



**Istruzioni per ricevere il congedo parentale retribuito per un/una figlio/a minorenne a carico sottoposto/a a quarantena/isolamento per COVID-19**

1. Compili le Sezioni da 1 a 3 del presente modulo e la Parte A della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*.
  - a. Non compili le domande 11 e 12 del Modulo PFL-1.
2. Consegni i moduli compilati al suo datore di lavoro.
  - a. Il datore di lavoro dovrà compilare la Sezione 4 del presente modulo e la Parte B del Modulo PFL-1 entro 3 giorni lavorativi.
3. Alleghi l'ordine cautelare o obbligatorio di quarantena o isolamento.
4. Presenti tutti i moduli e l'ordine di quarantena/isolamento alla compagnia assicurativa responsabile dei congedi parentali retribuiti per il suo datore di lavoro indicata nella Parte B del *Modulo PFL-1*.

Per ulteriori indicazioni, visiti il sito web dedicato ai congedi parentali retribuiti all'indirizzo [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://PaidFamilyLeave.ny.gov).

**SEZIONE 1 - RICHIESTA DI CONGEDO PARENTALE RETRIBUITO (PFL) (compilazione a carico del/della dipendente)**

Motivo per la richiesta di PFL:  Assistenza di un/una figlio/a minorenne a carico sottoposto/a a quarantena/isolamento per COVID-19

**SEZIONE 2 - INFORMAZIONI SUL/SULLA FIGLIO/A MINORENNE (compilazione a carico del/della dipendente)**

1. **Nome del/della figlio/a minorenne a carico** (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

2. **Data di nascita del/della figlio/a minorenne** (MM/GG/AAAA)

3. **Indirizzo postale del/della figlio/a minorenne**

**SEZIONE 3 - ATTESTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA DIPENDENTE (compilazione a carico del/della dipendente)**

Con la sottoscrizione della presente confermo di non essere fisicamente in grado di svolgere il mio lavoro tramite accesso remoto o mezzi analoghi per il mio datore di lavoro durante l'ordine cautelare o obbligatorio di quarantena o isolamento a cui è sottoposto/a mio/a figlio/a minorenne.

Firma del/della dipendente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome in stampatello del/della dipendente: \_\_\_\_\_

**SEZIONE 4 - ATTESTAZIONE DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO (compilazione a carico del datore di lavoro)**

Con la sottoscrizione della presente confermo che il/la dipendente indicato/a non è fisicamente in grado di svolgere il proprio lavoro tramite accesso remoto o mezzi analoghi durante l'ordine cautelare o obbligatorio di quarantena o isolamento a cui è sottoposto/a il/la figlio/a minorenne.

Firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome/ragione sociale in stampatello del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

La compagnia assicurativa dovrà corrispondere i sussidi o rifiutare la richiesta entro 18 giorni solari dal ricevimento della sua richiesta compilata. La mancata compilazione della Sezione 4 di cui sopra o della Parte B del *Modulo PFL-1* da parte del suo datore di lavoro non può costituire causa esclusiva per considerare incompleta la sua richiesta. Qualora non sia d'accordo con la decisione della compagnia assicurativa, o se il pagamento non è tempestivo, può chiedere una risoluzione arbitrare tramite il NAM (*National Arbitration and Mediation*) all'indirizzo [nyspfla.com](https://nyspfla.com).



# Istruzioni per la richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)

- Per richiedere un congedo parentale retribuito (*Paid Family Leave, PFL*), il/la dipendente che richiede il PFL deve compilare la Parte A della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*. Tutte le voci presenti nel modulo sono obbligatorie salvo siano indicate come opzionali. Il/La dipendente poi fornisce il modulo al datore di lavoro per compilare la Parte B.
- Il datore di lavoro completa la Parte B della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)* e la restituisce all' dipendente entro tre giorni lavorativi.
- Sono necessari moduli aggiuntivi in base al tipo di congedo richiesto. Il/La dipendente che richiede il congedo è responsabile della compilazione di detti moduli.
- **Il/La dipendente invia la *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)* compilata con il modulo aggiuntivo necessario alla compagnia assicurativa responsabile dei PFL per il datore di lavoro indicata nella Parte B della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*. Il/La dipendente deve conservare una copia di ogni modulo inviato per riferimenti futuri.**

## PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE (compilazione a carico del/della dipendente)

Il/La dipendente che richiede il PFL deve compilare tutte le informazioni obbligatorie.

### Richiesta di PFL (compilazione a carico del/della dipendente)

**Domanda 12:** Con "minore" si includono figli biologici, adottati, in affidamento o acquisiti, minori sottoposti a tutela legale, figli di un/una partner convivente o la persona per la quale il/la dipendente esercita in loco parentis. Un genitore è definito come genitore biologico, affidatario o adottivo, suocero, genitore acquisito, tutore legale o un'altra persona che ha esercitato in loco parentis per il/la dipendente quando quest'ultimo/a era un/una minore.

**Domanda 13:** Se le date sono "continue", il/la dipendente deve fornire le date di inizio e di fine del PFL richiesto, che devono essere le date effettive in cui il PFL inizierà e terminerà. Se non si è sicuri, stimare le date di inizio e di fine e indicare "Le date sono una stima". Se le date sono "periodiche", inserire le date in cui si prenderà il PFL. Cercare di essere il più specifici possibili. Se le date non sono note o sono una stima, indicare "Le date sono una stima".

Se le date sono una stima, la compagnia responsabile del PFL potrebbe richiedere di inviare una richiesta di pagamento **dopo** che il giorno di PFL è stato preso. Il pagamento per le indennità approvate sarà dovuto il prima possibile, ma in nessun caso oltre i 18 giorni dalla data della richiesta compilata.

**Domanda 14:** Se il/la dipendente sta inviando una richiesta di PFL al proprio datore di lavoro con un preavviso inferiore a 30 giorni dalla data di inizio del PFL, il/la dipendente deve spiegare il motivo per cui non è stato possibile dare un preavviso di 30 giorni. Se la spiegazione non rientra nello spazio fornito sul modulo, inserire "Vedere allegato" e aggiungere un allegato con la spiegazione. Accertarsi di includere il nome completo del/della dipendente e la sua data di nascita nella parte superiore dell'allegato.

### Informazioni sull'impiego (compilazione a carico del/della dipendente)

**Domanda 16:** Inserire la data di assunzione in base al miglior ricordo del/della dipendente. Se è trascorso più di un anno dalla data di assunzione, è sufficiente inserire l'anno in cui è iniziato l'impiego.

**Domanda 18:** Inserire la stima migliore della retribuzione settimanale lorda media. Includere soltanto le retribuzioni ottenute dal datore di lavoro indicato nel presente modulo di richiesta. **La retribuzione settimanale lorda è la paga settimanale totale, inclusi straordinari, mance, bonus e commissioni, prima di eventuali detrazioni effettuate dal datore di lavoro**, come imposte federali e statali. Se il datore di lavoro non è in grado di fornire queste informazioni, il/la dipendente può calcolare la propria retribuzione settimanale lorda come segue:

**Passo 1:** aggiungere tutte le retribuzioni lorde ricevute (prima di eventuali detrazioni) nel corso delle ultime otto settimane prima dell'inizio del PFL, inclusi straordinari e mance percepiti. (*Consultare il Passo 3 per le istruzioni su come calcolare bonus e/o commissioni.*)

**Passo 2:** dividere le retribuzioni lorde calcolate nel Passo 1 per otto (o per il numero di settimane in cui si è lavorato se inferiori a otto) per calcolare la retribuzione settimanale media.

**Passo 3:** se il/la dipendente ha ricevuto bonus e/o commissioni durante le 52 settimane precedenti al PFL,

aggiungere l'importo settimanale proporzionale alla retribuzione settimanale media. Per determinare l'importo settimanale proporzionale, aggiungere tutti i bonus e/o le commissioni percepiti nelle 52 settimane precedenti e poi dividere per 52.

Esempio di un calcolo della retribuzione settimanale lorda:

Settimana 1 - retribuzione lorda, inclusi gli straordinari	550 \$
Settimana 2 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 3 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 4 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 5 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 6 - retribuzione lorda	500 \$
Settimana 7 - retribuzione lorda, inclusi gli straordinari	600 \$
Settimana 8 - retribuzione lorda, inclusi gli straordinari	+ 550 \$
Totale =	4.200 \$
Dividere per 8	÷ 8
Retribuzione settimanale media =	525 \$
Bonus percepito nelle 52 settimane precedenti	2.600 \$
Dividere per 52	÷ 52
Bonus settimanale proporzionale =	50 \$

*Istruzioni per il Modulo PFL-1 - continua alla pagina successiva*

**PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE** (compilazione a carico del/della dipendente) - continua dalla pagina precedente**Istruzioni per il Modulo PFL-1 - continua dalla pagina precedente**

Retribuzione settimanale media	525 \$
Bonus settimanale proporzionale	+ 50 \$

**Retribuzione settimanale media (incluso il bonus) = 575 \$**

Tenere presente che anche il datore di lavoro è tenuto a fornire queste informazioni nella Parte B della *Richiesta di congedo parentale retribuito (Modulo PFL-1)*.

**In caso di invio preventivo del modulo:** indicare se il/la dipendente sta inviando preventivamente la sua richiesta di PFL. L'invio preventivo è definito come la presentazione della richiesta in anticipo rispetto a un evento ammissibile imminente, con l'assenza di determinate informazioni obbligatorie che non sono note al momento dell'invio. Se l'invio preventivo è consentito dalla compagnia assicurativa o dal datore di lavoro con assicurazione autonoma, le informazioni mancanti devono essere fornite non appena note. I sussidi non possono essere determinati fino a quando non saranno fornite tutte le informazioni obbligatorie.

La compagnia assicurativa responsabile del PFL o il datore di lavoro con assicurazione autonoma invierà al/la dipendente una comunicazione entro cinque giorni in cui 1) si afferma che la richiesta di indennità è in corso; 2) si identificano quali informazioni mancano; 3) si forniscono istruzioni su come inviare le informazioni mancanti. **Una volta fornite tutte le informazioni, la compagnia assicurativa responsabile del PFL o il datore di lavoro con assicurazione autonoma ha 18 giorni per liquidare o negare la richiesta di indennità.**

Se la compagnia assicurativa o il datore di lavoro con assicurazione autonoma non consentono l'invio preventivo, la compagnia assicurativa o il datore di lavoro con assicurazione autonoma devono restituire la *Richiesta di congedo parentale retribuito* al/la dipendente entro cinque giorni, spiegando che la richiesta di indennità deve essere inviata di nuovo quando saranno disponibili tutte le informazioni.

**Il/La dipendente deve apporre data e firma prima di fornire il presente modulo al datore di lavoro per compilare la Parte B.**

**PARTE B - INFORMAZIONI DEL DATORE DI LAVORO** (compilazione a carico del datore di lavoro)

**Il datore di lavoro del/della dipendente che sta richiedendo il PFL deve compilare tutte le informazioni della Parte B.**

**Domanda 2:** Se si utilizza un numero di previdenza sociale (*Social Security Number*) per il numero di identificazione fiscale federale del datore di lavoro (*Federal Employer Identification Number*, FEIN), inserire il numero di previdenza sociale.

**Domanda 3:** Inserire il codice di classificazione industriale standard (*Standard Industrial Classification*, SIC) del datore di lavoro. I datori di lavoro dovrebbero contattare la propria compagnia assicurativa se non conoscono il proprio codice SIC.

**Domanda 8:** Si può trovare il codice di occupazione del/la dipendente (*Employee Occupation Code*) all'indirizzo: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)

**Domanda 9:** Inserire le retribuzioni percepite dal/la dipendente durante le ultime otto settimane prima della data di inizio del PFL. L'importo lordo corrisposto rappresenta la paga settimanale lorda del/della dipendente, inclusi eventuali straordinari o mance percepiti per quella settimana, più l'importo proporzionale settimanale di eventuali bonus o commissioni ricevuti durante le precedenti 52 settimane. (Per la procedura dettagliata, consultare la Domanda 18 a partire da pagina 1 delle istruzioni.) Calcolare la retribuzione settimanale media lorda aggiungendo gli

importi lordi corrisposti, e poi dividere il totale per otto (o per il numero di settimane lavorate se inferiori a otto).

**Domanda 10:** La mancata selezione della risposta "Sì" per la richiesta di rimborso da parte della compagnia assicurativa comporterà una rinuncia al diritto di rimborso.

**Domanda 11a:** "Invalidità" si riferisce all'invalidità richiesta per legge dallo Stato di New York (NYS). Se la risposta è "Nessuno", inserire "0" nel totale di settimane e giorni alla Domanda 11b.

**Domanda 11b:** Il numero massimo di settimane disponibili per l'invalidità prevista per legge dal NYS e per il PFL in qualsiasi periodo di 52 settimane è di 26 settimane. Specificare il numero totale di settimane, insieme al numero di giorni aggiuntivi se il congedo include una settimana parziale, prese per l'invalidità prevista per legge dal NYS e per il PFL durante le precedenti 52 settimane.

**Domande 13, 14 e 15:** Inserire il nome, l'indirizzo e il numero di polizza PFL della compagnia assicurativa responsabile del congedo parentale retribuito o dell'invalidità/PFL. Se questo datore di lavoro ha un'assicurazione autonoma, inserire il nome e l'indirizzo del luogo in cui deve essere inviata la richiesta di PFL per l'elaborazione.

**Affermazione che il/la dipendente è ammissibile per il PFL:** Un/Una dipendente che lavora regolarmente 20 ore o più alla settimana deve essere stato/a occupato/a per almeno 26 settimane consecutive. Un/una dipendente che lavora regolarmente meno di 20 ore alla settimana deve aver lavorato 175 giorni.

**Il datore di lavoro appone data e firma, e poi lo restituisce al/alla dipendente che sta richiedendo il PFL entro tre giorni lavorativi.**

**Accertarsi di compilare i moduli aggiuntivi appropriati per il PFL in base al tipo di congedo che viene richiesto.**

**Notifica ai sensi della Normativa di New York sulla tutela dei dati personali** (*New York Personal Privacy Protection Law*) (**Normativa sui funzionari pubblici, articolo 6-A** (*Public Officers Law Article 6-A*)) e **della Normativa federale sulla privacy** (*Federal Privacy Act of 1974*) (**5 USC art. 552a**).

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere informazioni personali dei dipendenti, incluso il numero di previdenza sociale o il numero di identificazione del/della contribuente, deriva dall'autorità amministrativa ai sensi della sezione 142 della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (*Workers' Compensation Law*). Si acquisiscono queste informazioni per consentire alla WCB di indagare e gestire le richieste di indennità il più rapidamente possibile, e di conservarne registri accurati. La comunicazione del numero di previdenza sociale o del numero di identificazione del/della contribuente alla WCB è volontaria. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga soltanto per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.



**PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE (compilazione a carico del/della dipendente)**

1. Nome legale del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

\_\_\_\_\_

2. Altri eventuali cognomi sotto cui il/la dipendente ha lavorato

\_\_\_\_\_

3. Indirizzo postale del/della dipendente

Indirizzo

Città, Stato

Cod. postale      Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

4. Numero di previdenza sociale o numero di identificazione del/della contribuente

□□□□ - □□□ - □□□□□□

5. Data di nascita del/della dipendente (MM/GG/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

6. Numero di telefono principale del/della dipendente

( □□□□ ) □□□□ - □□□□□□

7. Indirizzo e-mail di preferenza del/della dipendente durante il PFL (se disponibile)

\_\_\_\_\_

8. Sesso del/della dipendente

M    F    X

9. Lingua di preferenza del/della dipendente

English    Español    Русский    Polski

中文    Italiano    Kreyòl ayisyen    한국어

Altro

**Opzionale (per scopi di ricerca)**

10. Etnia/origini del/della dipendente

Esclusivamente per scopi di demografia sanitaria. (Insieme di codici del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) degli Stati Uniti, versione 1.0.)

**Il/La dipendente è di origine ispanica, latina o spagnola?** (Si possono selezionare una o più categorie.)

- Messicana
- Messicana-statunitense
- Chicana
- Portoricana
- Dominicana
- Cubana
- Altra origine ispanica, latina o spagnola
- Non di origine ispanica, latina o spagnola
- Ignoto

**Qual è l'etnia del/della dipendente?**

(Si possono selezionare una o più categorie.)

- Nativa americana o dell'Alaska
- Nera o afroamericana
- Indo-asiatica
- Cinese
- Filippina
- Giapponese
- Coreana
- Vietnamita
- Altra etnia asiatica
- Bianca
- Nativa Hawaiana
- di Guam o Chamorro
- Samoana
- Altra etnia delle isole del Pacifico
- Altra etnia

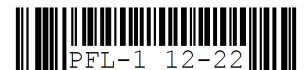
**Richiesta di congedo parentale retribuito (PFL) (compilazione a carico del/della dipendente)**

11. Motivo per la richiesta di PFL:    Creare un legame con un/una figlio/a    Assistere un familiare    Evento militare ammissibile

12. Relazione del familiare con il/la dipendente:

- Figlio/a    Coniuge    Convivente    Genitore    Suocero/a    Nonno/a    Nipote    Fratello/sorella

*Modulo PFL-1 - continua alla pagina successiva*



**COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE**

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della dipendente (MM/GG/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**PARTE A - INFORMAZIONI DEL/DELLA DIPENDENTE** (compilazione a carico del/della dipendente) - continua dalla pagina precedente

*Modulo PFL-1 - continua dalla pagina precedente*

**13. Il PFL sarà per un periodo di tempo continuo e/o intermittente?**

Continuo      Data di inizio del PFL (MM/GG/AAAA)      Data di fine del PFL (MM/GG/AAAA)       Le date sono una stima

□□ / □□ / □□□□      □□ / □□ / □□□□

Intermittente      Indicare le date intermittenti del PFL:       Le date sono una stima

\_\_\_\_\_

**14. Se si sta informando il datore di lavoro con un preavviso inferiore a 30 giorni, fornire una spiegazione:**

**Informazioni sull'impiego** (compilazione a carico del/della dipendente)

**15. Ragione sociale**

\_\_\_\_\_

**16. Data di assunzione del/della dipendente** (MM/GG/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**17. Luogo di lavoro del/della dipendente**

Indirizzo

\_\_\_\_\_

Città, Stato      Cod. postale      Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

**18. Retribuzione settimanale media lorda del/della dipendente** (Questi dati saranno richiesti sia al/alla dipendente che al datore di lavoro)

\_\_\_\_\_

**19. Numero di telefono del datore di lavoro per contattarlo in merito alla presente richiesta**

( □□□ ) □□□ - □□□□

**20a. Il/La dipendente ha più di un datore di lavoro?**  Sì  No

**20b. Se sì, il/la dipendente sta prendendo un PFL dall'altro datore di lavoro?**  Sì  No

**21. Il/La dipendente attualmente sta ricevendo sussidi per le mancate retribuzioni?**  Sì  No

**Dichiarazione di trasparenza:** Le informazioni relative ai sussidi per il PFL ricevuti dal/dalla dipendente, ad es. i pagamenti ricevuti e i tipi di congedo, saranno fornite al datore di lavoro.

**Dichiarazione e firma**

Qualsiasi persona che, consapevolmente e con intento di frodare una compagnia assicurativa o un'altra persona che presenta una richiesta di assicurazione o una domanda giudiziale contenente eventuali informazioni concretamente false o che occulti, allo scopo di fuorviare, informazioni riguardanti qualsiasi relativo fatto materiale, commette una frode assicurativa, ovvero un reato, e sarà altresì soggetta a sanzione civile non superiore a cinquemila dollari e al valore dichiarato dell'indennità per ciascuna violazione di questo tipo.

Con la presente inoltro una richiesta di sussidi per congedo parentale retribuito ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro del NYS. La mia firma conferma che le informazioni da me fornite sono vere e accurate per quanto a mia conoscenza.

Firma del/della dipendente

Data della firma (MM/GG/AAAA)

\_\_\_\_\_      □□ / □□ / □□□□

Sto inviando il presente modulo in anticipo (consultare le istruzioni sull'invio preventivo). Comprendo che la compagnia assicurativa mi contatterà per informarmi sul modo di inviare le informazioni obbligatorie mancanti.

**COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE**

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della dipendente (MM/GG/AAAA)

/  /

**PARTE B - INFORMAZIONI DEL DATORE DI LAVORO** (compilazione a carico del datore di lavoro)

**1. Ragione sociale completa dell'attività e indirizzo postale**

Ragione sociale

Indirizzo postale

Città, Stato

Cod. postale

Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

2. FEIN del datore di lavoro  -

3. Codice di classificazione industriale standard (SIC) del datore di lavoro

4. Nome del contatto del datore di lavoro per domande correlate al PFL

\_\_\_\_\_

5. Recapito telefonico del datore di lavoro (  )  -

6. Indirizzo e-mail del datore di lavoro

\_\_\_\_\_

7. Data di assunzione del/della dipendente (MM/GG/AAAA)  /  /

8. Occupazione del/della dipendente I codici sono disponibili all'indirizzo: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)  -

**9. Inserire le ultime 8 settimane di retribuzioni lorde del/della dipendente e calcolare la retribuzione settimanale media lorda**

Settimana n.	Data di fine della settimana (MM/GG/AAAA)	Numero di giorni lavorati	Importo lordo corrisposto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Retribuzione <b>settimanale</b> media lorda calcolata:			

10. Se il/la dipendente ha ricevuto o riceverà retribuzioni complete mentre è in PFL, il datore di lavoro richiederà il rimborso?  
 Sì  No

*Modulo PFL-1 - continua alla pagina successiva*

**COMPILAZIONE A CARICO DEL/DELLA DIPENDENTE**

Nome del/della dipendente (nome, iniziale del 2° nome, cognome)

Data di nascita del/della dipendente (MM/GG/AAAA)

/   /

**PARTE B - INFORMAZIONI DEL DATORE DI LAVORO** (compilazione a carico del datore di lavoro) - continua dalla pagina precedente

*Modulo PFL-1 - continua dalla pagina precedente*

11a. Nelle precedenti 52 settimane il/la dipendente ha preso un congedo per:  Invalidità del NYS  PFL  
 Sia invalidità che PFL  Nessuno

11b. Inserire il numero totale di settimane e giorni presi sia per l'invalidità che per il PFL nelle ultime 52 settimane:

<b>Invalidità:</b>	Settimane	Indicare date specifiche per l'invalidità:
	Giorni	

<b>PFL:</b>	Settimane	Indicare date specifiche per il PFL:
	Giorni	

12. Il/La dipendente sta prendendo un FMLA (*Family Medical Leave Act*) contemporaneamente al PFL?  Sì  No

13. Nome e indirizzo postale della compagnia assicurativa responsabile del PFL

Nome della compagnia assicurativa responsabile del PFL

Indirizzo postale

Città, Stato

Cod. postale

Paese (se diverso dagli Stati Uniti)

14. Numero di telefono della compagnia assicurativa responsabile del PFL (     )   -

15. Numero della polizza PFL \_\_\_\_\_

**Dichiarazione e firma**

Confermo che il/la dipendente lavora regolarmente 20 o più ore alla settimana ed è stato/a occupato/a per almeno 26 settimane consecutive OPPURE il/la dipendente lavora regolarmente meno di 20 ore alla settimana e ha lavorato almeno 175 giorni.

Qualsiasi persona che, consapevolmente e con intento di frodare una compagnia assicurativa o un'altra persona che presenta una richiesta di assicurazione o una domanda giudiziale contenente eventuali informazioni concretamente false o che occulti, allo scopo di fuorviare, informazioni riguardanti qualsiasi relativo fatto materiale, commette una frode assicurativa, ovvero un reato, e sarà altresì soggetta a sanzione civile non superiore a cinquemila dollari e al valore dichiarato dell'indennità per ciascuna violazione di questo tipo.

Sono la persona autorizzata a firmare in qualità di datore di lavoro del/della dipendente che richiede il PFL. Con la sottoscrizione della presente confermo che, per quanto a mia conoscenza, le informazioni da me fornite sono vere e accurate.

Firma autorizzata del datore di lavoro

Data della firma (MM/GG/AAAA)

/   /

Titolo