

Si trabaja en Oregón, puede enviar una solicitud para el Seguro de permiso familiar y médico pagado (Paid Family and Medical Leave Insurance, PFMLI) de Oregón. Arch Insurance evaluará todas las solicitudes para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que envía una solicitud para un permiso de ausencia deberá completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Esta solicitud ("reclamo") la completa la persona que solicita los beneficios de permiso de ausencia pagado (el "solicitante"). Las solicitudes pueden presentarse hasta 30 días antes del comienzo del permiso de ausencia solicitado, y hasta 30 días después de su comienzo. Una solicitud de beneficios totalmente completada incluye una declaración del solicitante, una declaración del empleador, una certificación relacionada con el tipo de permiso de ausencia que se solicita y la documentación que justifique el permiso de ausencia. Los reclamos presentados fuera de este plazo serán denegados a menos que se dé una causa justificada para la presentación tardía. La presentación del reclamo es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios de permiso de ausencia pagado. El solicitante es responsable de dar cualquier otra información que se pida, o que falte, durante el proceso de reclamo y es responsable de informar a todas las partes necesarias de cualquier cambio en los planes del permiso de ausencia.

Antes de enviar una solicitud para OR PFMLI...



Consulte los requisitos de elegibilidad para el permiso de ausencia



Planifique su permiso de ausencia. El permiso de ausencia se puede tomar de manera continua (también conocido como permiso de ausencia en bloque) o intermitentemente, de acuerdo con OR PFMLI.



Informe a su empleador de OR al menos 30 días antes del comienzo del permiso de ausencia (si el permiso de ausencia es previsible). De lo contrario, informe a su empleador lo antes posible.

Complete sus formularios de reclamo y adjunte la documentación necesaria



El empleado completa la Parte A, Declaración del solicitante, en su totalidad. Firme y feche el formulario, conserve una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamo a su empleador para que pueda completar la Parte B.



Su empleador de Oregón completa la Parte B, Declaración del empleador, en su totalidad. Él debe hacer una copia del reclamo para sus archivos y devolverle a usted la declaración del empleador completada.



El proveedor debe completar la Certificación del proveedor de atención médica y adjuntar la documentación de respaldo.



Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamo completado a:
Arch Insurance Company
P.O. Box 26316
Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979
Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

* Los beneficios mencionados aquí están respaldados por Arch Insurance Company, n.º de NAIC 11150, una compañía miembro de Arch Insurance Group, Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para obtener más información sobre los términos y condiciones. La información que presente a Arch en este formulario se usará para administrar los beneficios de Permiso Pagado de Oregón. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y la cantidad del beneficio, Arch puede compartir su información con sus empleadores actuales o anteriores y con los socios de Permiso Pagado de Oregón. Visite archinsurance.com/disability o llame al **877-369-0979** para obtener más información.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Condición médica propia del empleado

Parte A: Información del empleado

(La debe completar el empleado que solicita el permiso de ausencia)

Información demográfica

1 **Nombre legal del empleado:** _____
 (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2 **Dirección postal del empleado:**
 Calle _____
 Línea de dirección 2 _____
 Ciudad _____ Estado | _ _ | Código postal | _ _ _ _ |

3 **Número de Seguro Social:** _ _ - _ - _ _ _ _

4 **Fecha de nacimiento del empleado:** | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |
m m d d a a a a

5 **Sexo del empleado:** Masculino Femenino No designado/otro

6 **Teléfono del empleado:** (_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ |

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** _____

Información del permiso de ausencia

8 **Patrón del permiso de ausencia y períodos solicitados:**

Continuo: Fecha de comienzo del permiso de ausencia Fecha de finalización del permiso de ausencia
m m d d a a a a m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ | | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Intermitente: Fecha de comienzo del permiso de ausencia Fechas solicitadas:
m m d d a a a a _____
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ | _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability
 23-07-DBL03

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Condición médica propia del empleado

Parte A, continúa

Aviso al empleado:

Para los permisos de ausencia previsible (un motivo que califique, como un procedimiento/tratamiento médico planificado para usted) es necesario dar con antelación un aviso a su empleador. Para los permisos de ausencia imprevisible (por emergencia o inesperados) es necesario dar a su empleador un aviso en el plazo de 24 horas después del comienzo del permiso de ausencia, y por escrito en el plazo de 3 días después de su comienzo.

9 ¿Le dio a su empleador un aviso con 30 días de antelación para este permiso de ausencia?

Sí Fecha en que dio aviso al empleador

m	m	d	d	a	a	a	a

No Motivo: _____

10 Otros tipos de permisos de ausencia:

Dé información sobre otros tipos de beneficios/permisos de ausencia tomados o solicitados en las 52 semanas anteriores, y si se prolongarán durante el período de permiso de ausencia solicitado actual cubierto por este reclamo.

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. Ley de Licencia Familiar de Oregón (OFLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. OR PFML/Permiso Pagado de Oregón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Información del empleo

Términos clave:

Año de beneficios: un período de 52 semanas consecutivas que comienza el domingo inmediatamente anterior al día en que comienza el permiso de ausencia familiar, el permiso de ausencia médico o el permiso de ausencia por seguridad para el solicitante, excepto que el año de beneficios será de 53 semanas si un año de beneficios de 52 semanas diera como resultado una superposición de cualquier trimestre calendario del año base de un reclamo válido de beneficios de PFML presentado previamente. Un solicitante solo puede tener un año de beneficios válido a la vez.

Año base: los cuatro primeros de los cinco últimos trimestres calendario completos anteriores al año de beneficios

Salario: tiene el significado que se le da a ese término en ORS 657.105, incluyendo, entre otros: comisión o salario garantizado, pago compensatorio, bonificaciones, pago por vacaciones/PTO/enfermedad/día festivo, propinas y gratificaciones, asignaciones por despido o separación.

El salario no incluye: reembolso de gastos de comidas/viajes, pensiones, pago de jurado, donaciones que no sean propinas/gratificaciones, beneficios pagados mediante un plan de cafetería

Ejemplo: Jada envía una solicitud al OR PFML para un permiso de ausencia para vinculación afectiva con fecha de comienzo el 9/20/2023. Su año de beneficios comenzará el 9/17/2023, que es el domingo anterior al comienzo del permiso de ausencia el **9/20/2023**. El año base de Jada para reportar el salario son los **(4) primeros** de los **(5) trimestres anteriores completados**. Basándose en su fecha de comienzo, los trimestres retroactivos son **1. 4/1 - 6/30/22 2. 7/1 - 9/30/22 3. 10/1 - 12/31/22 4. 1/1 - 3/31/23 5. 4/1 - 6/30/23**. El salario bruto de estos 4 primeros trimestres (4/1/2022-3/31/2023) se usará para determinar su salario semanal promedio. El salario bruto de Jada durante ese período fue de \$39,000, lo que hace que sus ingresos semanales base sean de \$750. Esta cantidad se usará para calcular su tasa de beneficio semanal según OR PFML.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Condición médica propia del empleado

Parte A, continúa

11 Dé el nombre y la información de sus empleadores recientes:

Si tuvo más de un empleador en el año base (los cuatro primeros de los cinco últimos trimestres calendario completos anteriores al año de beneficios), nombre a todos los empleadores. Salario es la suma total de su salario bruto (antes de impuestos) en los 4 primeros de los 5 últimos trimestres anteriores a su solicitud de permiso de ausencia, para ese empleador. El salario solo debe reflejar el salario recibido en el empleo de OR. El promedio de horas y días trabajados por semana está basado en su horario de trabajo habitual, un promedio de las 12 semanas anteriores a su último día trabajado antes del permiso de ausencia.

Nombre del empleador n.º 1

Calle

Línea de dirección 2

Ciudad Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ |

N.º promedio de horas trabajadas/semana | __ | N.º promedio de días trabajados/semana | __ |

Salario promedio (\$) | __ |

Días de la semana generalmente trabajados:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Nombre del empleador n.º 2

Calle

Línea de dirección 2

Ciudad Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ |

N.º promedio de horas trabajadas/semana | __ | N.º promedio de días trabajados/semana | __ |

Salario promedio (\$) | __ |

Días de la semana generalmente trabajados:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Si son más de 3 empleadores de OR recientes, incluya la información en una hoja aparte.

12 Consentimiento para obtener el salario de todos los empleadores de OR: (Solo complete esta pregunta si tuvo más de 1 empleador de OR durante el año base).

Si tuvo más de un empleador de OR en el año base, ¿tenemos su consentimiento para comunicarnos con el Departamento de Empleo de Oregón (Oregon Employment Department, OED) para obtener todo el salario reportado en el año base, incluyendo el de sus otros empleadores?

Sí, doy mi consentimiento. No, no doy mi consentimiento.

Escriba sus iniciales aquí: _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

23-07-DBL03

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Condición médica propia del empleado

Parte A, continúa

Declaración y firma:

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS O CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O FACILITAR UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO DE SEGURO QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O EQUÍVOCA PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS.

Por la presente envío una solicitud de beneficios según el Seguro de permiso familiar y médico pagado de Oregón. Con mi firma declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado:

Fecha: | ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a |

Fin de la Parte A

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Condición médica propia del empleado

Parte B: Información del empleador
(La debe completar el empleador para el empleado mencionado arriba que solicita OR PFML)

1 Información del empleador:

Nombre legal completo del negocio _____

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ |

País (si no es EE. UU.): _____

2 Número de póliza: _____

3 Número federal de identificación de empleador (FEIN) del negocio: _____

4 Persona de contacto del empleador (nombre y cargo) para esta solicitud de permiso de ausencia: _____

5 Teléfono del contacto: (__ __ __) - | __ __ __ | - | __ __ __ __ |

6 Dirección de correo electrónico del contacto: _____

7 Situación laboral actual del empleado:

Empleado activo-no despedido

Despedido del empleo — Fecha del despido: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

9 Último día de trabajado antes del permiso de ausencia:

Fecha: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

10 ¿Se reincorporó el empleado al trabajo?

Sí No

Fecha de reincorporación al trabajo: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ | Real Aproximada

11 Cargo y descripción del puesto del empleado: _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Condición médica propia del empleado

Parte B, continúa

12 Verificación de empleo en Oregón ("OR"):

- a. ¿Se reportan los ingresos del empleado al final del año en el formulario W-2 del IRS? Sí No (responda a la pregunta 12b)
- b. ¿Está el empleado sujeto a las obligaciones del Seguro de desempleo en OR? Sí No (responda a la pregunta 12c)
- c. ¿Está el servicio del empleado localizado (lo presta en su totalidad) en OR? Sí No (responda a la pregunta 12d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿está la base de operaciones del empleado en OR y parte del trabajo lo hace en OR? Sí No (responda a la pregunta 12e)
- e. Si no hay una base de operaciones, ¿presta empleado algunos de los servicios en OR y recibe dirección y control de OR? Sí No (responda a la pregunta 12f)
- f. Si no existe un lugar de dirección y control, ni servicios localizados ni base de operaciones en OR, ¿reside el empleado en OR? Sí No

13 Seleccione los días de la semana que generalmente trabaja el empleado:

- Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

14 Presente la historia de los ingresos del empleado durante los 5 trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de permiso de ausencia:

Final del trimestre (mm/aaaa)	Salario bruto (\$)

15 Dé las horas de trabajo programadas de las últimas 4 semanas en las que el empleado se presentó a trabajar antes del permiso de ausencia:

- Semana 1 _____
- Semana 2 _____
- Semana 3 _____
- Semana 4 _____
- Promedio: _____

16 ¿Se usará el permiso de ausencia de manera continua o intermitente? Dé la información abajo.

Permiso de ausencia en bloque/permiso de ausencia continuo: **Fecha de comienzo (mm/dd/aaaa)** _____ **Hasta (mm/dd/aaaa)** _____

Fechas solicitadas: _____

Permiso de ausencia intermitente: _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Condición médica propia del empleado

Parte B, continúa

17 ¿Le comunicó el empleado que solicitaba el permiso de ausencia previsible con 30 días de antelación?

Sí No

Fecha en que se dio aviso al empleador: | m m / d d / a a a a |

18 ¿Ha recibido o reclamado el empleado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo (CESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación de los trabajadores debido a una enfermedad/lesión relacionada con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. Permiso Pagado de Oregón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (Permiso de ausencia por enfermedad/vacaciones/PTO u otros tipos de permisos de ausencia que da el empleador. Especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

19 Permiso de ausencia pagado que da el empleador durante el período de permiso de ausencia

Si el empleador da un permiso de ausencia pagado acumulado u otra continuación de salario al empleado elegible durante un período de PFML, el empleador es responsable de pagar solamente la cantidad de permiso de ausencia pagado acumulado u otra continuación de salario que cuando se combina con la cantidad de beneficio semanal sea igual o menor que el salario semanal promedio del empleado elegible, de manera que el empleado elegible no reciba más del 100 % de su salario semanal promedio. Un empleado elegible debe dar su consentimiento para el uso del permiso de ausencia pagado acumulado durante los períodos de PFML.

“Permiso de ausencia pagado acumulado” significa el permiso ganado por, o de otra manera, dado a un empleado elegible según un plan o política de beneficios que ofrece el empleador, incluyendo, entre otros, pago por enfermedad (incluyendo el Permiso de ausencia pagado por enfermedad de Oregón), permiso de ausencia anual, pago por vacaciones, permiso de ausencia personal, permiso de ausencia compensatorio o tiempo libre pagado. El permiso de ausencia pagado acumulado no incluirá (i) una política o programa por discapacidad del empleador; o (ii) una política de permiso familiar o médico pagado del empleador.

a. ¿Usará el empleado algún permiso de ausencia pagado acumulado **durante el período de permiso de ausencia solicitado?**

Sí (responda a la pregunta b) No

b. ¿Recibirá el empleado un reemplazo de salario **durante todo o parte del período de permiso de ausencia solicitado?**

Sí (responda a la pregunta i) No

i. Dé información sobre el tipo de reemplazo de salario y las fechas en las que se pagará:

Declaración y firma:

AVISO: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS O CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O FACILITAR UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O EQUÍVOCA PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS.

Soy la persona autorizada para firmar como empleador del empleado que solicita beneficios según el programa de Seguro de permiso de ausencia pagado de Oregón. Con mi firma confirmo que, a mi leal saber y entender, la información que presenté es verdadera, precisa y completa. Cualquier declaración falsa, o no dar información veraz, precisa y completa, puede dar como resultado penalizaciones monetarias y de otro tipo, y a la posibilidad de un proceso penal.

Firma del empleado:

Fecha: | m m / d d / a a a a |

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Oregón - Proveedor de atención médica - Mi propia condición médica grave

Continúa

Sección 2: Certificación médica (la debe completar el proveedor de atención médica que da tratamiento)

Su paciente (el "empleado") hizo una solicitud para faltar al trabajo debido a su propia condición médica grave. Para que podamos decidir sobre su reclamo de beneficios de OR PFMLI, necesitamos que usted complete la información de las Secciones 1-4. Cuando complete esta certificación:

- Sus respuestas deben ser su mejor cálculo basado en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente.
- Sea lo más específico que pueda. El uso de términos como "según sea necesario", "desconocido" o "indeterminado" puede no ser suficiente para aprobar el reclamo.
- Limite sus respuestas a la condición médica grave para la que su paciente pide el permiso de ausencia. Si su paciente necesita un permiso de ausencia por más de una condición médica grave, complete un certificado distinto para cada condición.
- No incluya información sobre pruebas genéticas, según se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de una enfermedad o un trastorno en los familiares del empleado, 29 C.F.R. §1635.3(b).

6 Una condición médica grave que califica es una condición física o mental que se ajusta a una de las siguientes categorías. **Marque las casillas en las preguntas de abajo, según corresponda.**

- Atención para pacientes ingresados:** El paciente se (admitió / admite / admitirá) para una estancia durante la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en las siguientes fechas: _____
- Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, operación a pacientes ambulatorios, amigdalitis)
- Debido a la condición médica del paciente, el paciente (estuvo / está / estará) incapacitado durante *más de tres días calendario consecutivos y completos.*
 - Al paciente se le (atendió / atiende / atenderá) en las siguientes fechas: _____
 - La condición médica también (dio / da / dará) como resultado un curso de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (*por ejemplo, medicamentos con receta (aparte de los de venta libre), terapia para la que se necesita equipo especial, etc.*)
- Embarazo:** La condición médica es embarazo. Mencione la fecha de parto prevista: _____ (mm/dd/aaaa)
- Condiciones médicas crónicas:** (por ejemplo, asma, migrañas) Se espera que las visitas de tratamiento sean al menos dos veces al año.
- Condiciones médicas permanentes o de largo plazo:** Debido a la condición médica, la incapacidad es permanente o de largo plazo y necesita la supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no se está dando un tratamiento activo).
- Condiciones médicas para las que se necesitan varios tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, operación de restauración, etc.) Debido a la condición médica, es médicamente necesario que el paciente reciba varios tratamientos.
- Enfermedad terminal:** La condición médica grave supone un peligro inminente de muerte, o es de pronóstico terminal con una posibilidad razonable de muerte en un futuro próximo.
- Donación de partes del cuerpo:** Donación de una parte del cuerpo, órgano o tejido, incluyendo los servicios preoperatorios o de diagnóstico, operación, tratamiento posoperatorio y recuperación.
- Ninguna de las opciones de arriba:** Si no marcó ninguna de las categorías de arriba (por ejemplo, atención de pacientes hospitalizados, embarazo) no se necesita más información. Firme y feche el formulario, haga una copia para sus archivos y devuelva el formulario completo al paciente.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

23-07-DBL03

Oregón - Certificación del proveedor de atención médica - Mi propia condición médica grave

Continúa

7 Primera fecha de discapacidad: ^{m m d d a a a a} | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Fecha en que examinó por primera vez al paciente por esta condición médica: ^{m m d d a a a a} | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

8 Última visita en el consultorio: ^{m m d d a a a a} | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

^{m m d d a a a a} Próxima visita en el consultorio: | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Fecha prevista de reincorporación al trabajo: _____

9 Para la condición médica por la que su paciente solicita un tiempo fuera del trabajo, ¿cree que la condición médica la causó una enfermedad o lesión en el lugar de trabajo, o está relacionada con ella?

Sí No

10 Si el empleador no suministra una declaración de las funciones esenciales de su paciente o una descripción del puesto de trabajo, responda a estas preguntas basándose en la descripción del propio paciente de las funciones laborales esenciales. Se considera que un empleado que no debe ir al trabajo para recibir tratamientos médicos, como visitas médicas programadas, por una condición médica, no puede desempeñar las funciones laborales esenciales del puesto cuando falte para recibir tratamientos.

Debido a su condición médica, mi paciente (no fue capaz/ no es capaz/ no será capaz) de desempeñar una o más de las funciones laborales esenciales. Identifique al menos una función laboral esencial que su paciente no fue capaz/es capaz/será capaz de hacer:

11 Dé los datos médicos relevantes relacionados con la condición médica para la que se necesita este permiso de ausencia (estos datos pueden incluir el diagnóstico, los síntomas o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipos especializados):

Código de diagnóstico: _____

Descripción del diagnóstico: _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

23-07-DBL03

Oregón - Certificación del permiso de ausencia médica - Mi propia condición médica grave

Continúa

12 Dé los datos médicos relevantes relacionados con la condición médica para la que se necesita este permiso de ausencia (estos datos pueden incluir el diagnóstico, los síntomas o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipos especializados): (Continúa en la siguiente página)

Permiso de ausencia continuo: Mi paciente ha estado/estará incapacitado por un único período continuo debido a su propia condición médica, incluyendo el tiempo de tratamiento y recuperación que comienza el ___/___/___ y finaliza el ___/___/___.

Permiso de ausencia intermitente - Incapacidad: Se espera que mi paciente reciba un tratamiento periódico en el que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir del ___/___/___ y hasta el ___/___/___ . Describa la frecuencia y duración calculadas de los episodios. (por ejemplo, 1 vez cada 3 meses con una duración de 1-2 días), (por ejemplo, 3 veces cada mes con una duración de 1 día). **Seleccione y complete uno:**

- Semanalmente:** ___ veces cada ___ semanas por una duración de ___ días por instancia;
- Mensualmente:** ___ veces cada ___ semanas por una duración de ___ días por instancia

Permiso de ausencia intermitente - Tratamientos: Se espera que mi paciente reciba un tratamiento periódico en el que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir del ___/___/___ y hasta el ___/___/___ . Describa la frecuencia y duración calculadas de los tratamientos/citas. (por ejemplo, 3 veces cada 2 meses). **Seleccione y complete uno:**

- Semanalmente:** ___ veces cada ___ semanas por una duración de ___ días por instancia;
- Mensualmente:** ___ veces cada ___ semanas por una duración de ___ días por instancia

Información y firma del proveedor de atención médica

Nombre en letra de molde del proveedor de atención médica que da tratamiento: _____

Especialidad/Certificación de la Junta: _____

Dirección comercial del proveedor de atención médica que da tratamiento: _____

Número de licencia de certificación: _____ Estado: _____

Teléfono: (___ ___) - | ___ ___ | - | ___ ___ |

Número de fax: (___ ___) - | ___ ___ | - | ___ ___ |

Dirección de correo electrónico: _____

Certificación y firma:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con intención de defraudar o facilitar a sabiendas un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa de un hecho material, puede ser culpable de fraude de seguros.

Mi firma certifica que la información que se da en este formulario es verdadera y correcta, que he examinado al paciente y respondido a las preguntas con exactitud y en la medida de mis capacidades, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Firma: _____

Fecha: | ___ ___ / | ___ ___ / | ___ ___ ___ ___ |

¿Tiene preguntas?

o visítenos en línea en archinsurance.com/disability