

Solicitud para Beneficios por Incapacidad

El programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) provee beneficios para trabajadores elegibles que han tenido una pérdida total o parcial de sus sueldos debido a una incapacidad no relacionada con su trabajo.

Una discapacidad es cualquier enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que le impide realizar su trabajo de forma regular. Esto incluye cirugía electiva, y discapacidades relacionadas con el embarazo o parto.

Por favor, lea las instrucciones y páginas de información (A hasta la D) antes de completar los formularios adjuntos.

Para un procesamiento más rápido, presente su solicitud a través de SDI Online en edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/ en lugar de este formulario.

No complete este formulario si usted está:

- Asegurado por un plan voluntario. Pregunte a su empleador sobre estos formularios.
- Solicitando beneficios del Seguro de Incapacidad No Industrial (NDI, por sus siglas en inglés). Los empleados del gobierno estatal deben consultar con su respectiva oficina de personal.

Si no puede completar este formulario debido a una discapacidad, o si es un representante autorizado para presentar la solicitud de la persona con discapacidad o fallecida, llame al 1-866-658-8846, o envíenos un mensaje usando Ask EDD (solamente en inglés) en askedd.edd.ca.gov.

Cómo completar el formulario

- Use tinta negra únicamente.
- Escriba claramente y con letra de molde sus respuestas dentro de las casillas indicadas.
- Ingrese su número de Seguro Social (SSN, por sus iniciales en inglés) en todas las páginas del formulario, incluyendo cualquier otro documento que adjunte.
- No envíe el formulario por fax.

Envíenos por correo postal el formulario en el sobre proporcionado. Presente su solicitud después de que hayan pasado por lo menos nueve días posteriores al primer día en que comienza su incapacidad, pero a más tardar dentro de los 49 días posteriores al comienzo de su incapacidad.

1. Complete **TODAS** las preguntas en la sección "PARTE A - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE" y **firmé la casilla A40**. Respecto a la casilla A13, el Servicio de Correo Postal de los Estados Unidos no entrega la correspondencia en un apartado postal privado a menos que se indiquen las iniciales "PMB."
2. Su médico/profesional médico debe completar y firmar la sección "PART B - CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO/PROFESIONAL MÉDICO". La certificación puede ser completada por un médico o profesional médico autorizado para certificar la incapacidad o la condición de salud grave del paciente (CUIC, sección 2708).
Si está bajo el cuidado de un médico practicante religioso acreditado, solicite el formulario *Claim for Disability Insurance Benefits - Religious Practitioner's Certificate* (DE 2502) (solamente en inglés), comunicándose al 1-800-480-3287, y después pídale a su médico practicante religioso que lo complete y firme. **No se aceptan firmas electrónicas o con sello.**
3. Decida **la fecha en la cual desea iniciar su solicitud**. Para más información, consulte la sección "SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS" en la página B.
4. Si tiene una incapacidad relacionada con el trabajo, conteste las preguntas A31 hasta A38. Si su solicitud para el programa de compensación para trabajadores (workers' compensation) ha sido aceptada, negada o demorada, incluya la carta en donde le informa la compañía aseguradora el estatus de su solicitud.
Coloque el formulario completado y firmado dentro del sobre que viene adjunto. Las solicitudes se tramitan dentro de 14 días a partir de que recibimos la "PARTE A - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE" y la "PART B - CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO/PROFESIONAL MÉDICO."
5. Guarde estas instrucciones y las páginas de información para futuras referencias.

Nota: Puede perder beneficios o pueden retrasarse si su solicitud llega tarde, tiene errores o falta información.

El EDD, el cual es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades, ha colaborado en esta publicación.

Los recursos auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten.

Para solicitar los servicios, asistencia o formatos alternos, necesita hacerlo llamando al 1-866-490-8879.

Los usuarios de TTY (teletipo), por favor, llamen al Servicio de Relevo de California al 711.

Requisitos Básicos Sólo se pueden pagar beneficios del DI después de que cumpla con todos los requisitos siguientes:

- No puede hacer su trabajo regular durante al menos ocho días consecutivos.
- Tiene que estar empleado o buscando empleo en forma activa al ocurrir su incapacidad.
- Tiene que haber sufrido pérdida de sueldos a causa de su incapacidad, o si está desempleado, haber buscado empleo de manera activa.
- Tiene que haber ganado por lo menos \$300, de los cuales se hayan hecho deducciones del SDI durante su periodo reglamentario. Vea "SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS" en la columna siguiente.
- Durante los primeros ocho días de su incapacidad, tiene que estar bajo cuidado y tratamiento de un médico/profesional médico con licencia o practicante religioso acreditado. La fecha inicial de una solicitud de beneficios puede ajustarse para cumplir con este requisito. Debe permanecer bajo cuidado y tratamiento para seguir recibiendo beneficios.
- Tiene que completar y enviar la solicitud de beneficios a más tardar dentro de los 49 días de la fecha en que se incapacitó, o podría perder beneficios.
- Su médico/profesional médico tiene que completar la certificación médica de su incapacidad. Para incapacidades relacionadas con embarazo o parto normal, una partera autorizada o enfermera partera puede completar la certificación médica. Si está bajo el cuidado de un practicante religioso, solicite el formulario titulado en inglés *Claim for Disability Insurance Benefits – Religious Practitioner's Certificate* (DE 2502F) de una oficina del SDI. Se acepta esta certificación sólo si el practicante religioso ha sido acreditado por el EDD.

Podríamos requerir un examen médico independiente para determinar su elegibilidad inicial o para continuar recibiendo beneficios.

Inelegible para Beneficios Puede solicitar beneficios incluso si no está seguro si es elegible. Si se decide que no es elegible para el total o parte de un período solicitado, se le notificará sobre el mismo y la razón. Es posible que no sea elegible para beneficios del DI si usted:

- Está solicitando o recibiendo beneficios por desempleo o del Permiso Familia Pagado.
- Quedó incapacitado después de cometer un crimen que resultó en una condena por delito grave.
- Está recibiendo beneficios del programa de compensación para trabajadores con un valor semanal igual o mayor que el valor del SDI.
- Está encarcelado o en prisión porque fue condenado(a) por cometer un crimen.
- Es residente en un centro de rehabilitación de alcoholismo y drogadicción que no cuente con licencia ni certificación del estado donde se ubica el centro.
- No presentó un examen médico independiente cuando se le solicitó.

Fraude Es un delito el intencionalmente hacer una declaración falsa u ocultar a sabiendas un hecho pertinente con el fin de obtener el pago de cualquier beneficio; tal violación se castiga con encarcelamiento o una sanción que no exceda de \$20,000, o ambas. Para identificar y desalentar fraudes, el SDI continuamente vigila la forma en que se efectúan los pagos beneficios, investiga vigorosamente actividades sospechosas, y procura la restitución y convicción a través de enjuiciamiento (CUIIC, secciones 2101, 2116 y 2122 del Código del Seguro de Desempleo de California).

Sus Responsabilidades

- Presentar su solicitud de beneficios y otros formularios en tiempo y forma, completos y precisos. Si se recibe un formulario fuera de tiempo, adjunte al formulario una explicación por escrito de la(s) razón(es).
- Leer detenidamente las instrucciones del formulario y de todos los que reciba del SDI. Si no está seguro de lo que se le pide, comuníquese con una oficina del SDI.
- Reportar al SDI por escrito, por internet, o por teléfono cualquier:
 - Cambio de dirección o número telefónico.
 - Retorno al empleo de tiempo completo o de tiempo parcial.
 - Recuperación de su incapacidad.
 - Ingreso que reciba.

Cumplir con una cita para un examen médico independiente, si se requiere.

- **Incluya su nombre y número de Seguro Social y número de solicitud en toda correspondencia.**

Sus Derechos La información acerca de su solicitud permanecerá confidencial, salvo para los propósitos permitidos por la ley. Tiene derecho de inspeccionar cualquier expediente personal que el EDD mantenga sobre usted y solicitar que el expediente sea corregido si cree que no es exacto, relevante, oportuno o completo (Código Civil, sección 1798.34 y 1798.35).

Cierto tipo de información que por regla general, sería considerada de tipo personal, está exenta de revelarse: expedientes médicos o psicológicos en donde el conocimiento del contenido sería perjudicial al sujeto; expedientes de investigaciones activas, criminales o administrativas. Si se le niega el acceso a expedientes a los que cree tener derecho a inspeccionar o si se niega su petición para enmendar sus expedientes, puede presentar una apelación a una oficina del SDI. Puede solicitar copia de su expediente llamando al número del SDI al 1-866-658-8846 (Código Civil, sección 1798.40).

Asimismo, tiene el derecho de apelar cualquier descalificación, sobrepago de beneficios, o sanción. Se le darán instrucciones precisas sobre cómo apelar en relación a todo documento apelable que reciba. Si presenta una apelación y permanece incapacitado, tiene que seguir completando y enviando certificaciones de solicitud de beneficios continuos.

Su Cantidad de Beneficios Su solicitud comienza el día en que comienza si incapacidad. El SDI calcula su cantidad semanal usando su período reglamentario. La fecha de inicio de su incapacidad determina el período reglamentario de la solicitud, a menos de que la fecha de vigencia haya sido ajustada por el personal del SDI. Si desea que su solicitud comience en otra fecha, para tener un período reglamentario diferente, llame al SDI al 1-800-480-3287 antes de presentar su solicitud.

El período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Su período reglamentario incluye los sueldos sujetos a impuestos del SDI que se le pagaron aproximadamente de 5 a 17 meses antes de que se iniciara su solicitud para recibir beneficios por incapacidad. Su período reglamentario no incluye sueldos pagados al momento que su incapacidad comienza. Para que una solicitud de beneficios por incapacidad sea válida, debe tener por lo menos \$300 en sueldos en el período reglamentario. Usando lo siguiente fórmula, puede determinar el período reglamentario de su solicitud de beneficios:

- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en enero, febrero o marzo, su período reglamentario es los 12 meses y termina el 30 de septiembre.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en abril, mayo o junio, su período reglamentario es los 12 meses y termina el 31 de diciembre.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en julio, agosto o septiembre, su período reglamentario es los 12 meses y termina el 31 de marzo.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en octubre, noviembre o diciembre, su período reglamentario es los 12 meses y termina el 30 de junio.

El trimestre de su período reglamentario en el cual se le pagaron los sueldos más altos determina su **cantidad de beneficios semanales**. **No puede cambiar la fecha de inicio de la solicitud o ajustar su período reglamentario una vez que ha iniciado una solicitud válida.**

Su **cantidad de beneficios diaria** son sus beneficios semanales divididos entre siete. Su **cantidad de beneficios máxima** es 52 veces su cantidad de beneficios semanales o los sueldos totales sujetos a impuestos del SDI pagados en su período reglamentario, lo que sea menos. Estas son las excepciones:

- Para empleadores y los que trabajan por cuenta propia que eligen cobertura del SDI, la cantidad de beneficios máxima es 39 veces el valor semanal.
- Para residentes de centros de rehabilitación de alcoholismo y drogadicción, con licencia y certificación del estado, el período máximo pagable es de 90 días. Sin embargo, las incapacidades relacionadas con, o causadas por alcoholismo agudo o crónico o abuso de drogas que están siendo médicamente tratadas, no tienen esta limitación.

Comuníquese con una oficina del SDI para preguntar y proporcionarle información adicional si su situación se asemeja a cualquiera de estas circunstancias: Si no tiene suficientes sueldos en el período reglamentario y continúa incapacitado, puede presentar una solicitud de beneficios válida usando una fecha posterior de inicio de la solicitud.

Si no tiene suficientes sueldos del período reglamentario, y estaba buscando trabajo, de manera activa, por 60 días o más en cualquier trimestre del período reglamentario, puede sustituir sueldos pagados en trimestres anteriores. Además, es posible que tenga derecho a sustituir

sueldos pagados en trimestres anteriores para hacer válida su solicitud de beneficios o para incrementar su cantidad de beneficios si durante su período reglamentario estaba en el servicio militar de los Estados Unidos, recibió beneficios del programa de compensación para trabajadores o no trabajó por motivo de una disputa laboral.

Cómo se Pagan los Beneficios Cuando se reciben ya completadas la "PARTE A - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE" y la "PARTE B - CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO/PROFESIONAL MÉDICO," la oficina del SDI le avisará por correo postal sobre su cantidad de beneficios semanales y la cantidad de beneficios máxima, y podría solicitar información adicional para determinar su elegibilidad. Si cumple con todos los requisitos de elegibilidad, cuenta con una opción de pago. Emitimos el pago de beneficios por medio de tarjeta de débito o por cheque. La forma más rápida y segura de hacerle el pago de beneficios es a través de la tarjeta de débito. Seleccione su método de pago preferido en el espacio A39.

No tiene que aceptar la tarjeta de débito si no lo desea. Para recibir sus beneficios en cheque por medio del correo postal de los EE. UU. espere de 7 a 10 días. La mayoría de solicitudes son procesadas y los pagos de beneficios se realizan dentro de 14 días después de la fecha en que se reciben la solicitud y la certificación médica.

Los primeros siete días de su solicitud de beneficios se consideran un período de espera reglamentario durante el cual no se le pagan beneficios.

Si es elegible para recibir beneficios, los pagos se le enviarán automáticamente o se le adjuntará un formulario de certificación de beneficios continuos para el siguiente período. Normalmente, los períodos de certificación son de dos semanas; sin embargo, el período puede variar bajo ciertas circunstancias. Se le pagará 1/7 de su cantidad de beneficios semanales por cada día del calendario que sea elegible, a menos que los beneficios sean reducidos por alguna razón. (Vea "REDUCCIONES DE BENEFICIOS" en seguida). Si recibe beneficios del DI en vez de beneficios por desempleo o del Permiso Familiar Pagado, las cantidades pagadas serán reportadas al Servicio de Impuestos Internos. Para más información específica acerca de sus impuestos, contacte al IRS.

Reducciones de Beneficios Bajo ciertas circunstancias, es posible que no sea elegible para beneficios por un período de su solicitud o es posible que sólo tenga derecho a pagos parciales. El SDI determinará si los beneficios deben o no ser reducidos. Los tipos de ingresos indicados en la lista siguiente deben reportarse al SDI aunque no siempre afecten sus beneficios. El no reportar sus ingresos podría resultar en un sobrepago de beneficios, sanciones, y en una descalificación de beneficios por declaración falsa.

- Pago por ausencia por enfermedad
- Ingresos por cuenta propia
- Pago militar
- Comisiones
- Sueldos, incluyendo los de deberes modificados
- Residuales
- Ingreso de trabajo de tiempo parcial
- Bonos
- Beneficios del programa de compensación para trabajadores
- Convenios con compañías de seguros
- Pago por días feriados

Asimismo, sus beneficios pueden ser reducidos a causa de un sobrepago de beneficios anterior por desempleo, Permiso Familiar Pagado o incapacidad, o por pagos atrasados de manutención por orden judicial.

Interrupción y Terminación de Beneficios Se enviará una *Notificación de Pago Final* cuando los expedientes indiquen que:

- Se le han pagado beneficios hasta la fecha de recuperación calculada por su médico/profesional médico. Si aún sigue incapacitado, solicite a su médico/profesional médico que complete y envíe por correo la sección "Certificado Suplemental de Médico/Profesional (Médico)" (DE 2525XX) adjunto con la notificación de pago final.
- Se ha recuperado o ha regresado a trabajar. Si regresa a trabajar y se incapacita nuevamente, inmediatamente presente una nueva solicitud de beneficios y reporte las fechas en las que trabajó.

Sobrepago de Beneficios Un sobrepago de beneficios resulta cuando recibe beneficios del DI que no tenía derecho. Una vez que se identifica un sobrepago de beneficios, la oficina del SDI le llamará para explicarle la razón del sobrepago de beneficios. Es muy importante que complete y devuelva toda información requerida, porque hay ocasiones en que los sobrepagos de beneficios se pueden condonar. Si se determina que

recibió beneficios que no debió recibir y el sobrepago de beneficios no puede perdonarse, deberá reembolsar ese dinero. Los beneficios emitidos después de un sobrepago de beneficios pueden reducirse de un 25 a un 100 por ciento para cobrar su sobrepago de beneficios. Recibirá una *Notificación para Anular Sobrepagos de Beneficios* (DE 826), si una reducción es tomada ya sea por un sobrepago del DI, Permiso Familiar Pagado o por desempleo.

Descalificación del Pago de Beneficios Toda la información disponible es considerada antes de pagar o descalificar su solicitud de beneficios. Éstos sólo serán pagados por los días a los que es elegible. Si un pago de beneficios es negado o reducido, se le emitirá la *Notificación de Decisión* (DE 2517), indicando la razón de la descalificación y el período de tiempo.

Se impone descalificación de beneficios por declaración falsa hasta de 92 días si deliberadamente reporta información incorrecta o intencionalmente omite u oculta información. Esto puede incluir aceptar pagos de beneficios de incapacidad que sabe que se están incluyendo días a los que no tiene derecho a recibir pago, tales como los días después de que volvió al trabajo. Además, cualquier sobrepago de beneficios aumentará por una sanción del 30 por ciento.

Circunstancias Especiales

- Si ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, repórtela a su empleador y pida a su médico/profesional médico que presente un informe a la compañía de seguros del programa de compensación para trabajadores de su empleador. Si la compañía de seguros del programa de compensación para trabajadores se tarda o rehúsa hacer pagos, el SDI puede pagarle beneficios mientras su caso está pendiente. Sin embargo, el SDI únicamente pagará beneficios por el período en que está incapacitado y presentará un derecho de retención de salarios para recuperar esos beneficios pagados.

Nota: El Seguro Estatal de Incapacidad y el programa de Compensación para Trabajadores son dos programas separados. Legalmente no se le pueden pagar beneficios completos de ambos programas por el mismo período. Sin embargo, si la cantidad de beneficios del programa de compensación para trabajadores es menos que el valor del SDI, éste puede pagarle la diferencia entre ambos valores.

Para ayuda e información sobre el programa de compensación para trabajadores, comuníquese con su oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores. La encontrará visitando dir.ca.gov.

- Para embarazo como con cualquier condición médica, el período de incapacidad empieza el primer día que no puede hacer su trabajo regular. Los beneficios del DI se pagarán por el período de tiempo reportado en la certificación de su médico/profesional médico.
- Las solicitudes de beneficios de incapacidad por embarazo NO deben presentarse sino hasta después del octavo día que sigue a la fecha en la que su médico/profesional médico certifica que está incapacitada.
- Comuníquese con nuestra Oficina del Permiso Familiar Pagado al 1-877-379-3819 sobre establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo. Junto con el pago final de beneficios por incapacidad emitido a una nueva madre, se enviará automáticamente el formulario de transición de solicitud para establecer un vínculo paternal, titulado *Solicitud de Beneficios para el Permiso Familiar Pagado - Madre Primeriza* (DE 2501FP/S) por correo o por internet a su cuenta SDI Online, esto si tiene una establecida. Preguntas sobre manutención de hijos. Comuníquese con el departamento llamado en inglés Department of Child Support Services al 1-866-249-0773.
- **Preguntas sobre manutención del cónyuge o padres.** Comuníquese con la Oficina del Fiscal del Distrito que administra la orden judicial.
- Si un miembro de la familia tiene que dejar de trabajar para cuidarlo o si deja de trabajar para cuidar a un miembro de la familia que está gravemente enfermo, visite edd.ca.gov/PaidFamilyLeave o comuníquese con el programa al 1-877-238-4373.
- Si cree que su incapacidad será de larga duración o permanente, comuníquese con la Administración del Seguro Social mucho antes de agotar sus beneficios del DI. Para más información, llame gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.
- Si tiene una incapacidad que le evita obtener o mantener un empleo, el Departamento de Rehabilitación puede asistirle con entrenamiento vocacional, educación, oportunidades profesionales, vivir de forma independiente y usar tecnología que le asista.
- Si muere la persona que recibe beneficios del DI, un heredero o representante legal debe reportar la muerte a la oficina local del SDI. Los beneficios son pagables hasta la fecha de la muerte.

Información sobre la tarjeta de débito prepaga

Formulario corto del Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network

No está obligado a aceptar esta tarjeta de beneficios. Pregunte acerca de otras formas de recibir sus beneficios.			
Cargo mensual \$0	Por compra \$0	Retiro en cajeros automáticos \$0 dentro de la red \$1.00 fuera de la red	Recarga de efectivo N/A
Cargo por consulta de saldo en cajeros automáticos (dentro o fuera de la red)			\$0
Servicio de Atención al Cliente			\$0 por llamada
Inactividad			\$0
Cobramos otros 5 tipos de cargos. Estos son dos de ellos:			
Retiros en cajeros automáticos internacionales			\$1.00
Envíos prioritarios			\$8.00
<p>Sin característica de sobregiro/crédito. Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC. Para obtener información general sobre cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid. Consulte los detalles y las condiciones de todos los cargos y servicios en el Acuerdo del titular de la tarjeta.</p>			

Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network. My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank N.A, miembro de la Corporación Federal de Seguros de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC), emite la tarjeta Mastercard conforme a una licencia de MasterCard International Incorporated. La tarjeta es administrada por Money Network Financial, LLC.

Lista de todos los cargos (formulario largo) del Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network

Todos los cargos	Cargos del programa	Detalles
Uso mensual		
Apertura de la cuenta y recepción de la tarjeta	\$0.00	Sin cargo por apertura de cuenta y tarjeta inicial.
Cargo por mantenimiento mensual	\$0.00	No cobramos un cargo por mantenimiento mensual.
Agregar dinero		
Depósito del pagador	\$0.00	Solo su pagador carga los fondos.
Gastar dinero		
Transacciones de débito con firma	\$0.00	Seleccione "Credit" (Acreditar) o firme en un punto de venta (POS). También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.
Transacciones de débito con PIN	\$0.00	Seleccione "Debit" (Débito) e ingrese el PIN en el punto de venta (POS); los comercios participantes disponen de la opción de dinero en efectivo. También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.
Obtener efectivo y enviar efectivo		
Cargo por retiro o rechazo en cajeros automáticos Dentro de la red	\$0.00	Retiro o rechazo de un cajero automático que es parte de nuestra red. Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por retiros en cajeros automáticos Fuera de la red	\$1.00	Este es nuestro cargo. Recibirá dos (2) retiros gratis después de cada depósito que se realice en su cuenta. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no llega a concluir la transacción. "Fuera de la red" hace referencia a los cajeros automáticos que no son cajeros automáticos dentro de la red. Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por rechazo en cajeros automáticos Fuera de la red	\$0.00	No cobramos un cargo por este servicio. El operador del cajero automático podrá cobrar un cargo.
Retiro de efectivo en ventanilla del banco	\$1.00	En los bancos que exhiben el logo de la asociación de tarjetas en el anverso de su tarjeta. Este es nuestro cargo. Recibirá un (1) retiro gratis por cada depósito que se realice en su cuenta. También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.

Lista de todos los cargos (formulario largo) del Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network (continuado)

Todos los cargos	Cargos del programa	Detalles
Cargo bancario por transferencia a cliente	\$0.00	Las transacciones nacionales efectuadas a través de la Cámara de Compensación Automatizada (Automated Clearing House, ACH) están sujetas a condiciones adicionales que se informan al iniciar una transacción.
Cargo por retiro de cámara de compensación automatizada internacional	\$0.00 más 0% de la tasa de cambio	Esta transacción le permite a usted transferir fondos a una cuenta bancaria internacional a través de la ACH. Cobramos cargos de transferencia que consisten en un cargo fijo de hasta \$7.00 más un recargo sobre la tasa de cambio de hasta el 3.5 %. Los cargos de transferencia pueden ser menores dependiendo del monto transferido y las condiciones del mercado. También se cobrarán los impuestos por transferencia que correspondan. Antes de culminar la transacción, se le informará el monto exacto de los cargos de transferencia y los impuestos por transferencia cobrados por nosotros. Su transacción está sujeta a la tasa de cambio y podrá estar sujeta a cargos e impuestos adicionales de terceros. La institución financiera del beneficiario también podrá cobrar cargos e impuestos. No controlamos las tasas de cambio ni los cargos establecidos por terceros y estos montos pueden variar. Estas transacciones están sujetas a condiciones adicionales que se informan al iniciar la transacción. Consulte el sitio web para obtener más información. Para recibir asistencia puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.
Información		
Estado de cuenta mensual impreso	\$0.00	También puede obtener la actividad de la cuenta sin cargo a través de la aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos), nuestro sitio web o del Servicio de Atención al Cliente.
Servicio de Atención al Cliente	\$0.00	Acceso a la cuenta gratuito, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidas las consultas sobre el saldo de la cuenta.
Cargo por consulta de saldo en cajero automático Dentro de la red	\$0.00	Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por consulta de saldo en cajero automático Fuera de la red	\$0.00	Este es nuestro cargo. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no llega a concluir la transacción.
Uso de la tarjeta fuera de EE. UU. (transacciones internacionales)		
Cargo por retiros en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$1.00	Este es nuestro cargo. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no llega a concluir la transacción. El cargo por conversión de divisas, el cargo por servicio internacional o el cargo por transacción internacional también pueden aplicarse a estas transacciones.
Cargo por rechazo en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$0.00	
Cargo por consulta de saldo en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$0.00	
Evaluación del servicio internacional de Mastercard	2.0%	Este cargo se aplica si se iniciara una transacción en una moneda que no fuese dólares estadounidenses y se aplica una tasa de conversión de divisa. El cargo se aplica como un porcentaje del monto en dólares estadounidenses de cada transacción internacional realizada con su tarjeta. Consulte la sección titulada "Transacciones internacionales" en su Acuerdo del titular de la tarjeta para obtener más información. Si este cargo se aplicase a su transacción, se incluirá en el monto de la transacción en su estado de cuenta.
Evaluación transfronteriza de Mastercard	0.0%	Este cargo se aplica si un comerciante con un código de país fuera de los EE. UU. iniciara una transacción en dólares estadounidenses. El cargo se aplica como un porcentaje del monto en dólares estadounidenses de cada transacción internacional realizada con su tarjeta. Consulte la sección titulada "Transacciones internacionales" en su Acuerdo del titular de la tarjeta para obtener más información. Si este cargo se aplicase a su transacción, se incluirá en el monto de la transacción en su estado de cuenta.
Otro		
Reemisión de tarjeta perdida/robada	\$0.00	Tarjeta reemitida y enviada por correo postal de los EE. UU. entre 7 y 10 días hábiles después de realizado el pedido. Una tarjeta de reemplazo suministrada sin cargo cada año calendario.
Cargo por envío prioritario	\$8.00	Cargo adicional por enviar la tarjeta de reemplazo entre 4 y 7 días hábiles después de realizar el pedido. También se aplica un cargo por reemisión de tarjeta.
Información adicional		
<p>Sus fondos son elegibles para el seguro de depósito, hasta los límites aplicables estipulados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos ("FDIC"). Sus fondos se conservarán en My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank, N.A., una institución asegurada por la FDIC. Una vez allí, la FDIC asegurará sus fondos por un máximo de \$250,000 en caso de que Flagstar Bank incumpla, si se reúnen los requisitos específicos de seguro de depósito y su tarjeta está registrada. Consulte fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html para obtener más detalles.</p> <p>Sin característica de sobregiro/crédito.</p> <p>Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-800-684-7051, por correo a 2900 Westside Pkwy, Alpharetta, GA 30004, o visite nuestro sitio web en moneynetwork.com/EDD.</p> <p>Para obtener información general sobre cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid.</p> <p>Si tiene quejas sobre alguna cuenta prepaga, llame a la Oficina de Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.</p>		
© 2023 Money Network Financial, LLC. My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank N.A., miembro de la FDIC es el emisor de las tarjetas. Todas las marcas registradas, las marcas de servicio y los nombres comerciales mencionados en estos materiales son propiedad de sus respectivos dueños. FSB ST GOV EDD 23/03.		

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD.

El EDD requiere de la revelación de los números de Seguro Social para cumplir con las Secciones 1253 y 2627 del California Unemployment Insurance Code (Código de Seguro de Desempleo de California); las secciones 1085, 1088 y 1326, Título 22 del California Code of Regulations (Código de Reglamentos de California); la Parte 604 del Título 20 del Code of Federal Regulations (Código Federal de Regulaciones); y con las Secciones 1621, 1641 y 1642, Título 8 del U.S. Code (Código de los Estados Unidos).

RECOPIACIÓN Y ACCESO A INFORMACIÓN.

La ley estatal requiere que proporcione la información indicada a continuación cuando se le requiera a un individuo:

Nombre de la agencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		Título del oficial responsable de mantener la información: Gerente, Oficina del Seguro Estatal de Incapacidad del EDD
Persona de contacto local: Gerente, Oficina del Seguro Estatal de Incapacidad del EDD	Información de contacto: Puede comunicarse con el Seguro Estatal de Incapacidad llamando al 1-800-480-3287 . Puede encontrar una lista con las direcciones de las oficinas locales del Seguro Estatal de Incapacidad, la puede encontrar en edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm . La dirección y número de teléfono del Seguro Estatal de Incapacidad aparece en la (DE 429D/S), la cual se le envió cuando se determinó su elegibilidad para recibir beneficios.	
El mantenimiento de la información es autorizado por: Código del Seguro de Desempleo de California, Secciones 2601 a 3272. Código de Reglamentos de California, Título 22, Secciones 2706-1, 2706-3, 2708-1 y 2710-1.		
Consecuencias de no proporcionar toda o parte de la información solicitada: <ul style="list-style-type: none">• El no proporcionar toda o parte de la información solicitada podría causar una demora en la emisión de los beneficios o podría ocasionar que se le niegue el pago de beneficios a que tiene derecho.• Si intencionalmente hace una declaración o representación falsa, u oculta un hecho importante con el fin de obtener o aumentar los beneficios o pagos, el EDD determinará que no puede recibir pagos de beneficios y/o servicios, y posiblemente puede iniciar un proceso criminal en su contra.		
Propósito principal para el cual se utiliza la información recopilada: <ul style="list-style-type: none">• Para determinar la elegibilidad de cada solicitante para recibir beneficios del Seguro de Incapacidad.• Para resumir y publicar de forma estadística el uso e información de las agencias gubernamentales y públicas (el nombre e identificación del solicitante no aparecerán en las publicaciones).• Para localizar a personas que están siendo buscadas por no pagar la manutención de hijos, cónyuge, u otra forma de manutención ordenada por los tribunales.• Para ser utilizada por otras agencias gubernamentales, y para ayudarles a determinar la elegibilidad de un individuo para los servicios sociales disponibles al público de acuerdo a las estipulaciones de la División 9 del California Welfare and Institutions Code (Código de Asistencia Pública e Instituciones de California).• Para ser utilizado por el EDD y para llevar a cabo sus responsabilidades de acuerdo con el Código de Seguro de Desempleo de California;• Para el intercambio de información, conforme con la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California y la Sección 1798.24 del California Civil Code (Código Civil de California), con otros departamentos y agencias gubernamentales, tanto federales y estatales, las cuales tienen que ver con cualquiera de lo siguiente:<ol style="list-style-type: none">(1) La administración de un programa del Seguro de Desempleo.(2) La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo o el Seguro Estatal de Incapacidad.(3) Asistencia a personas desempleadas o desplazadas.(4) La investigación de violaciones de la ley laboral o acusaciones de discriminación ilegal en el empleo.(5) La audiencia de apelaciones sobre la compensación para trabajadores.(6) Cuando sea necesario permitirle a una agencia estatal llevar a cabo sus responsabilidades obligatorias donde el uso de la información sea compatible con el propósito para el cual fue recopilada.(7) Cuando sea bajo mandato de la ley estatal o federal. Declaraciones conforme a la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California se harán solamente en aquellos casos en que se promueva la administración de los programas involucrados bajo el mandato de ese Código.• Conforme a las secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California: (1) La información recopilada puede ser compartida con la administración de servicios sociales públicos hasta cierto punto necesario, al director de Servicios Sociales o sus representantes, o al director de Servicios de Manutención de Menores o sus representantes; (2) La identidad del solicitante puede divulgarse al Departamento de Rehabilitación.• La información recopilada puede ser compartida con las agencias autorizadas conforme a las secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California.		



Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)

Autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Número de Seguro Social del solicitante 0000000000

Nombre del solicitante (Nombres) (Inicial) (Apellido) Sample Claimant

Yo autorizo a

Geoff Booker

(Persona/organización que proporcionará la información) para que facilite y revele toda mi información médica, y permita la inspección y ofrezca fotocopias de cualquier expediente médico, de rehabilitación profesional o de facturación relativos a mi incapacidad, los cuales son la base de ésta solicitud de beneficios y son del conocimiento de los siguientes empleados del Departamento del Desarrollo del Empleo de California (EDD): examinadores de la Unidad del Seguro de Incapacidad (DI), los supervisores/administradores directos y cualquier otro empleado del EDD que pudiera requerir el acceso a dicha información a fin de procesar mi solicitud y/o determinar mi elegibilidad para recibir beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI).

Entiendo que el EDD no es un plan médico ni tampoco proveedor de salud, así que es probable que la información revelada al EDD no este protegida por las leyes federales de privacidad. [45 CFR, Sección 164.508(c)(2)(iii)]. El Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) autoriza al EDD para poder divulgar información.

Acepto que las fotocopias de esta autorización tendrían la misma validez que los documentos originales.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización enviando una notificación por escrito solicitando la cancelación la misma al EDD en: DI Branch MIC 29, PO Box 826880, Sacramento, CA 94280. Esta autorización se suspenderá en la fecha en que se reciba mi petición. Entiendo que las consecuencias de revocar esta autorización podrían resultar en la negación de beneficios adicionales del Seguro Estatal de Incapacidad.

Entiendo que, a menos que la revoque por escrito, esta autorización es válida durante quince años a partir de la fecha en que el EDD la reciba, o de la fecha de vigencia de la solicitud, o la que sea posterior. Entiendo que no puedo revocar esta autorización para evitar ser enjuiciado o para evitar que el EDD recupere dineros a los que tenga derecho.

Entiendo que estoy firmando esta autorización voluntariamente, y que el pago o la elegibilidad de mis beneficios se verán afectados si no la firmo. Las consecuencias por negarme a firmar esta autorización podrían resultar en una solicitud de beneficios incompleta que no permita tramitar el pago de beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del solicitante (no use letra de molde) Sample Claimant Fecha en que se firmó 12252015

MUESTRA, esta página es solamente para la referencia

También puede presentar por internet su Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad a través de: www.edd.ca.gov

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y CONTINTA NEGRA.

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL 0 0 0 0 0 0 0 0 0	A2. SI SE LE HA ASIGNADO ANTERIORMENTE UN NÚMERO DE CUENTA DE CLIENTE DEL EDD, INGRESELO AQUÍ N o	A3. N° DE LICENCIA DE CONDUCIR O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE CALIFORNIA Z 1 2 3 4 5 6 7	A4. SEXO HOMBRE MUJER X
---	--	---	-------------------------------

A5. SI ALGUNA VEZ HA USADO OTROS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL, INGRESELOS A CONTINUACIÓN	A6. EMPLEADOS ESTATALES (SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL N° DE UNIDAD NEGOCIADORA) SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO UNIDAD#	A7. FECHA DE NACIMIENTO 0 1 0 1 1 9 0 0
--	---	--

A8. SU NOMBRE LEGAL (NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO) SUFIJO S a m p l e C l a i m a n t

A9. OTROS NOMBRES, SI LOS HAY, BAJO LOS CUALES HAYA TRABAJADO (NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO) SUFIJO
(NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO) SUFIJO

A10. CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA 9 9 9 0 2 3 6 7 8 9	A11. CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR 1 1 1 0 0 2 0 0 4 7
---	---

A12. IDIOMA DE PREFERENCIA INGLÉS ESPAÑOL CANTONÉS VIETNAMITA ARMENIO PUNYABI TAGALO OTRO X

A13. SU DIRECCIÓN POSTAL, APARTADO POSTAL O NÚMERO/CALLE/N° DE APARTAMENTO, SUITE, ESPACIO O N° DE BUZÓN PRIVADO (PMB) 1 2 3 A n y S t r e e t
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.) A n y t o w n C A 1 2 3 4 5

A14. SU DIRECCIÓN FÍSICA, REQUERIDA SI ES DISTINTA A SU DIRECCIÓN POSTAL NÚMERO/CALLE/N° DE APARTAMENTO O ESPACIO
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.)

A15. SU ÚLTIMO O ACTUAL EMPLEADOR. SI SU ÚLTIMO O ACTUAL EMPLEO ES POR CUENTA PROPIA, MARQUE "PROPIA" Y LLENE ESTA OPCIÓN. NOMBRE DE SU EMPLEADOR [EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL PROPORCIONEN EL NOMBRE DE LA AGENCIA (POR EJEMPLO, CALTRANS)] <input type="checkbox"/> PROPIA R o a d r u n n e r P a s t r i e s
NÚMERO/CALLE/N° DE SUITE (EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL, POR FAVOR PROPORCIONEN LA DIRECCIÓN DE SU OFICINA DE PERSONAL) 6 4 7 A r m i s t i c e W a y
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.) A n y w h e r e C A 6 6 2 2 2
NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR 4 9 9 3 1 1 1 1 1 1

A16. EN ALGÚN MOMENTO DURANTE SU INCAPACIDAD, ¿ESTUVO BAJO LA CUSTODIA DE LAS AUTORIDADES ENCARGADAS DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY PORQUE SE LE CONDENÓ POR VIOLAR ALGUNA LEY U ORDENANZA? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	A17. ANTES DE QUE COMENZARA SU INCAPACIDAD, ¿EN QUÉ FECHA TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ? 1 2 0 1 2 0 1 5
--	--

A18. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU INCAPACIDAD? 1 2 1 6 2 0 1 5	A19. FECHA QUE DESEA QUE COMIENZE SU SOLICITUD, SI ES DISTINTA DE LA FECHA INGRESADA EN A18 M M D D A A A A
---	--

A20. DESDE QUE COMENZÓ SU INCAPACIDAD, ¿HA TRABAJADO O ESTÁ TRABAJANDO DÍAS COMPLETOS O PARCIALES? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	A21 A. SI SE RECUPERÓ, ESCRIBA LA FECHA: M M D D A A A A	A21 B. SI REGRESÓ A TRABAJAR, ESCRIBA LA FECHA: M M D D A A A A
---	---	--

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE - CONTINUACIÓN

A22. POR FAVOR REINGRESE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL **0 0 0 0 0 0 0 0 0 0**

A23. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN REGULAR O HABITUAL? **P a s t r y C h e f**

A24. ¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR? (SELECCIONE SÓLO UNA CASILLA) ENFERMEDAD, LESIÓN O EMBARAZO
 DESPIDO PERMISO PARA AUSENTARSE DEL TRABAJO SIN PAGA RENUNCIA VOLUNTARIA O JUBILACIÓN CESADO OTRA RAZÓN

A25. ¿CÓMO DESCRIBIRÍA O CLASIFICARÍA SU EMPLEO?
 Mayormente se está sentado; ocasionalmente se pone de pie o camina; ocasionalmente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan 10 libras o menos.
 Mayormente se camina/se está de pie; ocasionalmente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan hasta 20 libras.
 Constantemente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan hasta 10 libras; frecuentemente hasta 20 libras; ocasionalmente hasta 50 libras.
 Constantemente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan hasta 20 libras; frecuentemente hasta 50 libras; ocasionalmente hasta 100 libras.
 Constantemente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan más de 20 libras; frecuentemente más de 50 libras; ocasionalmente más de 100 libras.

A26. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINÚA(N) O CONTINUARÁ(N) PAGÁNDOLE DURANTE SU INCAPACIDAD, INDIQUE EL TIPO DE PAGO:
 TIEMPO LIBRE PAGADO
 ENFERMEDAD VACACIONES (PTO) PAGO ANUAL OTRO (EXPLIQUE)
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

A27. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)?
 SÍ NO
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

A28. NOMBRE DEL SEGUNDO EMPLEADOR (SI TIENE MÁS DE UN EMPLEADOR)

C o s m i c C o o k i e s

NÚMERO/CALLE/Nº DE SUITE

4 6 9 T h r i f t y W a y

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

PAÍS (SI NO ES EE.UU.)

B l u e b e l l

C A

8 4 3 6 9

ANTES DE QUE COMENZARA SU INCAPACIDAD, ¿QUÉ DÍA TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ PARA ESTE EMPLEADOR?

NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR

1 2 1 6 2 0 1 5

A29. SI TIENE MÁS DE 2 EMPLEADORES, MARQUE AQUÍ

A30. SI ES RESIDENTE DE UN ESTABLECIMIENTO DE RECUPERACIÓN ALCOHÓLICA O DE UN ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL LIBRE DE DROGAS, PROPORCIONE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO/CALLE/Nº DE SUITE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO

A31. ¿HA PRESENTADO O PRETENDE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES?

SÍ - COMPLETE LOS ARTÍCULOS A32 HASTA A38 NO - SALTE LOS ARTÍCULOS A33 HASTA A38

A32. ¿LE CAUSÓ SU EMPLEO ESTA INCAPACIDAD?

SÍ NO

A33. FECHA(S) DE LA LESIÓN INDICADA(S) EN SU SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

A34. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DEL SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO

EXTENSIÓN (SI LA HAY)

NÚMERO/CALLE/Nº DE SUITE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE LA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE - CONTINUACIÓN

A35. POR FAVOR, VUELVA A ESCRIBIR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

A36. NOMBRE DEL AJUSTADOR DEL SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO EXTENSIÓN (SI LA HAY)

A37. NOMBRE DEL EMPLEADOR INDICADO EN SU SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO EXTENSIÓN (SI LA HAY)

A38. NOMBRE DE SU ABOGADO (SI LO HAY) DE SU CASO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO EXTENSIÓN (SI LA HAY)

DIRECCIÓN DEL ABOGADO NÚMERO/CALLE/Nº DE SUITE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE CASO DE ADJUDICACIÓN/JUNTA DE APELACIONES DEL SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

39. SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO DE PREFERENCIA EDD DEBIT CARDSM CHEQUE

A40. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta declaración, solicito beneficios, y certifico que, durante el período cubierto por esta solicitud de beneficios, estuve desempleado e incapacitado. Entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente u ocultar un hecho relevante a fin de obtener el pago de beneficios es una violación de la ley de California, y que dicha violación se castiga con encarcelamiento o multa, o ambas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que le acompañen, son verdaderas, correctas y completas, a mi mejor saber y entender. Por medio de mi firma en esta declaración de solicitud de beneficios, autorizo al Departamento de Relaciones Industriales de California y a mi empleador para que proporcionen y revelen al Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) todos los hechos concernientes a mi incapacidad, sueldos o ingresos, así como el pago de beneficios, que sean de su conocimiento. Por medio de mi firma en esta declaración, autorizo la revelación y el uso de información, conforme se indica en la parte de este formulario designada como "Recopilación y Acceso de Información" (vea las Instrucciones de Información, en la página D). Acepto que las fotocopias de esta autorización tendrán la misma validez que el original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración se otorgan por un período de quince años a partir de la fecha de mi firma o de la fecha vigente de la solicitud de beneficios, o la que sea posterior.

FIRMA DEL SOLICITANTE (NO USE LETRA DE MOLDE) O FIRMA HECHA CON UNA MARCA (X) FECHA EN QUE SE FIRMÓ

A41. SI SU FIRMA SE HACE CON UNA MARCA (X), MARQUE ESTA CASILLA. DOS TESTIGOS TIENEN QUE DAR FE DE, INGRESANDO SUS DIRECCIONES.

FIRMA DEL PRIMER TESTIGO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y FIRME) FECHA EN QUE SE FIRMÓ

NÚMERO/CALLE/Nº DE APARTAMENTO O Nº DE ESPACIO. NO SE ACEPTAN DIRECCIONES DE APARTADO POSTAL O BUZÓN PRIVADO.

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y FIRME) FECHA EN QUE SE FIRMÓ

NÚMERO/CALLE/Nº DE APARTAMENTO O Nº DE ESPACIO. NO SE ACEPTAN DIRECCIONES DE APARTADO POSTAL O BUZÓN PRIVADO.

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

A42. MARQUE ESTA CASILLA SI UDTED ES EL REPRESENTANTE PERSONAL Y FIRMA EN NOMBRE DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS. COMPLETE LO SIGUIENTE:
 (NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO)
 YO , REPRESENTO AL SOLICITANTE EN

ESTE ASUNTO SEGÚN ME AUTORIZA LA DECLARACIÓN DE UN INDIVIDUO QUE SOLICITA BENEFICIOS DEL SEGURO DE INCAPACIDAD DEBIDO A LA INCAPACIDAD O FALLECIDO DEL SOLICITANTE, DE 2522 (VEA LAS INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN A, BAJO CÓMO SOLICITAR Nº 4) PODER NOTARIAL (ADJUNTE COPIA)

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL (NO USE LETRA DE MOLDE) FECHA EN QUE SE FIRMÓ

Claim for Disability Insurance (DI) Benefits - Physician/Practitioner's Certificate PLEASE PRINT WITH BLACK INK.

PART B - PHYSICIAN/PRACTITIONER'S CERTIFICATE

B1. PATIENT'S SOCIAL SECURITY NUMBER 0000000000 B2. PATIENT'S FILE NUMBER 69-642-38

B3. IF YOU KNOW THE PATIENT'S ELECTRONIC RECEIPT NUMBER, ENTER IT HERE: R B4. PATIENT'S DATE OF BIRTH 01011900

B5. PATIENT'S NAME (FIRST) (MI) (LAST) Sample Claimant

B6. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S LICENSE NUMBER 634-027930 B7. STATE OR COUNTRY (IF NOT U.S.A.) THAT ISSUED LICENSE NUMBER ENTERED IN B6 STATE CA COUNTRY

B8. PHYSICIAN/PRACTITIONER LICENSE TYPE MD B9. SPECIALTY (IF ANY)

B10. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S NAME AS SHOWN ON LICENSE (FIRST) (MI) (LAST) SUFFIX Geoff Booker

B11. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S ADDRESS MAILING ADDRESS, PO BOX OR NUMBER/STREET/SUITE# 269 Commerce CITY ANYWHERE STATE CA ZIP OR POSTAL CODE 72694 COUNTRY (IF NOT U.S.A.) COUNTY HOSPITAL/GOVERNMENT FACILITY ADDRESS FACILITY NAME (IF APPLICABLE) FACILITY ADDRESS, NUMBER/STREET/SUITE# CITY STATE ZIP OR POSTAL CODE COUNTRY (IF NOT U.S.A.)

B12. THIS PATIENT HAS BEEN UNDER MY CARE AND TREATMENT FOR THIS MEDICAL PROBLEM FROM 12162015 TO MMDDYYYY X CHECK HERE TO INDICATE YOU ARE STILL TREATING THE PATIENT AT INTERVALS OF: DAILY WEEKLY MONTHLY AS NEEDED OTHER

B13. AT ANY TIME DURING YOUR ATTENDANCE FOR THIS MEDICAL PROBLEM, HAS THE PATIENT BEEN INCAPABLE OF PERFORMING HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK? X YES - ENTER DATE DISABILITY BEGAN 12162015 NO - SKIP TO B33 WAS THE DISABILITY CAUSED BY AN ACCIDENT OR TRAUMA? YES NO IF YES, INDICATE THE DATE THE ACCIDENT OR TRAUMA OCCURRED.

B14. DATE YOU RELEASED OR ANTICIPATE RELEASING PATIENT TO RETURN TO HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK ("UNKNOWN", "INDEFINITE", ETC., NOT ACCEPTABLE.) MMDDYYYY CHECK HERE TO INDICATE PATIENT'S DISABILITY IS PERMANENT AND YOU NEVER ANTICIPATE RELEASING PATIENT TO RETURN TO HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK

B15. IF PATIENT IS NOW PREGNANT OR HAS BEEN PREGNANT, PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOX AND ENTER THE FOLLOWING: ESTIMATED DELIVERY DATE: MMDDYYYY DATE PREGNANCY ENDED: MMDDYYYY TYPE OF DELIVERY, IF PATIENT HAS DELIVERED: VAGINAL CESAREAN

