nie zezwala na przedterminowe składanie wniosku, w ciągu pięciu dni musi zwrócić wniosek o płatny urlop rodzinny pracownikowi z wyjaśnieniem, że roszczenie należy przedłożyć ponownie, gdy wszystkie informacje będą dostępne.

Przed przekazaniem formularza pracodawcy w celu wypełnienia części B pracownik musi podpisać i opatrzyć go datą.

CZĘŚĆ B – DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)

Pracodawca pracownika wnoszącego o płatny urlop rodzinny musi wypełnić wszystkie informacje w części B.

Pytanie 2: Jeśli jako federalny numer identyfikacyjny pracodawcy (FEIN) jest używany numer ubezpieczenia społecznego (SSN), należy go wpisać.

Pytanie 3: Wpisać kod standardowej klasyfikacji branżowej (SIC) pracodawcy. Jeśli kod SIC nie jest znany, należy skontaktować się z ubezpieczycielem.

Pytanie 8: Kod zawodu pracownika można odnaleźć na stronie: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Pytanie 9: Wpisać wynagrodzenie otrzymane przez pracownika w ciągu ostatnich ośmiu tygodni poprzedzających datę rozpoczęcia płatnego urlopu rodzinnego. Wypłacona kwota brutto to tygodniowe wynagrodzenie brutto pracownika z uwzględnieniem wszelkich nadgodzin i napiwków otrzymanych w danym tygodniu, powiększona o ewentualną proporcjonalną tygodniową premię lub prowizję otrzymaną w ciągu poprzednich 52 tygodni. (W celu uzyskania szczegółowych kroków zob. Pytanie 18 na stronie 1 instrukcji). Obliczyć średnie wynagrodzenie tygodniowe brutto, dodając wypłacone kwoty brutto, a następnie podzielić przez osiem (lub liczbę przepracowanych tygodni, jeśli jest mniejsza niż osiem).

Pytanie 10: Niezaznaczenie opcji „Tak” dotyczącej pokrycia kosztów przez ubezpieczyciela oznacza zrzeczenie się prawa do uzyskania zwrotu kosztów.

Potwierdzenie, że pracownik kwalifikuje się do otrzymania płatnego urlopu rodzinnego: Pracownik, który zazwyczaj pracuje co najmniej 20 godzin tygodniowo, musi być zatrudniony przez co najmniej 26 tygodni z rzędu. Pracownik, który zazwyczaj pracuje mniej niż 20 godzin tygodniowo, musi przepracować 175 dni.

Pytanie 11a: „Niezdolność do pracy” odnosi się do świadczeń przysługujących ustawowo w stanie Nowy Jork z tytułu niezdolności do pracy. Jeśli odpowiedź brzmi „Żaden”, jako łączną liczbę tygodni i dni w pytaniu 12b należy wprowadzić „0”.

Pytanie 11b: Maksymalna liczba tygodni przysługujących ustawowo według prawa stanu Nowy Jork z tytułu niezdolności do pracy i płatnego urlopu rodzinnego w dowolnym okresie 52 tygodni wynosi 26 tygodni. Należy podać łączną liczbę wykorzystanych tygodni, jak również liczbę dodatkowych dni, jeśli urlop obejmuje część tygodnia, z tytułu niezdolności do pracy zgodnie z prawem stanu Nowy Jork i płatnego urlopu rodzinnego w ciągu poprzedzających 52 tygodni.

Pytanie 13, 14 i 15: Podać nazwę, adres i numer polisy ubezpieczeniowej ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego lub ubezpieczyciela pokrywającego koszt niezdolności do pracy i płatnego urlopu rodzinnego. Jeśli pracodawca jest samoubezpieczony, podać nazwę i adres, pod który należy złożyć wniosek o płatny urlop rodzinny do rozpatrzenia.

Pracodawca podpisuje, opatruje datą, a następnie zwraca wniosek pracownikowi ubiegającemu się o płatny urlop rodzinny w ciągu trzech dni roboczych.

Należy pamiętać o wypełnieniu dodatkowych formularzy wniosku o płatny urlop rodzinny w zależności od rodzaju wnioskowanego płatnego urlopu rodzinnego.

Powiadomienie zgodnie z Ustawą stanu Nowy Jork o ochronie prywatności (Ustawa o urzędnikach państwowych, artykuł 6-A) i Ustawą federalną o prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Upoważnienie Rady ds. Wynagrodzeń Pracowniczych („Rady”) do pobierania od pracowników danych osobowych, w tym numerów ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej, opiera się na kompetencjach administracyjnych Rady zgodnie z Ustawą o wynagrodzeniach pracowniczych, punkt 142. Informacje te są gromadzone, aby ułatwić Radzie rozpatrywanie wniosków i zarządzanie nimi w możliwie najsprawniejszy sposób oraz prowadzenie rzetelnej dokumentacji. Podawanie Radzie numeru ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Rada będzie chronić poufność wszystkich posiadanych przez siebie danych osobowych i ujawniać je wyłącznie w ramach pełnienia swoich obowiązków służbowych oraz zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik)

1. Pełne imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

2. Inne nazwiska (jeśli dotyczy), pod jakimi był zatrudniony pracownik

3. Adres korespondencyjny pracownika

4. Numer ubezpieczenia społecznego lub TIN pracownika

5. Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

6. Główny numer telefonu pracownika

7. Preferowany adres e-mail pracownika podczas płatnego urlopu rodzinnego (jeśli dostępny)

8. Płeć pracownika

 Mężczyzna Kobieta Nieokreślona/Inna

9. Preferowany język pracownika

 English Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어
 Inne

Opcjonalne (w celach badawczych)

10. Rasa / pochodzenie etniczne pracownika

Wyłącznie na potrzeby demografii medycznej. (Zestaw kodów amerykańskiego centrum kontroli i zapobiegania chorobom (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC) wersja 1.0.)

Czy pracownik pochodzi z kraju hiszpańskojęzycznego, jest pochodzenia latynoskiego lub hiszpańskiego?
(Można wybrać jedną lub więcej kategorii).

- Meksykanin
- Amerykanin pochodzenia meksykańskiego
- Chicano
- Portorykańczyk
- Dominikańczyk
- Kubańczyk
- Pochodzi z innego kraju hiszpańskojęzycznego lub jest innego pochodzenia latynoskiego
- Nie pochodzi z kraju hiszpańskojęzycznego, nie jest pochodzenia latynoskiego ani hiszpańskiego
- Nieznane

Jakiej rasy jest pracownik?

(Można wybrać jedną lub więcej kategorii).

- Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski
- Czarny lub Afroamerykanin
- Hindus
- Chińczyk
- Filipińczyk
- Japończyk
- Koreańczyk
- Wietnamczyk
- Inna rasa azjatycka
- Biały
- Rdzenny Hawajczyk
- Guamańczyk lub Czamorro
- Samończyk
- Mieszkaniec innych wysp Pacyfiku
- Inna rasa

Wniosek o płatny urlop rodzinny (PFL) (wypełnia pracownik)

11. Przyczyna ubiegania się o płatny urlop rodzinny: Opieka nad dzieckiem Opieka nad członkiem rodziny Zdarzenie kwalifikujące związane ze służbą wojskową

12. Członek rodziny jest dla pracownika:

 Dzieckiem Małżonkiem Partnerem życiowym Rodzicem Teściem/teściową Dziadkiem/babką Wnukiem/wnuczką

ciąg dalszy formularza PFL-1P na następnej stronie



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

CZĘŚĆ A – DANE PRACOWNIKA (wypełnia pracownik) – ciąg dalszy z poprzedniej strony

Formularz PFL-1P – ciąg dalszy z poprzedniej strony

13. Czy płatny urlop rodzinny będzie miał charakter ciągły i/lub okresowy?

<input type="checkbox"/>	Ciągły	Data rozpoczęcia: urlopu (MM/DD/RRRR)	Data zakończenia urlopu (MM/DD/RRRR)	<input type="checkbox"/>	Szacowane daty	
		□□ / □□ / □□□□	□□ / □□ / □□□□			
<input type="checkbox"/>	Okresowy	Podać daty, w których pracownik będzie korzystał z płatnego urlopu rodzinnego:			<input type="checkbox"/>	Szacowane daty

14. Jeśli wniosek jest składany z krótszym niż 30-dniowym wyprzedzeniem, podać przyczynę:

Dane zatrudnienia (wypełnia pracownik)

15. Nazwa przedsiębiorstwa

16. Data zatrudnienia pracownika (MM/DD/RRRR)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

17. Adres zakładu pracy pracownika

Ulica, nr domu i lokalu		
Miejscowość, stan	Kod pocztowy	Kraj (jeśli inny niż USA)

18. Średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto pracownika (Podanie tych danych będzie wymagane zarówno od pracownika, jak i pracodawcy)

19. Numer telefonu pracodawcy w sprawach związanych z niniejszym wnioskiem (□□□□) □□□□ - □□□□

20a. Czy pracownik ma więcej niż jednego pracodawcę? Tak Nie20b. Jeśli tak, czy pracownik korzysta z płatnego urlopu rodzinnego u drugiego pracodawcy? Tak Nie21. Czy pracownik otrzymuje obecnie odszkodowania pracownicze z tytułu utraty wynagrodzenia? Tak Nie

Oświadczenie o ujawnieniu informacji: Informacje dotyczące świadczeń z tytułu płatnego urlopu rodzinnego otrzymanych przez pracownika, takich jak otrzymane płatności i rodzaje urlopów, zostaną przekazane pracodawcy.

Oświadczenie i podpis

Każda osoba, która z zamiarem defraudacji towarzystwa ubezpieczeniowego lub innej osoby, składa wniosek o ubezpieczenie lub zgłasza roszczenie zawierające w istocie nieprawdziwe informacje bądź ukrywa informacje dotyczące wszelkich istotnych faktów dla takiego wniosku lub roszczenia w celu wprowadzenia innych osób w błąd, popełnia czyn określany jako nadużycie ubezpieczeniowe, traktowany jako przestępstwo, i podlega karze cywilnej do kwoty pięciu tysięcy dolarów i podanej wartości roszczenia za każde takie naruszenie.

Niniejszym składam wniosek o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego na podstawie Ustawy stanu Nowy Jork o wynagrodzeniu pracowniczym. Powyższe informacje są prawdziwe i dokładne według stanu mojej wiedzy i przekonania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis pracownika

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

Niniejszy formularz składam przedterminowo (patrz instrukcje dotyczące przedterminowego składania wniosków). Rozumiem, że ubezpieczyciel skontaktuje się ze mną, aby poinformować mnie, w jaki sposób uzupełnić brakujące wymagane informacje.

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

CZĘŚĆ B – DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca)

1. Pełna nazwa prawna i adres korespondencyjny przedsiębiorstwa

Nazwa przedsiębiorstwa

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

2. Nr FEIN pracodawcy □□ - □□□□□□□□

3. Kod standardowej klasyfikacji branżowej (SIC) pracodawcy □□□□

4. Imię i nazwisko osoby kontaktowej pracodawcy w sprawie pytań dotyczących płatnego urlopu rodzinnego

5. Numer telefonu osoby kontaktowej pracodawcy (□□□□) □□□□ - □□□□

6. Adres e-mail osoby kontaktowej pracodawcy

7. Data zatrudnienia pracownika (MM/DD/RRRR) □□ / □□ / □□□□

8. Zawód pracownika Kody są dostępne pod adresem: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm □□ - □□□□

9. Wpisać wynagrodzenia brutto pracownika z 8 ostatnich tygodni i obliczyć średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto

Nr tyg.	Tydzień kończący się (MM/DD/RRRR)	Liczba przepracowanych dni	Wyplacona kwota brutto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Obliczone średnie tygodniowe wynagrodzenie brutto:			

10. Jeśli pracownik otrzymał lub będzie otrzymywał pełne wynagrodzenie podczas płatnego urlopu rodzinnego, czy pracodawca zażąda zwrotu kosztów? Tak Nie

Ciąg dalszy formularza PFL-1P na następnej stronie

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CZĘŚĆ B – DANE PRACODAWCY (wypełnia pracodawca) – ciąg dalszy z poprzedniej strony

Formularz PFL-1P – ciąg dalszy z poprzedniej strony

11a. W poprzednich 52 tygodniach pracownik pobierał urlop z tytułu:

- Niezdolności do pracy wg prawa stanu Nowy Jork
 Płatnego urlopu rodzinnego
 Niezdolności do pracy i płatnego urlopu rodzinnego
 Żadnego z powyższych

11b. Podać łączną liczbę tygodni i dni wykorzystanych zarówno z tytułu niezdolności do pracy, jak i płatnego urlopu rodzinnego w ciągu ostatnich 52 tygodni:

Niezdolność do pracy	Tygodni(e)	Proszę podać konkretne daty niezdolności do pracy:
	Dni	

Płatny urlop rodzinny:	Tygodni(e)	Proszę podać konkretne daty płatnego urlopu rodzinnego:
	Dni	

12. Czy pracownik korzysta z urlopu przysługującego zgodnie z Ustawą o urlopach rodzinnych i zdrowotnych (FMLA) równoległe z płatnym urlopem rodzinnym? Tak Nie

13. Nazwa i adres korespondencyjny ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego

Nazwa ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

14. Numer telefonu ubezpieczyciela pokrywającego koszt płatnego urlopu rodzinnego () -

15. Numer polisy płatnego urlopu rodzinnego _____

Oświadczenie i podpis

- Poświadczam, że pracownik zazwyczaj pracuje co najmniej 20 godzin tygodniowo i jest zatrudniony od co najmniej 26 tygodni z rzędu LUB pracownik zazwyczaj pracuje mniej niż 20 godzin tygodniowo i pracuje od co najmniej 175 dni.

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem defraudacji towarzystwa ubezpieczeniowego lub innej osoby, składa wniosek o ubezpieczenie lub zgłasza roszczenie zawierające w istocie nieprawdziwe informacje bądź ukrywa informacje dotyczące wszelkich istotnych faktów dla takiego wniosku lub roszczenia w celu wprowadzenia innych osób w błąd, popełnia czyn określany jako nadużycie ubezpieczeniowe, traktowany jako przestępstwo, i podlega karze cywilnej do kwoty pięciu tysięcy dolarów i podanej wartości roszczenia za każde takie naruszenie.

Jestem osobą upoważnioną do składania podpisów w imieniu pracodawcy pracownika wnioskującego o płatny urlop rodzinny. Mój podpis potwierdza, że zgodnie ze stanem mojej wiedzy i przekonań wszystkie informacje podane przeze mnie są dokładne i prawdziwe.

Podpis osoby upoważnionej w imieniu pracodawcy

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stanowisko

Instrukcje dotyczące zaświadczenia o opiece (formularz PFL-2P)

Jeśli pracownik wnioskuje o płatny urlop rodzinny w celu sprawowania opieki nad dzieckiem nowo narodzonym lub adoptowanym albo przysposobionym, musi przedłożyć *Zaświadczenie o opiece (formularz PFL-2P)* wraz z *Wnioskiem o płatny urlop rodzinny (formularz PFL-1P)*.

ZAŚWIADCZENIE O OPIECE (wypełnia pracownik)

Pracownik wnioskujący o płatny urlop rodzinny musi podać wszystkie wymagane informacje. Wypełnione formularze i dokumentację uzupełniającą należy wysłać ubezpieczycielowi.

Jeśli formularz jest składany wcześniej i niektóre informacje są nieznane, firma ubezpieczeniowa skontaktuje się z pracownikiem i wyjaśni sposób zapewnienia wymaganych, dodatkowych informacji.

Pytanie 1 i 2: Złożenie formularza ubezpieczycielowi przed urodzeniem się dziecka jest uznawane za złożenie przedterminowe. Pracownik jest zobowiązany do dostarczenia wymaganej dokumentacji dotyczącej urodzenia się dziecka ubezpieczycielowi pokrywającemu koszt płatnego urlopu rodzinnego. Ubezpieczyciel poinformuje pracownika, w jaki sposób należy uzupełnić wymagane dodatkowe informacje.

W niektórych sytuacjach istnieje możliwość skorzystania z płatnego urlopu rodzinnego przed sfinalizowaniem adopcji lub opieki zastępczej. Przykładowo, pracownik może być zobowiązany do stawienia się w sądzie lub odbycia podróży do innego kraju w ramach procesu w sprawie adopcji lub ustanowienia opieki zastępczej. Pracownik powinien dołączyć odpowiednią dokumentację, aby wykazać, że płatny urlop rodzinny jest konieczny w celu dokonania adopcji lub przyjęcia dziecka do rodziny zastępczej.

Pytanie 5: Szczegółowe informacje na temat dokumentacji zawiera tabela poniżej. O ile nie określono inaczej, nie należy wysłać oryginalnych dokumentów.

Formularz / Zaświadczenie o opiece	Opis
Zaświadczenie pracownika opieki zdrowotnej o ciąży	Oryginał pisma potwierdzającego ciążę, otrzymanego od pracownika opieki zdrowotnej zajmującego się matką biologiczną. Powinien zawierać imię i nazwisko matki oraz spodziewany termin porodu.
Zaświadczenie pracownika opieki zdrowotnej o porodzie	Oryginał pisma otrzymanego od pracownika opieki zdrowotnej zajmującego się matką biologiczną, podający imię i nazwisko matki oraz datę urodzenia dziecka.
Akt urodzenia	Kopia aktu urodzenia wydany przez urząd miasta lub okręgu, w którym urodziło się dziecko.
Dobrowolne uznanie ojcostwa (formularz LDSS-4418)	Kopia formularza ustalającego prawne ojcostwo, jeśli rodzice nie są małżeństwem. Wypełniają matka i ojciec. Więcej informacji na stronie childsupport.ny.gov/dcse/aop_howto.html
Ustalenie stosunku rodzicielstwa	Kopia decyzji sądu rodzinnego wskazującej ojca dziecka. Służy do ustalenia prawnego ojcostwa, jeśli rodzice nie są małżeństwem. Wypełniają matka i ojciec. Więcej informacji na stronie childsupport.ny.gov/dcse/aop_howto.html
Akt małżeństwa	Kopia zaświadczenia wydanego przez pracownika urzędu miejscowości, która wydała akt małżeństwa.
Dokumentacja związku cywilnego / związku partnerskiego	Kopia aktu ustanowienia związku cywilnego lub związku partnerskiego.
Pismo o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej	Kopia pisma o umieszczeniu dziecka w opiece zastępczej wydanego przez wydział usług socialnych okręgu lub miasta bądź upoważnioną agencję ochotniczej opieki zastępczej.
Sądowe dokumenty adopcyjne	Kopia dokumentu sądowego finalizującego adopcję lub dokumentacji wspierającej bądź decyzji sądu finalizującej adopcję.
Inna dokumentacja	Jeśli żadne z wymienionych dokumentów nie mają zastosowania, mogą być przyjęte inne rodzaje dokumentacji stosunku rodzicielstwa.

Powiadomienie zgodnie z Ustawą stanu Nowy Jork o ochronie prywatności (Ustawa o urzędnikach państwowych, artykuł 6-A) i Ustawą federalną o prywatności z 1974 r. (5 USC 552a).

Upoważnienie Rady ds. Wynagrodzeń Pracowniczych („Rady”) do pobierania od pracowników danych osobowych, w tym numerów ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej, opiera się na kompetencjach administracyjnych Rady zgodnie z Ustawą o wynagrodzeniach pracowniczych, punkt 142. Informacje te są gromadzone, aby ułatwić Radzie rozpatrywanie wniosków i zarządzanie nimi w możliwie najsprawniejszy sposób oraz prowadzenie rzetelnej dokumentacji. Podawanie Radzie numeru ubezpieczenia społecznego lub numeru identyfikacji podatkowej jest dobrowolne. Rada będzie chronić poufność wszystkich posiadanych przez siebie danych osobowych i ujawniać je wyłącznie w ramach pełnienia swoich obowiązków służbowych oraz zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym.



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

/ /

Inne nazwiska (jeśli dotyczy), pod jakimi był zatrudniony pracownik

Numer ubezpieczenia społecznego lub TIN pracownika

- -

Adres korespondencyjny pracownika

Adres korespondencyjny

Miejscowość, stan

Kod pocztowy

Kraj (jeśli inny niż USA)

ZAŚWIADCZENIE O OPIECE (wypełnia pracownik)

1. Data urodzenia dziecka (MM/DD/RRRR) / /

2. Płeć dziecka Męska Żeńska Nieokreślona/inna

3. Czy dziecko mieszka z pracownikiem wnioskującym o płatny urlop rodzinny? Tak Nie

4. Dziecko jest dla pracownika:

Dziecko biologiczne Pasiерб(ica) Dziecko przysposobione Dziecko adoptowane Podopieczny

Dziecko małżonka(-ki) / partnera(-ki) Władza rodzicielska

5. Wybrać jedną z poniższych opcji i (w razie konieczności) załączyć dokument potwierdzający stosunek rodzicielstwa.

Rodzic nowo narodzonego dziecka:

Matka biologiczna:

Zaświadczenie pracownika opieki zdrowotnej o ciąży (zawierające przewidywany termin porodu ORAZ imię i nazwisko matki); LUB

Zaświadczenie pracownika opieki zdrowotnej o porodzie (zawierające datę porodu ORAZ imię i nazwisko matki); LUB

Akt urodzenia dziecka

Drugi rodzic:

Kopia aktu urodzenia określającego drugiego rodzica; LUB

Dobrowolne uznanie ojcostwa; LUB

Sądowe ustalenie stosunku rodzicielstwa; LUB

Dokumenty matki biologicznej (patrz wyżej) ORAZ jedno z następujących:

Akt małżeństwa; LUB

Akt ustanowienia związku cywilnego; LUB

Zaświadczenie związku partnerskiego

LUB; Inna dokumentacja stosunku rodzicielstwa

Rodzic zastępczy:

Pismo o umieszczeniu dziecka w opiece zastępczej lub o oczekiwanim umieszczeniu dziecka w opiece zastępczej wydane przez wydział usług socialnych okręgu lub miasta bądź upoważnioną agencję dobrowolnej opieki zastępczej

Rodzic adopcyjny:

Dokument sądowy finalizujący adopcję

Dokumentacja wspierająca w sprawie adopcji

6. Data umieszczenia dziecka w opiece zastępczej lub adopcji, jeśli dotyczy (MM/DD/RRRR) / /

ciąg dalszy formularza PFL-2P na następnej stronie



WYPEŁNIA PRACOWNIK

Imię i nazwisko pracownika (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)

Data urodzenia pracownika (MM/DD/RRRR)

 / / **ZAŚWIADCZENIE O OPIECE** (wypełnia pracownik) – ciąg dalszy z poprzedniej strony*Formularz PFL-2P – ciąg dalszy z poprzedniej strony***Oświadczenie i podpis**

Każda osoba, która świadomie i z zamiarem defraudacji towarzystwa ubezpieczeniowego lub innej osoby, składa wniosek o ubezpieczenie lub zgłasza roszczenie zawierające w istocie nieprawdziwe informacje bądź ukrywa informacje dotyczące wszelkich istotnych faktów dla takiego wniosku lub roszczenia w celu wprowadzenia innych osób w błąd, popełnia czyn określany jako nadużycie ubezpieczeniowe, traktowany jako przestępstwo, i podlega karze cywilnej do kwoty pięciu tysięcy dolarów i podanej wartości roszczenia za każde takie naruszenie.

Niniejszym składam wniosek o świadczenia w ramach płatnego urlopu rodzinnego na podstawie Ustawy stanu Nowy Jork o wynagrodzeniu pracowniczym. Powyższe informacje są prawdziwe i dokładne według stanu mojej wiedzy i przekonań, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis pracownika

Data złożenia podpisu (MM/DD/RRRR)

 / /