

Aviso A Los Empleados:



ESTE EMPLEADOR ESTÁ INSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD) CONFORME AL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE CALIFORNIA, Y ESTÁ REPORTANDO LOS CRÉDITOS DE SALARIOS/JORNALES QUE SE ESTÁN ACUMULANDO A SU CUENTA PARA UTILIZARSE COMO UNA BASE PARA EL:

Seguro de Incapacidad (DI)

(financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados)

Cuando Ud. no puede trabajar o sus horas han sido reducidas debido a enfermedad, lesión o embarazo podrá tener derecho a recibir Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI).

Su empleador deberá de proporcionar una copia del formulario DE 2515/S/ "Provisiones del Seguro de Incapacidad" a todas las personas recién contratadas para trabajar y a todos los trabajadores que dejan el empleo debido a embarazo o una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

Formularios de Solicitud

- Si su empleador maneja un aprobado plan voluntario en el lugar de un seguro de incapacidad y Ud. ha elegido ser protegido(a) por tal plan, obtenga los formularios del DI de su empleador.
- Si Ud. no está protegido(a) por un plan voluntario, obtenga formularios de solicitud en el consultorio de su médico, hospital o directamente en cualquiera de las Oficinas Tramitadoras de Solicitudes de Seguro de Incapacidad (DI) de California.
- Presente su "Solicitud de beneficios para beneficios del DI," DE 2501, dentro de 49 días del primer día de su incapacidad, para evitar perder beneficios.

Permiso Familiar Pagado (PFL)

(financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados)

Cuando Ud. deja de trabajar o reduce sus horas de trabajo para cuidar a un miembro de la familia que está seriamente enfermo(a) o para establecer lazos afectivos con un nuevo niño(a), usted puede tener derecho a recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL).

Su empleador deberá de proporcionar una copia del folleto del programa del "Permiso Familiar Pagado," DE 2511, a todo empleado(a) nuevo y a todo empleado(a) que deja de trabajar para cuidar a un miembro de la familia que está seriamente enfermo(a) o para establecer lazos afectivos con un(a) nuevo(a) niño(a).

Formularios de Solicitud

- Si su empleador maneja un aprobado plan voluntario en el lugar de un seguro de incapacidad y Ud. ha elegido ser protegido(a) por tal plan, obtenga los formularios del PFL de su empleador.
- Si Ud. no está protegido(a) por un plan voluntario obtenga formularios de solicitud en el consultorio de su médico, hospital o en cualquiera de las Oficinas Tramitadoras de Solicitudes de Seguro de Incapacidad (DI) de California o en la oficina del PFL.
- Presente su "Solicitud de beneficios para beneficios del PFL," DE 2501F, dentro de 49 días del primer día de su permiso familiar, para evitar perder beneficios.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL DI, VISITE EL SITIO DE INTERNET DEL EDD EN www.edd.ca.gov Ó LLAME AL 1-800-480-3287.
EL SISTEMA TTY ESTÁ A LA DISPOSICIÓN (PARA LAS PERSONAS SORDAS O CON IMPEDIMENTOS DEL OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-563-2441.
PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL PFL, VISITE EL SITIO DE INTERNET DEL EDD EN www.edd.ca.gov Ó LLAME AL 1-877-238-4373.
EL SISTEMA TTY ESTÁ A LA DISPOSICIÓN (PARA LAS PERSONAS SORDAS O CON IMPEDIMENTOS DEL OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-445-1312.
LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL DEBEN DE LLAMAR AL 1-866-352-7675 PARA DI Y AL 1-877-945-4747 PARA PFL.