

Instrucciones, información y muestra en español para completar la solicitud en inglés titulada *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F).

Atención: Utilice esta publicación y la muestra que viene adjunto en español para ayudarle a completar la versión en inglés del formulario en papel titulado *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F). Tenga en cuenta que solamente puede presentar el formulario en papel de la versión en inglés al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus iniciales en inglés) para solicitar los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL).

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus iniciales en inglés), es un programa financiado por el trabajador que proporciona pagos de beneficios a los trabajadores que son elegibles que han sufrido una pérdida total o parcial de sus salarios/sueldos debido a que tuvieron que tomar tiempo libre fuera de su empleo para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, o para establecer lazos afectivos con un bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente.

Por favor lea la información de las páginas A hasta la H, antes de completar la solicitud en inglés.

Para que el trámite de su solicitud para beneficios se lleve a cabo más rápidamente, presente la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* en español electrónicamente a través de SDI Online en www.edd.ca.gov. Si usted presenta la solicitud electrónicamente, ya NO necesita enviar el formulario en papel titulado en inglés *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F) por correo postal al Departamento (EDD).

No complete esta solicitud si usted está asegurado por un seguro privado (*voluntary plan*). Pregúntele a su empleador sobre los formularios apropiados que usted debe completar para solicitar los pagos de beneficios del seguro privado.

Si usted no puede completar esta solicitud debido a una discapacidad, o si usted es un representante autorizado para presentar la solicitud por parte del familiar que está gravemente enfermo y está recibiendo su cuidado, y tiene preguntas, llame a la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) al **1-877-379-3819** o haga su pregunta electrónicamente a través de *Ask EDD* (solamente disponible en inglés) en <https://askedd.edd.ca.gov>.

Atención: Si usted es un representante autorizado para presentar la solicitud por parte del familiar que está gravemente enfermo y está recibiendo su cuidado, y el familiar fallece, usted como representante puede todavía presentar la solicitud y recibir los pagos de beneficios por el tiempo que usted estuvo proporcionando cuidado a ese familiar. Para obtener más información, llame a la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) al **1-877-379-3819**.

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD EN INGLÉS

- Use tinta negra solamente.
- Escriba claramente y con letra de molde sus respuestas **dentro** de las casillas proporcionadas.
- Escriba su número de Seguro Social (SSN, por sus iniciales en inglés) en cada página del formulario en papel de la solicitud en inglés titulada *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F), incluyendo cualquier otro documento que vaya a presentar adjunto.
- No presente el formulario en papel de la solicitud en inglés titulada *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F) por fax.
- Utilice el sobre que viene adjunto para enviar por correo postal el formulario en papel de la solicitud en inglés titulada *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F) al Departamento (EDD). Usted **no puede** presentar su solicitud antes del primer día en que usted tomó tiempo libre para estar fuera de su empleo con el propósito de establecer lazos afectivos con un bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente, o para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo.

Usted debe presentar la solicitud dentro de 41 días a partir de la fecha en que primero tomó tiempo libre para estar fuera de su empleo con el propósito de establecer lazos afectivos con un bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente, o para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo. **Usted puede perder su elegibilidad para recibir pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), si su solicitud es presentada tarde al Departamento (EDD).**

1. Complete **todas** las preguntas en la sección “PART A- STATEMENT OF CLAIMANT” y **firmar la casilla A24**. Si falta algún tipo de información o hay un error, **esto puede causar que su solicitud sea regresada y se atrase su pago de beneficios**. Para la casilla A8, el Servicio de Correo Postal de los Estados Unidos (USPS, por sus iniciales en inglés) no entrega la correspondencia a un apartado postal privado a menos que se indiquen las iniciales “PMB”. Si su dirección es de un apartado postal, asegúrese de indicar las iniciales “PMB” al principio cuando proporcione su dirección en la casilla A8.

2. Si va a tomar tiempo libre fuera de su empleo para establecer lazos afectivos con un bebé recién nacido, complete la sección “PART B- BONDING CERTIFICATION” y adjunte una copia de uno de los documentos de la lista que se encuentra en la sección B10. **No** complete la Parte B si usted va a presentar una solicitud para tomar tiempo libre fuera de su empleo para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo.

3. Si va a tomar tiempo libre fuera de su empleo para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, se debe completar lo siguiente:

- a. La persona que está recibiendo el cuidado debe leer y firmar la página 2 titulada “CARE RECIPIENT’S AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PERSONAL – HEALTH INFORMATION”.
- b. La persona que está recibiendo el cuidado debe completar y firmar la sección “PART C- STATEMENT OF CARE RECIPIENT”. Si la persona que recibe el cuidado es un menor de edad o es una persona que está totalmente discapacitada, un representante autorizado puede completar esta parte.
- c. Haga que su doctor médico/profesional (médico) complete y firme la sección “PART D- DOCTOR’S CERTIFICATION”. El certificado puede ser completado por un doctor médico/profesional (médico) autorizado para certificar la validez de la discapacidad del paciente o la condición de salud seria del paciente conforme a la sección 2708 del Código del Seguro del Desempleo de California (CUIC).

Si la persona que atiende al familiar que está recibiendo el cuidado, es un médico practicante religioso acreditado, tiene que completar la solicitud titulada en inglés *Practitioner’s Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2502F). Para ordenar esta solicitud comuníquese al **1-877-379-3819**.

Atención: No se aceptan firmas con un sello de goma.

4. **Usted debe decidir cuidadosamente la fecha en la cual usted va a tomar tiempo libre fuera de su empleo para el propósito de establecer lazos afectivos con un bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente, o para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo. Tenga en cuenta que la fecha que**

seleccione afectará la cantidad que pueda recibir en pagos de beneficios. Consulte “CÓMO SE DETERMINA LA CANTIDAD DE PAGO DE BENEFICIOS SEMANAL” ubicado en la sección D para obtener más información.

5. Coloque la versión en inglés de la solicitud completada y firmada dentro del sobre que viene adjunto. El trámite de la solicitud generalmente se lleva a cabo dentro de 14 días, si la solicitud es recibida por el Departamento (EDD) correctamente completada.

- o Si va a tomar tiempo libre fuera de su empleo para establecer lazos afectivos, la solicitud se considera completada cuando las partes A y B, y los documentos requeridos son recibidos por el Departamento (EDD).
- o Si va a tomar tiempo libre fuera de su empleo para proporcionar cuidado, la solicitud se considera completada cuando las partes A, C y D son recibidas por el Departamento (EDD).

6. Guarde estas instrucciones y las páginas de información A hasta la H para referirse a ellas en el futuro.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA OBTENER BENEFICIOS DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL)

Usted debe de cumplir con todos los requisitos indicados a continuación para poder recibir los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL):

- Usted **no** puede realizar su trabajo normal o acostumbrado porque **necesita tomar tiempo libre fuera de su empleo para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, o establecer lazos afectivos con un bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente**.
- Usted tiene que estar empleado o estar activamente buscando empleo, cuando inicie el tiempo que necesita tomar fuera de su empleo para establecer lazos afectivos o proporcionar cuidado.
- Si está trabajando, usted debe haber sufrido **una pérdida total o parcial de sus salarios/sueldos** que ganaría regularmente debido a que necesita tomar tiempo libre fuera de su empleo para establecer lazos afectivos o proporcionar cuidado.
- Usted debe haber ganado un **total mínimo de \$300 en salarios/sueldos** durante los 12 meses del período reglamentario correspondiente a la solicitud, y que estos salarios/sueldos hayan sido sujetos ha impuesto del Seguro Estatal del Discapacidad (SDI). (Vea la sección “CÓMO SE DETERMINA LA CANTIDAD DE PAGO DE BENEFICIOS SEMANAL”).
- Usted debe de **completar y enviar por correo postal el formulario en papel de la solicitud en inglés titulada *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F)** dentro de 41 días a partir de la

fecha en que primero tomó tiempo libre para estar fuera de su empleo para establecer lazos afectivos o proporcionar cuidado. El Departamento (EDD) puede determinar que no es elegible para recibir los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), si no presenta su solicitud a tiempo al Departamento (EDD).

Los siguientes requisitos deben cumplirse solamente si la solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) es para tomar tiempo libre fuera de su empleo para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo:

- La persona que va a recibir el cuidado tiene que ser su hijo(a), padre/madre, esposo(a), pareja doméstica registrada, abuelo(a), nieto(a), hermano(a), o suegro(a).
- La persona que va a recibir el cuidado tiene que estar **bajo un tratamiento continuo** o bajo la supervisión de un doctor médico/profesional (médico) autorizado, o bajo la supervisión de un médico practicante religioso acreditado, mientras usted está recibiendo los pagos de beneficios.
- El **doctor médico/profesional (médico) del familiar que va a recibir el cuidado debe completar la certificación** validando que él/ella necesita recibir cuidado. Si la persona que está atendiendo al familiar que va a recibir el cuidado, es un médico practicante religioso acreditado, deben de ordenar la solicitud titulada en inglés *Practitioner's Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2502F), comunicándose con la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) al **1-877-379-3819**. La certificación de un médico practicante religioso acreditado es solamente aceptada si el médico practicante religioso ha sido acreditado por el Departamento (EDD).

Los siguientes requisitos también deben cumplirse si la solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) es para tomar tiempo libre fuera de su empleo para establecer lazos afectivos.

- Debe tomar tiempo libre fuera de su empleo dentro de un período de 12 meses después de que ocurra cualquiera de estas condiciones.
- El bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente debe ser suyo o de su pareja doméstica registrada o esposo(a).

¿CUÁNDO DETERMINA EL DEPARTAMENTO (EDD) QUE NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR LOS PAGOS DE BENEFICIOS DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL)?

Usted puede solicitar beneficios para el Permiso Familiar Pagado (PFL) aún si usted no está seguro si va a ser elegible. Si el Departamento (EDD) determina que usted no es elegible para recibir los pagos de beneficios para todo o parte del período que está solicitando, se le enviará

una notificación explicándole la razón por la cual se determinó que usted no es elegible para recibir los pagos de beneficios. Usted no puede ser elegible para recibir pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) si:

- Usted está recibiendo pagos de beneficios del Seguro de Desempleo (UI, por sus iniciales en inglés) o del Seguro de Discapacidad (DI, por sus iniciales en inglés).
- Usted está recibiendo pagos de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) por una cantidad igual o mayor a la cantidad que está recibiendo del pago de beneficios semanal del Permiso Familiar Pagado (PFL).
- Si usted está en la cárcel, prisión, o en cualquier otra instalación penal.

FRAUDE

Bajo las secciones 1143, 2101, 2116, 2122, y 3305 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), es una violación hacer una declaración falsa u ocultar información para solicitar pagos de beneficios. Tal violación se castiga con encarcelamiento y/o una multa que no exceda más de \$20,000, o ambas. Para detectar e impedir un fraude, el Departamento (EDD) monitorea continuamente las solicitudes de beneficios, investiga rigurosamente actividades sospechosas, y si hay un delito busca la manera para que el solicitante culpable pague la multa que se le imponga y sea castigado de manera criminal.

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted debe presentar su solicitud en inglés titulada *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F) y otros formularios a tiempo, de forma completa y correcta. Si el formulario va llegar tarde, por favor incluya una explicación por escrito indicando la(s) razón(es) por la cual se tardó.
- Usted debe de leer cuidadosamente las instrucciones de este formulario y de todos los otros formularios que reciba de la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL). Si usted no está seguro sobre lo que se requiere, comuníquese con la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL), llamando al **1-877-379-3819**.
- Usted debe comunicarse con la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL), si:
 - o Cambió su dirección postal o número de teléfono.
 - o Regresó a trabajar tiempo parcial o tiempo completo.
 - o Ya no está proporcionando cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo o estableciendo lazos afectivos con su bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el

cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente.

o Recibió algún tipo de salarios/sueldos.

- **Asegúrese de incluir su nombre completo y su número de Seguro Social en toda la correspondencia que presente al Departamento (EDD).**

SUS DERECHOS

Toda la información sobre su solicitud para beneficios se mantendrá confidencial, excepto para los propósitos permitidos por la ley. La sección 1798.34 del Código de Derecho Civil (*California Civil Code*) le da el derecho a usted de revisar cualquier expediente personal que el Departamento (EDD) mantiene sobre usted. La sección 1798.35 le permite a usted solicitar que su expediente sea corregido si cree que la información no es correcta, relevante, actualizada o completa. Ciertos tipos de información, que por reglamento son consideradas de tipo personal, están exentas de ser proporcionadas a usted, tales como: expedientes médicos o psicológicos en donde el conocimiento del contenido sería perjudicial para usted (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil); y/o expedientes de investigaciones criminales, civiles o administrativas que están activas (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil).

Además, el Departamento (EDD) no revelará información o proporcionará copias sobre la información médica de la persona que está recibiendo el cuidado, a las personas que proporcionan el cuidado. Si a usted se le niega el acceso a los expedientes que usted cree tener derecho a revisar o si se le niega su petición para hacer cambios a la información en sus expedientes, puede presentar una apelación por escrito a la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL). Usted puede solicitar una copia de su expediente, llamando al número de teléfono que aparece en el *Aviso de Computación* (DE 429D) que recibió por correo postal.

Usted también tiene el derecho de apelar cualquier determinación hecha por el Departamento (EDD) sobre su elegibilidad para recibir pagos de beneficios, sobrepago de beneficios, o cualquier sanción/multa. En cualquiera de estos casos, el Departamento (EDD) le proporcionará instrucciones precisas sobre cómo apelar su caso sin no está de acuerdo.

CÓMO SE DETERMINA LA CANTIDAD DEL PAGO DE BENEFICIOS SEMANAL

Su solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) empieza el primer día en que tomó tiempo libre fuera de su empleo para establecer lazos afectivos o proporcionar cuidado.

Para calcular la cantidad del pago de beneficios semanal que puede recibir, el Departamento (EDD) se basa en la cantidad total de los salarios/sueldos que ganó usted durante el período reglamentario. La fecha en que primero tomó

tiempo libre fuera de su empleo. Usted no puede cambiar la fecha de inicio de su solicitud para beneficios ni ajustar su período reglamentario después de haber establecido una solicitud para beneficios válida.

El período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Su período reglamentario incluye los salarios/sueldos sujetos a los impuestos del Seguro Estatal de Discapacidad (SDI) que se le pagaron dentro de los 5 a 18 meses antes de la fecha en que primero tomó tiempo libre fuera de su empleo.

El período reglamentario correspondiente a su solicitud no incluye los salarios/sueldos pagados después de la fecha inicial en que tomó tiempo libre fuera de su empleo. Para que una solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) sea válida, usted debe haber ganado por lo menos \$300 en salarios/sueldos durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud. Usted puede determinar el período reglamentario correspondiente a su solicitud, utilizando la información que se muestra a continuación:

- Si su solicitud para beneficios empieza en enero, febrero, o marzo, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 30 de septiembre del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en abril, mayo, o junio, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 31 de diciembre del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en julio, agosto, o septiembre, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 31 de marzo del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en octubre, noviembre, o diciembre, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 30 de junio del año anterior.

Basado en el período reglamentario correspondiente a su solicitud, el trimestre en el que se le pagaron los salarios/sueldos más altos determina la cantidad del pago de beneficios semanal que puede recibir.

- La **cantidad del pago de beneficios diario**, es la cantidad del pago de beneficios semanal dividido entre siete. La **cantidad máxima del pago de beneficios** es seis veces la cantidad del pago de beneficios semanal.

Comuníquese con la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) para informarse sobre el Permiso Familiar Pagado (PFL) y también para proporcionar información adicional si usted está pasando por una de las situaciones indicadas a continuación:

- Si usted no tiene la cantidad requerida de los salarios/sueldos ganados para establecer una solicitud válida para el período reglamentario correspondiente, entonces podría establecer una solicitud para beneficios válida utilizando los

salarios/sueldos ganados en el siguiente trimestre en el cual quizás sí gano los salarios/sueldos requeridos para establecer una solicitud.

- Si usted no tiene la cantidad requerida de los salarios/sueldos ganados para establecer una solicitud válida para el período reglamentario correspondiente y usted estuvo en busca de un empleo por más de 60 días durante cualquier otro trimestre del período reglamentario correspondiente a su solicitud, es posible que usted pueda substituir los salarios/sueldos ganados en otro trimestre anterior por los salarios/sueldos ganados en el trimestre del período reglamentario correspondiente a su solicitud.
- Si durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud usted estaba prestando servicio militar, recibió pagos de beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) o no trabajó debido a una disputa laboral.

CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL)

Cuando su solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) es recibida, la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) le enviará una notificación informándole sobre la cantidad del pago de beneficios semanal que posiblemente usted pueda recibir y se le pedirá información adicional necesaria para determinar su elegibilidad para recibir pagos de beneficios. Si usted cumple con todos los requisitos de elegibilidad, se le hará los pagos de beneficios a través de la Tarjeta de Débito EDD, la cual se le enviará por correo postal. La mayoría de las solicitudes para beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) completadas correctamente y firmadas se tramitan dentro de 14 días.

Si usted es elegible para recibir pagos de beneficios adicionales, el Departamento (EDD) se encargará de enviarle automáticamente otro pago de beneficios. A usted se le pagará una séptima parte de la cantidad total del pago de beneficios semanal por cada día que sea elegible para recibir los pagos de beneficios, a menos que la cantidad del pago de beneficios semanal sea reducida. (Vea la siguiente sección).

REDUCCIÓN DE LA CANTIDAD DEL PAGO DE BENEFICIOS SEMANAL DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL)

Bajo ciertas circunstancias, es posible que usted no sea elegible para recibir los pagos de beneficios por cierto período de tiempo de su solicitud o solamente pueda tener derecho a recibir pagos de beneficios parciales. El Departamento (EDD) determinará si la cantidad del pago de beneficios semanal será reducido.

Los siguientes tipos de pagos indicados a continuación deben ser reportados al Departamento (EDD) aunque no llegue afectar la cantidad del pago de beneficios semanal que usted puede recibir. El no reportar estos tipos de

pagos, podría resultar que se determine que no es elegible para recibir los pagos de beneficios por haber hecho una declaración falsa, sea sancionado/multado, y/o se determine que se le hizo un sobrepago de beneficios.

- Pago por período de enfermedad
- Pago por vacaciones
- Pago recibido por trabajo realizado por cuenta propia
- Pago por servicio militar
- Pago de comisiones
- Pago de salarios/sueldos, incluyendo los que se originan como resultado de la modificación a las funciones en el trabajo o los que corresponden al pago por trabajo de tiempo parcial.
- Pagos residuales
- Pago de bonos
- Pago de beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*)
- Pago por día festivo
- Pago por tomar tiempo libre fuera del empleo
- Pago de salarios/sueldos por trabajo de tiempo parcial

A usted se le puede reducir la cantidad del pago de beneficios semanal que va a recibir debido a un sobrepago de beneficios del Seguro de Desempleo (UI), del Seguro de Discapacidad (DI) o del Permiso Familiar Pagado (PFL) que recibió en el pasado y todavía no ha liquidado la cantidad del sobrepago adeudada; o si usted debe pagos en relación a la manutención de hijo(s); o de la pensión alimenticia (*spousal support*) ordenados por la corte judicial.

RAZONES POR LAS CUALES YA NO RECIBIRÁ LOS PAGOS DE BENEFICIOS DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL)

El Departamento (EDD) dejará de hacer los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) si una de las razones indicadas a continuación sucede. Usted también recibirá la *Notificación de Pago de Beneficios Hecho por Medio de la Tarjeta EDD (DE 2500E/S)*, donde se le explicarán las razones por las cuales ya no va a recibir pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)

- Usted ha recibido su último pago de beneficios por parte del Departamento (EDD) de acuerdo a la fecha estimada por el doctor médico/profesional (médico) en la cual indica que el familiar que se encontraba gravemente enfermo ya no necesita ser cuidado. **Atención:** En caso de que se requiera extender el período para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, es necesario completar el formulario en papel titulado en inglés *Paid Family Leave (PFL) Supplemental Claim Certification (DE 2525XFA)*; el cual el solicitante tendrá que completar y firmar la sección titulada en inglés *PFL Claimant's Certification* y el doctor

médico/profesional (médico) que atiende al familiar que necesita el cuidado tiene que completar la sección titulada en inglés *Physician/Practitioner's Supplementary Certificate – Not Required for Bonding Claim*. Una vez que el formulario haya sido completado por ambas partes, se tiene que enviar por correo postal al Departamento (EDD). Usted puede ver la versión de este formulario en español titulado *Permiso Familiar Pagado (PFL) Solicitud de Certificación Suplementaria* (DE 2525XFA/S), únicamente a manera de muestra ya que el formulario que debe ser llenado y presentado al Departamento (EDD) es la versión en inglés.

- El familiar que estaba gravemente enfermo ya se recuperó. Si usted regresa a trabajar y el familiar que se encuentra gravemente enfermo necesita ser cuidado otra vez, inmediatamente presente una nueva solicitud titulada en inglés *Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)* (DE 2501F) y reporte los días que usted trabajó.

Usted recibirá el *Aviso del Agotamiento de sus Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2525AF/S), cuando usted haya recibido la cantidad máxima de los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) disponibles en su solicitud.

LOS PAGOS DE BENEFICIOS DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) ESTAN SUJETOS A IMPUESTOS

Los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) están sujetos a impuestos federales. Usted recibirá el Formulario 1099G en el mes de enero [el año calendario después de haber recibido pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)], para el propósito de hacer su declaración de impuestos estatales y federales.

Los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) no están sujetos a los impuestos estatales. Si tiene preguntas sobre el Formulario 1099G, por favor llame a la División de Integridad y Contabilidad del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) al **1-800-795- 0193**.

SOBREPAGO DE BENEFICIOS

El sobrepago de beneficios es el resultado de haber recibido pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) que no le correspondían. Una vez que el Departamento (EDD) haya determinado que usted recibió dinero que no le correspondía, se le enviará una notificación por correo postal explicándole la razón por la cual se determinó que se le hizo un sobrepago de beneficios.

Es importante que usted complete y envíe de regreso toda la información solicitada por el Departamento (EDD), porque puede haber casos en los cuales se determina que no tiene la obligación de pagar la deuda debido a un sobrepago de beneficios que recibió. Pero si se llega a dar el caso que tiene la obligación de pagar cualquier deuda relacionada a un sobrepago de beneficios que recibió, usted tiene que pagar la cantidad del sobrepago de beneficios al

Departamento (EDD).

Una vez que el Departamento (EDD) determine que se le hizo un sobrepago de beneficios y no se ha pagado la deuda, su pago de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) podría reducirse de 25 a un 100 por ciento, para que así el Departamento (EDD) pueda cobrarse la cantidad del sobrepago de beneficios que usted debe. Usted recibirá el *Aviso de la Reducción de Beneficios Para ser Abonada a su Cuenta del Pago Indebido* (DE 826/S), si la cantidad del pago de beneficios semanal se reduce debido a un sobrepago de beneficios del Seguro de Discapacidad (DI), del Permiso Familiar Pagado (PFL) o del Seguro de Desempleo (UI) que recibió en el pasado y todavía no ha liquidado la cantidad del sobrepago adeudada.

CUANDO SE DETERMINA QUE NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR LOS PAGOS DE BENEFICIOS

El Departamento (EDD) considerará toda la información disponible antes de autorizar un pago de beneficios o determinar si usted no es elegible para recibir los pagos de beneficios. Solamente se le harán los pagos de beneficios por los días que sea elegible para recibirlos.

Si el Departamento (EDD) determina que usted no es elegible para recibir los pagos de beneficios o que la cantidad del pago de beneficios semanal será reducida, a usted se le enviará una notificación explicándole la razón por la que se determinó que sus pagos de beneficios serán reducidos o por qué no es elegible para recibir los pagos de beneficios.

Si usted intencionalmente proporcionó información incorrecta o si usted ocultó información, el Departamento (EDD) determinará que usted no es elegible para recibir los pagos de beneficios por haber hecho una declaración falsa y será castigado(a) por hasta 92 días. Este castigo aplica, si usted recibió un pago de beneficios que incluye días por los cuales usted sabía que no se le debieron de haber hecho pagos de beneficios, por ejemplo, los días después de regresar a su empleo. Si el Departamento (EDD) determina que usted recibió un sobrepago de beneficios, usted tendrá que regresar el dinero que no le correspondía y además será multado el 30 por ciento sobre la cantidad del sobrepago de beneficios que recibió.

SITUACIONES ESPECIALES

Embarazo - Las madres que estaban recibiendo pagos de beneficios del Seguro de Discapacidad (DI) relacionados con un embarazo y ya dieron a luz, pueden ser elegibles para recibir los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) si toman tiempo libre fuera de su empleo para establecer lazos afectivos con su bebé recién nacido. La madre nueva recibirá la solicitud titulada en inglés *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits – New Mother* (DE 2501FP) por correo postal, cuando se le haya hecho su último pago de beneficios del Seguro de Discapacidad (DI) que le corresponde.

Obligaciones de Manutención de Hijos - Comuníquese

con la oficina del fiscal del distrito quien se encarga de administrar la orden judicial.

Obligaciones de Pensión Alimenticia (*spousal support*) - Si tiene alguna pregunta, dirija esas preguntas a la oficina del fiscal del distrito quien se encarga de administrar la orden judicial.

Entrenamiento Laboral – Si usted necesita ayuda para encontrar un empleo, entrenamiento laboral, u otros servicios para ayudarle a regresar a trabajar, visite el Centro de Empleo de América en California (AJCC, por sus iniciales en inglés) más cercano. Para localizar un centro de empleo más cercano, visite el sitio por Internet titulado inglés *CareerOneStop* en www.servicelocator.org o comuníquese al **1-877-872-5627** para hablar con un representante que le pueda dar información sobre el centro de empleo más cercano a usted.

En Busca de Empleo – Si quiere obtener información sobre las oportunidades de empleo y ayuda sobre cómo solicitar pagos de beneficios del Seguro de Desempleo (UI), comuníquese con el Departamento (EDD). También puede visitar las páginas indicadas a continuación:

- Para obtener información sobre oportunidades de empleo y registrarse para desarrollar su historial de empleo (currículum o resumen), visite el sitio por Internet titulado *CalJOBS* en www.caljobs.ca.gov.
- Para obtener información y solicitar pagos de beneficios del Seguro de Desempleo (UI), visite la página por Internet titulado en inglés *Unemployment Insurance* en www.edd.ca.gov/unemployment/.

Fallecimiento del Solicitante - Si el solicitante que está recibiendo pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) fallece, un heredero o representante legal debe reportar el fallecimiento del solicitante a la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL), llamando al **1-877-379-3819**. Los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) serán pagados hasta la fecha de fallecimiento del solicitante.

Fallecimiento del Familiar que Estaba Recibiendo Su Cuidado, del Bebé Recién Nacido o Niño(a) Colocado(a) Bajo el Cuidado de Crianza Temporal (*Foster Care*) o en Adopción Permanente Con el Que Estaba Estableciendo Lazos Afectivos - Si el familiar que usted estaba cuidando, el bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente con el que estaba estableciendo lazos afectivos falleció, reporte el fallecimiento a la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL), llamando al **1-877-379-3819**.

Protección para Mantener el Puesto de Empleo y Programas para Proteger sus Derechos - La Ley de Ausencia Familiar y Médica [*Family and Medical Leave Act (FMLA)*] y la Ley de Derechos Familiares de California [*California Family Rights Act (CFRA)*] ofrecen protección a los empleados "elegibles" para mantener su puesto de empleo y tengan el derecho de regresar a su empleo si es que toman tiempo libre para establecer lazos afectivos con un bebé recién

nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente, o para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo. Para obtener más información sobre la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA), comuníquese al **1-866-487-9243** o visite el sitio de Internet titulado en inglés *Wage and Hour Division (WHD)* en www.dol.gov/whd/fmla/. Para obtener más información sobre la Ley de Derechos de la Familia de California (CFRA), comuníquese al **1-800-884-1684** o visite el sitio de Internet titulado en inglés *California Department of Fair Employment and Housing* en www.dfeh.ca.gov.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) requiere que cualquier número de Seguro Social que se le proporcione, cumpla con las condiciones reglamentarias indicadas en las secciones 1253 y 2627 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC, por sus iniciales en inglés); las secciones 1085, 1088, y 1326, Título 22 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus iniciales en inglés); la Parte 604, Título 20 del Código Federal de Regulaciones; y con las secciones 1621, 1641, y 1642, Título 8 del Código de los Estados Unidos.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA, por sus siglas en inglés). La ley federal requiere que el Departamento (EDD) obtenga una autorización y una firma por separado que le permita a su doctor médico/profesional (médico) proporcionar información médica con respecto a su solicitud al Departamento (EDD). El Departamento (EDD) se encarga de recopilar la información sobre la condición de salud y médica de acuerdo a la Parte 164, Título 45 del Código Federal de Regulaciones (CCR).

RECOPIACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN. La ley estatal requiere que cuando se le pida al individuo que proporcione su información personal, se le tiene que proporcionar la información indicada a continuación:

Nombre de la Agencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		Título del Oficial Responsable de Mantener la Información: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)	
Persona de Contacto Local: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		Información de Contacto: Usted puede comunicarse con la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL), llamando al 1-877-379-3819 . Si quiere una lista de las ubicaciones de las oficinas locales del Permiso Familiar Pagado (PFL), usted puede encontrar esta información en la página de Internet titulada en inglés <i>Contact Disability Insurance and Paid Family Leave</i> en www.edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm . La dirección y número de teléfono del Permiso Familiar Pagado (PFL) aparecen en el <i>Aviso de Computación</i> (DE 429D), el cual fue enviado a usted cuando se determinó su elegibilidad para recibir pagos de beneficios.	
El mantenimiento de la información es autorizada por: Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), secciones 2601 hasta 3306. Código de Reglamentos de California (CCR), Título 22, secciones 2706-2, 2706-3, 2708-1.			
Las consecuencias por no proporcionar al Departamento (EDD) toda o cualquier parte de la información requerida:			
<ul style="list-style-type: none"> El no proporcionar toda o cualquier parte de la información requerida por el Departamento (EDD), puede causar una demora en recibir los pagos de beneficios los cuales usted tiene derecho a recibir o puede ocasionar que se le niegue la elegibilidad para recibir los pagos de beneficios. Si usted intencionalmente hace una declaración falsa o representación falsa, u oculta un dato importante con el fin de obtener o aumentar la posibilidad del pago de beneficios, el Departamento (EDD) determinará que usted no puede recibir pagos de beneficios, 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 los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) que le corresponde. Para resumir y publicar de forma estadística y para el uso e información de las agencias gubernamentales y públicas. [El nombre del solicitante o el nombre de la persona que está recibiendo el cuidado, o del bebé recién nacido o niño(a) adoptado (temporalmente o permanentemente) no serán publicados]. Para localizar a ciertos individuos que están siendo buscados por no pagar la manutención de hijos o pensión alimenticia (<i>spousal support</i>). Para ser utilizada por otras agencias gubernamentales, y para ayudarles a determinar la elegibilidad de un individuo a los servicios sociales disponibles al público de acuerdo a las estipulaciones de la División 9 del Código de Asistencia Pública e Instituciones de California (<i>California Welfare and Institutions Code</i>). Para ser utilizado por el Departamento (EDD) y para llevar a cabo sus propósitos y responsabilidades de acuerdo al Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC). Para el intercambio de información, conforme con la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) y la sección 1798.24 del Código Civil de California (<i>California Civil Code</i>), 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"> La administración de un programa de Seguro de Desempleo (UI). La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo (UI) o Seguro Estatal de Discapacidad (SDI). Proporcionar asistencia a personas desempleadas o desplazadas. La investigación de violaciones de la ley laboral o acusaciones de discriminación ilegal en el empleo. La audiencia de apelaciones sobre la compensación para trabajadores (<i>workers' compensation</i>). 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. Cuando sea bajo el mandato de la ley estatal o federal. Conforme a la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), se divulgará 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 (CUIC): (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. 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 (CUIC). 			

El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) ofrece igualdad de oportunidad al empleo, acceso a sus programas y servicios. Servicios de asistencia para las personas con discapacidades están disponibles cuando se soliciten. Para pedir servicios, asistencia y/o formatos alternos, comuníquese al **1-866-490-8879** (voz). Los usuarios de TTY (teletipo), por favor marquen el **711**.

--

2501F10161

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS (PROVEEDOR DE CUIDADO O PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS)

A1. SU NO. DE SEGURO SOCIAL	A2. SU FECHA DE NACIMIENTO M M D D A A A	A3. IDIOMA QUE UD. PREFIERE USAR INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRIBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEGUIDA)
------------------------------------	--	---

A4. SU NOMBRE LEGAL NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO	A5. SU SEXO HOMBRE MUJER
---	------------------------------------

A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO	A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, CON LOS QUE UD. HA TRABAJADO
----------------------------------	--

A8. SU DIRECCIÓN POSTAL (PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA EN UN APARTADO POSTAL PARTICULAR—NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL — TIENE QUE PMB# (SI ES PERTINENTE) MOSTRAR EL NÚMERO EN EL ESPACIO DE "PMB#".)			
CIUDAD	ESTADO/PROV.	ZONA POSTAL	PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)

A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN	DIRECCIÓN POSTAL
CIUDAD	ESTADO/PROV. ZONA POSTAL NO. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR/PATRÓN

A10. FECHA EN QUE UD. TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ M M D D A A A	A11. FECHA EN QUE UD. QUIERE QUE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PFL COMIENZE M M D D A A A	A12. FECHA EN QUE UD. REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR M M D D A A A	A13. ¿TRABAJÓ o CONTINUARÁ UD. TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE PERMISO FAMILIAR PAGADO? NO SI
--	--	--	--

A14. ¿POR QUÉ REDUJO o REDUCIRÁ UD. SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJÓ DE TRABAJAR? PARA CUIDAR A UN(A) FAMILIAR PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS CON UN(A) HIJO(A) OTRO (EXPLIQUE)	A15. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?
--	------------------------------------

A16. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA A LA QUE UD. ESTÁ CUIDANDO (NOMBRE INICIAL APELLIDO) O CON QUIEN UD. ESTÁ ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS (PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O CON QUIEN SE ESTÁN ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS)

A17. LA PERSONA QUE ESTÁ RECIBIENDO EL CUIDADO O CON QUIEN SE ESTÁN ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS, MENCIONADA ARRIBA ES SU:							
HUJO(A)	ESPOSO(A)	PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA	PADRE/MADRE	SUEGRO(A)	ABUELO(A)	NIETO(A)	HERMANO(A) OTRO (EXPLIQUE)

A18. ¿ESTÁ ALGÚN OTRO FAMILIAR LISTO, DISPUESTO, EN CONDICIONES Y A LA DISPOSICIÓN PARA PROVEER CUIDADO DURANTE EL MISMO PERÍODO QUE UD. ESTÉ SOLICITANDO BENEFICIOS DEL PFL? NO SI

A19. ¿HA SOLICITADO O PLANEA UD. SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERÍODO CUBIERTO BAJO ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS? NO SI

A20. ¿TIENE UD. MÁS DE UN EMPLEADOR? NO SI
--

A21. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINUÓ/CONTINUARON o CONTINUARÁN PAGÁNDOLE A UD. DURANTE SU PERMISO FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO: ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (EXPLIQUE)
--

A22. ¿PODEMOS REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)? NO SI
--

A23. EN CUALQUIER MOMENTO, DURANTE SU PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) ¿ESTUVO UD. BAJO LA CUSTODIA DE LAS AUTORIDADES A CARGO DE HACER CUMPLIR LAS LEYES, PORQUE A UD. SE LE CONDENÓ POR VIOLAR UNA LEY O	NO SI
--	-------

A24. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta declaración de solicitud de beneficios, Yo (1) solicito beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado (PFL), y certifico que a lo largo del período cubierto por esta solicitud de beneficios, estaba proporcionando cuidado a o entablado lazos afectivos con la persona que recibí dicho cuidado, mencionada anteriormente; (2) autorizo al EDD para que revele mi información personal, según se muestra en esta solicitud de beneficios, a la persona que recibe el cuidado y al doctor médico/profesional (médico) a cargo del tratamiento de la persona que recibe el cuidado, según se indican respectivamente en la Parte C y en la Parte D de esta solicitud de beneficios; (3) autorizo a mi(s) empleador(es) a que divulgue(n) al EDD todos los datos pertinentes a mi empleo, según se los permita su conocimiento; y (4) autorizo la revelación y el uso de información, según se indica en la parte de este formulario designada como "Recopilación y Acceso a Información". Entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente o el ocultar un dato relevante, a fin de obtener el pago de beneficios, es una violación de la ley de California, que se castiga con encarcelamiento o con una multa, o con ambas cosas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualesquier declaraciones que le acompañen, a mi leal saber y creencia es verdadera, correcta y completa. Acepto que las fotocopias de esta autorización deberán ser tan válidas como la original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración de solicitud de beneficios se otorgan por un período de quince años, a partir de la fecha de mi firma o la fecha vigente de la solicitud de beneficios, lo que sea posterior.

Firma del Solicitante de Beneficios (NO USE LETRA DE MOLDE)	Si la firma se hace con una marca (X), por favor, ponga la marca aquí.*	Fecha en que se firme MM/DD/AAAA
--	--	---

*Si su firma se hace con una marca (X), dos testigos tienen que certificarla con sus direcciones	
Firma y Dirección del/de la Primer(a) Testigo	Firma y Dirección del/de la Segundo(a) Testigo

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O PERSONAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

Yo autorizo a mi doctor médico/profesional (médico), o a la persona que ejerce la medicina, según se identifica en la Parte D de esta solicitud de beneficios, a que revele mi información médica o personal actual a mi proveedor(a) de cuidado, según se identifica en la Parte A de esta solicitud de beneficios, y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) de California.

Yo entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi condición actual, la fecha en que comenzó, así como un cálculo de la cantidad de cuidado que requiero de mi proveedor(a) de cuidado, como resultado de mi condición actual. Además, entiendo que la revelación de mi información médica o personal podría incluir mi situación con respecto al SIDA/VIH, drogadicción o alcoholismo o a cualquier otra condición física o mental.

Yo entiendo que es posible que el EDD revele esta información, según lo autorice el Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), y que dicha información revelada de nuevo posiblemente ya no esté protegida más. Acepto que las fotocopias del formulario de autorización, conjuntamente con mi firma en la Parte C, del Inciso 6, en la Página 3, de deberán ser tan válidas como la original.

Yo entiendo que, a menos que yo le informe al EDD, por escrito, al PO Box 989315, West Sacramento, CA 95798-9315, que yo deseo revocar esta autorización, ésta será válida durante 10 años, a partir de la fecha en que el EDD la reciba, o la fecha vigente de esta solicitud de beneficios, lo que sea posterior. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de un formulario de autorización del EDD, si solicito una, por escrito.

Yo hago esta autorización, para sustentar la solicitud de beneficios de mi proveedor(a) de cuidado, para recibir beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado. Yo entiendo que no puedo revocar mi autorización, para evitar un enjuiciamiento, o para evitar la recuperación de dineros del EDD, a los que tenga derecho legalmente.

NO PODEMOS TRAMITAR ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS, A MENOS QUE UD. FIRME, TANTO ESTA PÁGINA, COMO LA PARTE C, DEL INCISO C6, EN LA PÁGINA 3.

Nombre de la persona que recibe el cuidado
(Escriba su nombre con letra de molde)

Fecha en que se firme

Firma de la persona que recibe el cuidado
(Firme su nombre)

PARTE B – CERTIFICACIÓN PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS (PARA QUE LO COMPLETE LA PERSONA QUE SOLICITE BENEFICIOS DEL PFL, PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS CON UN(A) HIJO(A))

B1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	B2. FECHA DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL O ADOPCIÓN M M D D A A A A	B3. EL/LA NIÑO(A) MENCIONADO(A) EN B8 ES MI HIJO(A) HIJO(A) DE HIJO(A) BIOLÓGICO(A) HIJASTRO(A) CRIANZA ADOPTIVO(A) OTRO(A)
---------------------------------------	---	--

B4. SU APELLIDO LEGAL (NECESARIO EN CASO DE QUE LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS SE SEPAREN)	B5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL/DE LA NIÑO(A) (SI ESTÁ DISPONIBLE)	B6. FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A) M M D D A A A A	B7. SEXO DEL/DE LA NIÑO(A) HOMBRE MUJER
--	---	---	---

B8. NOMBRE LEGAL DEL/DE LA NIÑO(A) (NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO)

B9. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL/DE LA NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE DE LA DEL/DE LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS)

CIUDAD	ESTADO/PROV.	ZONA POSTAL	PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)
---------------	---------------------	--------------------	--

B10. COMO PRUEBA DE LA RELACIÓN EN B3, MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES, Y ADJUNTE UNA COPIA DEL DOCUMENTO MARCADO.
(NO ENVÍE DOCUMENTOS LEGALES. NO SE DEVOLVERÁN.)

<input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A)	<input type="checkbox"/> ACUERDO DE COLOCACIÓN PARA ADOPCIÓN, AD-907
<input type="checkbox"/> DECLARACIÓN DE PATERNIDAD, CS-909	<input type="checkbox"/> ACUERDO DE COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN INDEPENDIENTE, AD-924
<input type="checkbox"/> REGISTRO DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL, SOC-815	<input type="checkbox"/> OTRO

B11. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta certificación para entablar lazos afectivos, yo autorizo al proveedor médico, agencia de adopciones, parte(s) en la adopción o a la agencia de colocación en cuidado de crianza temporal, para que revelen al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) todos los datos referentes al nacimiento, adopción, o a la colocación en cuidado de crianza temporal, del/de la niño(a) mencionado(a) anteriormente. Yo entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente, o el ocultar un dato relevante, a fin de obtener el pago de beneficios, es una violación de la ley de California, que se castiga con encarcelamiento o con una multa, o con ambas cosas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualesquier declaraciones que le acompañen, a mi leal saber y creencia es verdadera, correcta y completa. Acepto que las fotocopias de esta autorización deberán ser tan válidas como la original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración de solicitud de beneficios se otorguen durante un período de quince años, a partir de la fecha de mi firma, o la fecha vigente de la solicitud de beneficios, lo que sea posterior.

Firma Original del/de la Solicitante para Entablar Lazos Afectivos – UN SELLO NO ES ACEPTABLE	Fecha en que se firme (MM DD AAAA)
--	--

PARTE C – DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO (EL/LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS PUEDE COMPLETARLA, SI LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO ESTÁ INCAPACITADA MENTAL O FÍSICAMENTE PARA HACERLO. TIENE QUE FIRMARLA LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO(A).)

C1. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO M M D D A A A A	C2. NO. DE TELÉFONO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO	C3. SEXO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO HOMBRE MUJER
---	--	---

C4. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO (NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO)

C5. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

CIUDAD	ESTADO/PROV.	ZONA POSTAL	PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)
---------------	---------------------	--------------------	--

C6. CONFIRMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN MÉDICA. Yo he leído y firmado la Autorización para la Revelación de Información Médica o Personal de la Persona que Recibe el Cuidado, en la página 2 de esta solicitud de beneficios. Yo entiendo que al firmarla, he aceptado todas las disposiciones y términos. Además, entiendo que las copias de mi firma enseguida son tan válidas como la original.

Firma de la Persona que Recibe el Cuidado (NO ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	Fecha en que se firme (MM DD AAAA)
--	---

C7. Representante Autorizado(a) que firma en nombre de la persona que recibe el cuidado tiene que completar lo siguiente: Yo, _____, represento a la persona que recibe el cuidado, o para entablar lazos afectivos en este asunto, según lo autoriza el derecho de padres el poder legal (adjunte copia) la orden de un tribunal (adjunte copia) (Para un/a cónyuge o pareja doméstica, comuníquese al EDD.)

Firma del/de la Representante Autorizado(a) (NO ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	Fecha en que se firme (MM DD AAAA)
--	---

