



## **Инструкции по получению пособия по нетрудоспособности и/или оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам для себя в связи с карантином/изоляцией из-за COVID-19**

1. Заполните разделы 1–3 этой формы и часть А формы *Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1)*.
  - а. Оставьте пустыми поля вопросов 11 и 12 в *форме PFL-1* и заполните раздел 1 ниже.
2. Вручите заполненные формы своему работодателю.
  - а. Работодатель должен заполнить раздел 3 этой формы и часть В *формы PFL-1* в течение трех (3) рабочих дней.
3. Приложите предписание об обязательном или профилактическом карантине или изоляции.
4. Отправьте все формы и предписание о карантине/изоляции в страховую компанию по ООС вашего работодателя, указанную в части В *формы PFL-1*.

Дальнейшие инструкции см. на сайте по ООС по адресу [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://PaidFamilyLeave.ny.gov).

### **РАЗДЕЛ 1. ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ (ООС) (заполняется работником)**

Вы можете иметь право на получение пособия по нетрудоспособности И ОДНОВРЕМЕННО пособия по оплачиваемому отпуску по семейным обстоятельствам в размере до \$2043,92 для пособия по нетрудоспособности и до \$840,70 для ООС и СУММАРНО до \$2884,62 в неделю.

Причина запроса ООС:  Пособие по нетрудоспособности и/или пособие по оплачиваемому отпуску по семейным обстоятельствам в связи с карантином/изоляцией из-за COVID-19

### **РАЗДЕЛ 2. ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТНИКА (заполняется работником)**

Моя подпись подтверждает, что я израсходовал(а) оплачиваемый отпуск по болезни в связи с COVID-19 и не имею физической возможности выполнять работу для моего работодателя при помощи удаленного доступа или аналогичных средств во время обязательного или профилактического карантина или изоляции.

Подпись работника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия работника (печатными буквами): \_\_\_\_\_

### **РАЗДЕЛ 3. ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ (заполняется работодателем)**

Моя подпись подтверждает, что данный работник израсходовал оплачиваемый отпуск по болезни в связи с COVID-19 и не имеет физической возможности выполнять свою работу при помощи удаленного доступа или аналогичных средств во время обязательного или профилактического карантина или изоляции.

Подпись работодателя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя/наименование работодателя (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Страховая компания должна выплатить пособие или отклонить ваш запрос в течение **18 календарных дней** с даты получения вашего заполненного заявления. Ваше заявление не может считаться незаполненным только потому, что ваш работодатель не заполнил раздел 3 выше или часть В *формы PFL-1*.

Если вы не согласны с решением страховой компании или если выплата произведена несвоевременно, вы можете обратиться за арбитражем в NAM (National Arbitration and Mediation) по адресу [nyspfla.com](https://nyspfla.com).



# Инструкции по заполнению заявления на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (формы PFL-1)

- Чтобы запросить оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам (ООС), работник должен заполнить часть А формы «Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам» (форма PFL-1). Необходимо заполнить все пункты формы, кроме тех, у которых стоит отметка «Необязательно». Затем работник передает форму работодателю, который должен заполнить часть В.
- Работодатель заполняет часть В формы «Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам» (форма PFL-1) и возвращает ее работнику в течение трех рабочих дней.
- В зависимости от вида запрашиваемого отпуска может потребоваться приложить дополнительную форму. Эти формы должен заполнить работник, запрашивающий отпуск.
- Работник отправляет заполненную форму «Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам» (форма PFL-1) вместе с требуемой дополнительной формой в страховую компанию по ООС работодателя, указанную в части В формы «Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам» (форма PFL-1). Работник должен оставить у себя для контроля копии всех отправленных форм.

## ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ (заполняется работником)

Работник, запрашивающий отпуск, должен указать всю требуемую информацию.

### Заявление на предоставление ООС (заполняется работником)

**Вопрос 12.** Ребенком считается биологический, приемный или помещенный на патронатное воспитание ребенок, пасынок или падчерица, законный подопечный ребенок, ребенок партнера или человек, в отношении которого работник заменяет родителя. Родителем считается биологический, приемный или патронатный родитель, родитель супруга или супруги, приемный родитель, законный опекун или другой человек, который заменял работнику родителя во время его детства.

**Вопрос 13.** Если отпуск непрерывный (стоит отметка «Непрерывный»), работник должен указать начальную и конечную даты запрошенного ООС. Это должны быть фактические даты начала и окончания отпуска. Если вы не знаете точные даты, укажите приблизительные даты и поставьте отметку в пункте «Указаны приблизительные даты». Если отпуск периодический, укажите даты отпуска. Опишите как можно подробнее. Если даты

неизвестны или известны только приблизительно, поставьте отметку в пункте «Указаны приблизительные даты».

Если указаны приблизительные даты, страховая компания по ООС может потребовать, чтобы вы подали заявление на оплату **после** окончания отпуска. Выплаты по одобренным требованиям осуществляются как можно быстрее, но ни в каком случае не позднее чем через 18 дней после даты заполнения заявления.

**Вопрос 14.** Если работник подает работодателю заявление на предоставление ООС менее чем за 30 дней до начала отпуска, работник должен объяснить, почему заявление не было подано за 30 дней до начала отпуска. Если объяснение не помещается в отведенное поле в форме, впишите «See attached» (См. в приложении) и приложите дополнительный лист с объяснением. В верхней части приложенного листа обязательно напишите имя и фамилию работника и его дату рождения.

### Сведения о месте работы (заполняется работником)

**Вопрос 16.** Укажите дату поступления на работу (насколько точно ее может вспомнить работник). Если с даты поступления на работу прошло больше года, достаточно указать только год поступления на работу.

**Вопрос 18.** Укажите как можно точнее приблизительную среднюю недельную заработную плату. Учитывайте только заработную плату, получаемую у работодателя, указанного в этой форме заявления.

**Общая недельная заработная плата — это полная сумма оплаты за неделю, включая сверхурочные, чаевые, бонусы и комиссионные, до вычета сумм, удерживаемых из заработной платы работодателем** (например, федеральных и штатных налогов и т. п.) Если работодатель не может предоставить эти сведения, работник может рассчитать общую недельную заработную плату следующим образом:

**Шаг 1.** Сложите всю полученную общую заработную плату (до всех вычетов) за последние восемь недель до начала отпуска, включая сверхурочные и чаевые. (Инструкции по расчету размера бонусов и/или комиссионных см. в пункте 3.)

**Шаг 2.** Разделите сумму общей заработной платы, рассчитанную в пункте 1, на 8 (или на количество отработанных недель, если оно меньше восьми), чтобы рассчитать среднюю недельную заработную плату.

**Шаг 3.** Если работник получал бонусы и/или комиссионные в течение 52 недель, предшествующих отпуску, добавьте

пропорциональную недельную сумму к средней недельной заработной плате. Чтобы определить пропорциональную недельную сумму, сложите все бонусы/комиссионные, полученные за предыдущие 52 недели, и разделите полученную сумму на 52.

Пример расчета общей недельной заработной платы:

|   |         |
|---|---------|
| Неделя 1 — общая заработная плата с учетом сверхурочных | \$550   |
| Неделя 2 — общая заработная плата                       | \$500   |
| Неделя 3 — общая заработная плата                       | \$500   |
| Неделя 4 — общая заработная плата                       | \$500   |
| Неделя 5 — общая заработная плата                       | \$500   |
| Неделя 6 — общая заработная плата                       | \$500   |
| Неделя 7 — общая заработная плата с учетом сверхурочных | \$600   |
| Неделя 8 — общая заработная плата с учетом сверхурочных |         |
|   | + \$550 |
| Итого =   | \$4200  |
| Разделите на 8  | ÷ 8     |
| Средняя недельная заработная плата =                    | \$525   |
| Бонус за предыдущие 52 недели                           | \$2600  |
| Разделите на 52   | ÷ 52    |
| Пропорциональный недельный бонус =                      | \$50    |

Продолжение инструкций по заполнению формы PFL-1 см. на следующей странице

**ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ** (заполняется работником) (продолжение с предыдущей страницы)**Инструкции по заполнению формы PFL-1 (продолжение с предыдущей страницы)**

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| Средняя недельная заработная плата | \$525  |
| Пропорциональный недельный бонус   | + \$50 |

**Средняя недельная заработная плата (с учетом бонуса) = \$575**

Обратите внимание, что работодатель также обязан указать эту информацию в Части В *Заявления на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (форма PFL-1)*.

**При предварительной подаче формы:** Укажите, что работник предварительно подает заявление на предоставление отпуска. Предварительная подача — это подача заявления до предстоящего квалификационного события, причем часть необходимой информации не указана из-за того, что на момент подачи заявления эта информация неизвестна. Если предварительная подача разрешена страховой компанией или самозастрахованным работодателем, недостающая информация должна быть

предоставлена, как только она станет известна. Размер пособия может быть определен только после того, как предоставлена вся необходимая информация.

Страховая компания по ООС или самозастрахованный работодатель в течение пяти дней предоставляет работнику уведомление, в котором 1) сообщается, что требование находится на рассмотрении; 2) указывается, какой информации не хватает; 3) приводятся инструкции о том, как сообщить недостающую информацию. **После того как вся информация предоставлена, страховая компания по ООС или самозастрахованный работодатель должны в течение 18 дней выплатить пособие или отклонить требование.**

Если страховая компания или самозастрахованный работодатель не разрешает предварительно подавать заявления, страховая компания или самозастрахованный работодатель должны вернуть работнику *заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам* в течение пяти дней, объяснив, что заявление следует подать повторно, когда будет указана вся необходимая информация.

**Работник должен поставить подпись и дату перед тем, как передать эту форму работодателю для заполнения части В.**

**Часть В. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ** (заполняется работодателем)

**Работодатель работника, подающего заявление на отпуск, должен заполнить всю информацию в части В.**

**Вопрос 2.** Если в качестве федерального идентификационного номера работодателя (FEIN) используется номер социального страхования, укажите номер социального страхования.

**Вопрос 3.** Введите стандартный код отраслевой классификации (SIC) работодателя. Если работодатель не знает свой код SIC, он должен узнать его в своей страховой компании.

**Вопрос 8.** Код деятельности работника можно узнать на сайте [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)

**Вопрос 9.** Укажите заработную плату, полученную работником за последние восемь недель, предшествующих дате начала отпуска. Общая выплаченная сумма — это общая недельная заработная плата работника, включая все сверхурочные и чаевые, заработанные за эту неделю, плюс недельная пропорциональная сумма всех бонусов или комиссионных, полученных в течение предшествующих 52 недель. (Подробные инструкции см. в вопросе 18 начиная со стр. 1 инструкций.) Рассчитайте общую среднюю недельную заработную плату, сложив общие выплаченные суммы и разделив полученную сумму на 8 (или на количество отработанных недель, если оно меньше 8).

**Подтверждение права работника на получение ООС:** Работник, который регулярно работает 20 или более часов в неделю, должен проработать у данного работодателя не менее 26 недель подряд. Работник, который регулярно работает менее 20 часов в неделю, должен отработать не менее 175 дней.

**Работодатель в течение трех рабочих дней ставит подпись и дату и возвращает работнику заявление на получение ООС.**

**Вопрос 10.** Если не отмечен вариант «Да» для запроса возмещения у страховой компании, это значит, что вы отказываетесь от права на возмещение.

**Вопрос 11a.** «Нетрудоспособность» означает обязательную нетрудоспособность в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк. Если выбран ответ «Нет», укажите «0» для общего количества недель и дней в вопросе 11b.

**Вопрос 11b.** В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк в любой 52-недельный период можно получить период оплачиваемой нетрудоспособности и ООС общей продолжительностью не более 26 недель. Укажите общее количество недель (и количество дополнительных дней, если отпуск включает неполную неделю), взятых в связи с оплачиваемой нетрудоспособностью в штате Нью-Йорк и ООС в течение предшествующих 52 недель.

**Вопросы 13, 14 и 15.** Укажите название и адрес страховой компании, оформившей полис оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС) или нетрудоспособности и ООС, а также номер полиса ООС. В случае самозастрахованного работодателя укажите имя и адрес, по которому нужно отправить для обработки заявление на предоставление ООС.

**Обязательно заполните соответствующие дополнительные формы заявления на предоставление ООС, требуемые в зависимости от вида запрашиваемого отпуска.**

**Уведомление согласно закону штата Нью-Йорк о защите и неприкосновенности частной жизни (Закон о государственных служащих, статья 6-A) и Федеральному закону о неприкосновенности частной жизни от 1974 года (5 USC § 552a).**

Полномочия Совета по компенсациям работникам (Совета) запрашивать у работников персональные данные, в том числе их номер социального страхования или идентификационный номер налогоплательщика, вытекают из административных полномочий, предоставленных Совету в соответствии с разделом 142 Закона о компенсациях работникам. Данная информация собирается, чтобы помочь Совету оперативно расследовать и обрабатывать заявки и хранить точные записи. Предоставление Совету номера социального страхования или идентификационного номера налогоплательщика (ITIN) не обязательно. Совет защищает конфиденциальность всей персональной информации, которая находится в его распоряжении, и раскрывает ее исключительно при исполнении своих официальных обязанностей и в соответствии со штатным и федеральным законодательством.



**ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ О РАБОТНИКЕ** (заполняется работником)

1. **Официальное полное имя работника** (имя, средний инициал, фамилия)

\_\_\_\_\_

2. **Другие фамилии** (если имеются), под которыми работал работник

\_\_\_\_\_

3. **Почтовый адрес работника**

Адрес (с указанием улицы и дома)

Город, штат

Почтовый индекс Страна (если не США)

4. **Номер социального страхования или идентификационный номер налогоплательщика работника**

□□□□ - □□□□ - □□□□□□

5. **Дата рождения работника** (ММ/ДД/ГГГГ)

□□ / □□ / □□□□

6. **Основной номер телефона работника**

( □□□□ ) □□□□ - □□□□□□

7. **Предпочтительный адрес эл. почты во время отпуска** (если имеется)

\_\_\_\_\_

8. **Пол работника**

М  Ж  Х

9. **Предпочтительный язык работника**

English  Español  Русский  Polski  
 中文  Italiano  Kreyòl ayisyen  한국어  
 Другой

**Необязательно (используется для целей исследования)**

10. **Этническая/расовая принадлежность работника**

Только для целей сбора медицинской статистики. (Свод кодексов Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), версия 1.0.)

**Работник имеет испанское или латиноамериканское происхождение?** (Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Мексиканское
- Американец мексиканского происхождения
- Чикано
- Пуэрто-риканское
- Доминиканское
- Кубинское
- Другое испанское или латиноамериканское происхождение
- Не испанского или латиноамериканского происхождения
- Неизвестно

**Какова расовая принадлежность работника?**

(Можно выбрать одну или несколько категорий.)

- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Чернокожий или афроамериканец
- Азиатско-индийского происхождения
- Китайского происхождения
- Филиппинского происхождения
- Японского происхождения
- Корейского происхождения
- Вьетнамского происхождения
- Другого азиатского происхождения
- Белый
- Коренной житель Гавайских островов
- Житель Гуама или чаморро
- Житель Самоа
- Житель других островов Тихого океана
- Другая расовая принадлежность

**Заявление на предоставление оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам (ООС)** (заполняется работником)

11. **Причина запроса ООС:**  Для проведения времени с ребенком  Для ухода за членом семьи  В связи с военной службой члена семьи

12. **Член семьи приходится работнику:**

- Ребенком  Супругом/супругой  Партнером  Родителем  Родителем мужа или жены  Дедушкой/бабушкой
- Внуком/внучкой  Братом/сестрой

*Форма PFL-1 (продолжение на следующей странице)*





**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ**

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

/   /

**ЧАСТЬ В. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ** (заполняется работодателем)

**1. Полное юридическое наименование предприятия и почтовый адрес**

Наименование предприятия

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

2. Номер FEIN работодателя   -

3. Стандартный код отраслевой классификации (SIC) работодателя

4. Контактное лицо работодателя по вопросам, касающимся ООС

5. Контактный телефон работодателя (     )    -

6. Контактный адрес электронной почты работодателя

7. Дата приема на работу работника (ММ/ДД/ГГГГ)   /   /

8. Код деятельности работника Коды можно узнать на сайте [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)   -

9. Укажите общую заработную плату работника за последние 8 недель и рассчитайте среднюю общую недельную заработную плату

| Номер недели  | Дата окончания недели (ММ/ДД/ГГГГ) | Кол-во проработанных дней | Общая выплаченная сумма |
|---|------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1   |                                    |                           |                         |
| 2   |                                    |                           |                         |
| 3   |                                    |                           |                         |
| 4   |                                    |                           |                         |
| 5   |                                    |                           |                         |
| 6   |                                    |                           |                         |
| 7   |                                    |                           |                         |
| 8   |                                    |                           |                         |
| Рассчитанная средняя общая <u>недельная</u> заработная плата: |                                    |                           |                         |

10. Если работник во время ООС получал или будет получать заработную плату в полном объеме, будет ли работодатель запрашивать возмещение?  Да  Нет

*Форма PFL-1 (продолжение на следующей странице)*

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ**

Имя работника (имя, средний инициал, фамилия)

Дата рождения работника (ММ/ДД/ГГГГ)

/   /

**ЧАСТЬ В. СВЕДЕНИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ (заполняется работодателем) — продолжение с предыдущей страницы**

*Форма PFL-1 (продолжение с предыдущей страницы)*

11a. В предшествующие 52 недели работник брал следующий отпуск:  Нетрудоспособность штата Нью-Йорк  ООС  
 Нетрудоспособность и ООС  Нет

11b. Укажите общее количество недель и дней, когда работник брал отпуск по нетрудоспособности и ООС за последние 52 недели:

|                          |        |   |
|--------------------------|--------|---|
| Нетрудоспо-<br>собность: | Неделя | Укажите конкретные даты нетрудоспособности: |
|                          | Дни    |   |

|      |        |                              |
|------|--------|------------------------------|
| ООС: | Неделя | Укажите конкретные даты ООС: |
|      | Дни    |                              |

12. Работник берет отпуск согласно Закону об отпуске по уходу за членом семьи (FMLA) одновременно с ООС?  Да  Нет

13. Название и почтовый адрес страховой компании по ООС

Название страховой компании по ООС

Почтовый адрес

Город, штат

Почтовый индекс

Страна (если не США)

14. Телефон страховой компании по ООС (     )    -

15. Номер полиса ООС \_\_\_\_\_

**Заявление и подпись**

Я подтверждаю, что работник регулярно работает 20 или более часов в неделю и проработал не менее 26 недель подряд ИЛИ работник регулярно работает менее 20 часов в неделю и проработал не менее 175 дней.

Любое лицо, которое сознательно и с намерением обмануть страховую компанию или другое физическое лицо подает заявление на страховую выплату или заявление о требовании, содержащее любую существенно ложную информацию, или скрывает с целью введения в заблуждение информацию о любом существенном для него факте, совершает мошенническое страховое действие, которое квалифицируется как преступление и также наказывается наложением гражданско-правового взыскания в размере не более пяти тысяч долларов и установленной стоимости требования за каждое такое нарушение.

Я имею полномочия ставить подпись в качестве работодателя работника, запрашивающего ООС. Моя подпись подтверждает, что, в меру моих знаний и убеждений, предоставленная мной информация является достоверной и точной.

Заверенная подпись работодателя

Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

/   /

Должность