

Instrucciones en Español para Completar la Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) en Inglés

Atención: Utilice estas instrucciones y la muestra del formulario de la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* en español para ayudarle a completar el formulario en papel en inglés "*Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits (DE 2501F)*". Tenga en cuenta que solamente puede presentar el formulario en papel de la solicitud en inglés al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) para solicitar 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, y proporciona pagos de beneficios a los trabajadores elegibles que sufren una pérdida total o parcial de salarios/sueldos debido a que necesitan cuidar a un familiar que está gravemente enfermo o para establecer lazos afectivos con un nuevo bebe/niño adoptado.

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

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

No complete este formulario si usted está asegurado por un plan voluntario (plan privado). Pregúntele a su empleador sobre los formularios apropiados para completar.

Si usted no puede completar este formulario debido a su discapacidad, o si usted es un representante autorizado para presentar la solicitud por la persona discapacitada, llame al **1-877-379-3819**, o visite el sitio de Internet del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) y envíenos un mensaje a través de Pregúntele al Departamento del Desarrollo del Empleo (*Ask EDD*, en inglés) en <https://askedd.edd.ca.gov>.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

- Use tinta negra solamente.
 - Escriba claramente y con letra de molde sus respuestas **dentro** de las casillas proporcionadas.
 - Proporcione su número de Seguro Social (SSN, por sus iniciales en inglés) en todas las páginas del formulario en papel de la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F/S), incluyendo en cualquier otro documento que vaya a presentar adjunto.
 - No presente el formulario en papel de la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F/S) por fax.
 - Presente el formulario en papel de la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F/S) en el sobre que viene adjunto al Departamento (EDD). Presente su *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* no antes de nueve días después del primer día en que empezó su permiso familiar pagado, pero dentro del plazo de 49 días a partir de la fecha del primer día en que empezó su permiso familiar pagado. **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 "PARTE A- DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE" y **firmé 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. Para establecer lazos afectivos con un nuevo bebe/niño(a), también complete la sección "PART B- CERTIFICACIÓN PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS" 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 beneficios para tomar tiempo fuera de su empleo para proporcionar cuidado a un familiar que está gravemente enfermo.
 3. Para proporcionar cuidado a un familiar gravemente enfermo:
 - a. La persona que está recibiendo el cuidado debe leer y firmar la página 2 titulada "AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O PERSONAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO".
 - b. La persona que está recibiendo el cuidado debe completar y firmar la sección "PARTE C- DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO". Si la persona que recibe el cuidado es un menor de edad o está discapacitado, un representante autorizado puede completar esta parte.
 - c. Haga que su doctor médico/profesional (médico) complete y firme la sección "PARTE D- CERTIFICADO DE DOCTOR MÉDICO/PROFESIONAL (MÉDICO)." El certificado puede ser completado por un doctor médico o profesional (médico) autorizado para certificar la validez de la discapacidad del paciente o la condición de salud sería del paciente conforme a la sección 2708 del Código del Seguro del Desempleo de California (CUIC). Si la persona que está recibiendo el cuidado está bajo el cuidado de un médico practicante religioso acreditado, complete el formulario titulado en inglés "*Practitioner's Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits*" (DE 2502F) (solamente disponible en inglés), para ordenar este formulario comuníquese al **1-877-379-3819**. **No se aceptan firmas con un sello de goma.**
 4. **Usted debe decidir cuidadosamente la fecha en la cual desea presentar e iniciar su *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)*, porque esto puede afectar la cantidad que pueda recibir en pagos de beneficios.** Consulte la sección "SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS" en la página B para obtener más información.
 5. Coloque el/los formulario(s) completado(s) y firmado(s) dentro del sobre que viene adjunto. Las solicitudes para beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) generalmente se tramitan dentro de 14 días después de que el Departamento (EDD) las reciba correctamente completadas.
 - o Para la sección- Establecer lazos afectivos con un nuevo niño/a, la solicitud se considera completada cuando las partes A y B, y los documentos requeridos son recibidos por el Departamento (EDD).
 - o Para la sección- Proporcionar cuidado a un familiar gravemente enfermo, la solicitud se considera completada cuando el Departamento (EDD) recibe las partes A, C y D.
 6. Guarde estas instrucciones y las páginas de información (A hasta la D) para referirse a ellas en el futuro.

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**.

REQUISITOS BÁSICOS. Se pueden pagar los beneficios del Permiso Familiar Pagado solamente después de que usted cumpla con **todos** los siguientes requisitos:

- Usted tiene que **no poder** hacer su trabajo regular o habitual **por un período mínimo de ocho días debido a la necesidad de proporcionar cuidado o para establecer lazos afectivos.**
- Usted tiene que estar **empleado** o **buscando empleo** en forma activa al momento en que comience su permiso familiar.
- Si trabaja, usted tiene que haber sufrido una pérdida de salarios/sueldos porque estaba cuidando a un miembro de la familia gravemente enfermo o estaba estableciendo lazos afectivos con un(a) niño(a) nuevo(a).
- Usted tiene que haber **ganado por lo menos \$300** durante un período previo del cual se retuvieron deducciones del Seguro Estatal de Incapacidad (vea "SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS" en la columna siguiente).
- Usted tiene que **completar y enviar una solicitud de beneficios por correo postal** dentro de los 49 días del primer día de su permiso familiar o puede perder beneficios.

Adicionalmente, tienen que cumplirse los siguientes requisitos solamente si su solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado es para cuidar a un familiar gravemente enfermo:

- La persona que recibe el cuidado tiene que ser su niño(a), padre/madre, esposo(a), pareja doméstica registrada, abuelo(a), nieto(a), hermano(a) o suegro(a).
- La persona que recibe el cuidado tiene que estar **continuamente bajo tratamiento médico** o la supervisión de un doctor médico/profesional (médico) con licencia o de un practicante religioso acreditado, mientras que usted está recibiendo beneficios.
- **El doctor médico/profesional (médico)** de la persona que recibe el cuidado **tiene que completar la certificación** de que él/ella requiere cuidado. Si la persona que recibe el cuidado está bajo el cuidado de un practicante religioso, pida el documento llamado en inglés "Practitioner's Certificate," DE 2502F, a la oficina del Permiso Familiar Pagado. Una certificación de un practicante religioso es aceptable solamente si el practicante religioso ha sido acreditado por el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés).

Los siguientes requisitos también tienen que cumplirse si su solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado es para establecer lazos afectivos con un(a) nuevo(a) niño(a):

- Su permiso familiar tiene que efectuarse dentro de 12 meses del nacimiento, adopción o colocación del niño(a) en cuidado de crianza.
- El/la nuevo(a) niño(a) tiene que ser su hijo(a) biológico(a), adoptado(a) o hijo(a) de crianza suyo(a) o de su pareja doméstica registrada.

INELEGIBILIDAD. Usted puede solicitar para beneficios aun si usted no está seguro si es elegible. Si se decide que usted no es elegible para todo o parte de un período solicitado, se le avisará sobre el mismo y la razón. Es posible que usted no sea elegible para recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado si:

- Está solicitando o recibiendo beneficios del Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) o del Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés).
- Está recibiendo beneficios de Compensación para Trabajadores con un valor semanal igual o mayor que el valor del Permiso Familiar Pagado.
- Está en la cárcel, prisión o cualquier otra institución.

FRAUDE. Según las secciones 1143, 2101, 2116, 2122 y 3305 del Código del Seguro de Desempleo de California, es un delito el intencionalmente hacer una declaración falsa u ocultar a sabiendas un hecho pertinente para obtener el pago de cualquier beneficio. Tal violación se castiga con encarcelamiento y/o una sanción/multa que no exceda \$20,000, o ambas cosas. Para identificar y desanimar fraude, el Departamento del Desarrollo del Empleo continuamente vigila las solicitudes de beneficios, investiga vigorosamente actividad sospechosa, y procurará restitución y condena a través de enjuiciamiento.

SUS RESPONSABILIDADES

- Presentar su solicitud de beneficios y otros formularios a tiempo y en forma completa y precisa. Si un formulario llega tarde, incluya una explicación por escrito de la(s) razón(es) con el formulario.
- Leer cuidadosamente las instrucciones de este formulario y de todos los que reciba del Permiso Familiar Pagado. Si usted no está seguro sobre lo que se requiere, comuníquese con la oficina del Permiso Familiar Pagado.
- Llame o reporte por escrito a la oficina del Permiso Familiar Pagado cualquiera de lo siguiente:
 - Cambio de dirección o número telefónico.
 - Regreso al trabajo de tiempo parcial o de tiempo completo.
 - Necesidad de terminación del cuidado o de establecer lazos afectivos.
 - Ingresos que usted recibe.
- **Incluya su nombre y número de Seguro Social en toda correspondencia.**

SUS DERECHOS. La información sobre su solicitud de beneficios permanecerá confidencial, salvo para los propósitos permitidos por la ley. La sección 1798.34 del Código de Derecho Civil de California le da a usted el derecho de inspeccionar cualquier expediente personal sobre usted que el Departamento del Desarrollo del Empleo mantenga. La sección 1798.35 le permite a usted solicitar que el expediente sea corregido si usted cree que no es exacto, relevante, oportuno o completo. Ciertas clases de información, que por regla general serían consideradas de tipo personal, están exentas de revelarse a usted: expedientes médicos o psicológicos en donde el conocimiento del contenido sería perjudicial a la persona (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil); expedientes de investigaciones activas criminales, civiles o administrativas (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil). Adicionalmente, el Departamento del Desarrollo del Empleo no revelará o proporcionará información o copias de información médica de la persona que recibe el cuidado, a las personas que proporcionan el cuidado. Si a usted se le niega el acceso a expedientes a los que usted cree tener derecho a inspeccionar o si se niega su petición para enmendar sus expedientes, puede presentar una apelación a la oficina del Permiso Familiar Pagado. Usted puede solicitar una copia de su expediente, llamando al número de teléfono que aparece en su Aviso de Computación, DE 429D.

Asimismo, usted tiene el derecho de apelar cualquier descalificación, sobrepago de beneficios o sanción/multa. Se le darán instrucciones precisas sobre cómo apelar en relación a todo documento apelable que usted reciba.

SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS. Su solicitud de beneficios comienza el día que comenzó su permiso familiar. El Departamento del Desarrollo del Empleo le calcula su cantidad de beneficios semanales usando su período reglamentario. La fecha del comienzo de su permiso familiar determina su período reglamentario. Usted no puede cambiar la fecha de comienzo de su solicitud de beneficios ni ajustar su período reglamentario después de que haya establecido una solicitud de beneficios válida.

Este período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Su período reglamentario incluye los salarios/sueldos sujetos a impuestos del Seguro Estatal de Incapacidad que se le pagaron aproximadamente de 5 a 17 meses antes de que comenzara su solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado. Su período reglamentario no incluye salarios/sueldos pagados al momento que su permiso familiar comienza. Para que una solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado sea válida, usted debe haber ganado por lo menos \$300 en salarios/sueldos en el período reglamentario. Usando lo siguiente, usted puede determinar el período reglamentario.

- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en enero, febrero o marzo, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 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 que terminan el último 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 que terminan el último 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 que terminan el último 30 de junio.

El trimestre de su período reglamentario en el que se le pagaron los salarios/sueldos más altos determina su **cantidad de beneficios semanales.**

- Su **cantidad de beneficios diarios** es su cantidad de beneficios semanales divididos entre siete. Su **cantidad de beneficios máxima** es seis veces su cantidad de beneficios semanales o los salarios/sueldos totales sujetos al impuesto del Seguro Estatal de Incapacidad pagado en su período reglamentario, lo que sea menos.

Comuníquese con la oficina del Permiso Familiar Pagado para preguntar sobre beneficios y para proporcionar información adicional si su situación se asemeja a cualquiera de estas circunstancias:

- Si usted no tiene suficientes salarios/sueldos en su período reglamentario, podría establecer una solicitud de beneficios válida usando una fecha de comienzo posterior.
- Si usted no tiene suficientes salarios/sueldos en su período reglamentario y usted estaba buscando empleo activamente durante 60 días o más en cualquier trimestre del período reglamentario, podría substituir salarios/sueldos pagados en trimestres anteriores.
- Si durante su período reglamentario usted estaba en el servicio militar, recibió beneficios de Compensación para Trabajadores o no trabajó debido a una disputa laboral.

CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS. Al recibir su solicitud de beneficios, la oficina del Permiso Familiar Pagado le notificará sobre su cantidad de beneficios semanales y pedirá información adicional necesaria para determinar su elegibilidad para recibir beneficios. Si usted cumple con todos los requisitos, se le emitirá un pago a través de la Tarjeta de Débito EDD (EDD Debit CardSM, en inglés), que se le enviará por correo postal. La mayoría de las solicitudes de beneficios se tramitan y los pagos se emiten dentro de los 14 días de haberse recibido una solicitud de beneficios completada correctamente. Los primeros siete días de su solicitud de beneficios es un período de espera, en el que no se pagan beneficios **(a menos que usted sea una nueva madre haciendo la transición a una solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado de una solicitud de beneficios anterior por embarazo del Seguro de Incapacidad)**. NOTA: Si usted está haciendo la transición de una solicitud de beneficios del Seguro de Incapacidad (no por embarazo) entonces tendrá un período de espera.

Si usted es elegible para recibir más beneficios, los pagos adicionales se le emitirán automáticamente. A usted 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” a continuación.)

REDUCCIONES DE BENEFICIOS. Bajo ciertas circunstancias, es posible que usted no sea elegible por períodos de su solicitud de beneficios o es posible que tenga derecho a pagos parciales solamente. La oficina del Permiso Familiar Pagado determinará si los beneficios deben ser o no deben ser reducidos. Los tipos de ingresos indicados en la lista siguiente deben reportarse a la oficina del Permiso Familiar Pagado aunque es posible que no siempre afecten sus beneficios. El no reportar sus ingresos podría resultar en un sobrepago de beneficios, sanciones/multas y/o en la descalificación de beneficios por declaración falsa.

- Pago por período de enfermedad
- Pago por vacaciones
- Ingreso de trabajo por cuenta propia
- Pago militar
- Comisiones
- Salarios/sueldos, incluyendo los de deberes modificados
- Pagos residuales
- Bonos
- Beneficios de Compensación para Trabajadores
- Pago por día feriado
- Tiempo libre pagado
- Ingreso de trabajo de tiempo parcial

Adicionalmente, sus beneficios pueden ser reducidos a causa de un sobrepago de beneficios anterior del Seguro de Desempleo, Seguro de Incapacidad y Permiso Familiar Pagado o por pagos atrasados de **manutención de hijos o de manutención de esposo/a** por orden de la corte.

INTERRUPCIÓN y TERMINACIÓN de BENEFICIOS. Una Notificación de Pago Final - Permiso Familiar Pagado, DE 2525AF, se emitirá cuando los expedientes indiquen que:

- A usted se le ha pagado hasta la fecha calculada por el médico de la persona que recibe el cuidado, que determina que la persona ya no necesitaría ser cuidada. Si la persona que recibe el cuidado aún necesita ser cuidada, complete y firme el formulario del Permiso Familiar Pagado llamado en inglés “Claimant’s Certification” y pídale al médico/profesional (médico) que atiende a la persona que recibe el cuidado, que complete y envíe por correo postal la parte llamada en inglés “Physician/Practitioner’s Supplementary Certificate, DE 2525XX” (se adjunta con el formulario llamado en inglés “Notice of Final Payment”).
- La persona que recibe el cuidado se ha recuperado. Si usted regresa a trabajar y la persona recibiendo cuidado requiere ser cuidada de nuevo, presente inmediatamente una nueva solicitud de beneficios y reporte las fechas en las que usted trabajó.
- Usted ha usado la cantidad máxima de beneficios del Permiso Familiar Pagado (6 semanas en un período de 12 meses).

LOS BENEFICIOS están SUJETOS a IMPUESTOS. Los beneficios del Permiso Familiar Pagado están sujetos a impuestos federales y se reportarán al Servicio de Impuestos Internos. Cada persona que recibe beneficios del Permiso Familiar Pagado recibirá un formulario 1099G para que lo incluya con su declaración de impuestos federales. Los beneficios del Permiso Familiar Pagado no están sujetos a impuestos de California. Para preguntas sobre el formulario 1099G, por favor llame al 1-800-795-0193.

SOBREPAGO DE BENEFICIOS. Un sobrepago de beneficios resulta cuando usted recibe pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado a los que no era elegible para recibir. Una vez que el Permiso Familiar Pagado determina que usted recibió un sobrepago de beneficios, la oficina del Permiso Familiar Pagado se comunicará con usted para explicarle la razón de su sobrepago de beneficios. Es importante que usted complete y devuelva toda la información solicitada, porque hay ocasiones cuando un sobrepago de beneficios puede perdonarse. Si se determina que a usted se le pagaron beneficios de más y éstos no pueden perdonarse, usted tiene que restituir este dinero. Los pagos de beneficios emitidos después de que se establezca un sobrepago de beneficios pueden reducirse de un 25 a un 100 por ciento para cobrar su sobrepago de beneficios. Usted recibirá el formulario “Notice of Overpayment Offset, DE 826”, si su cantidad de beneficios semanales se reduce debido a un sobrepago de beneficios del Seguro de Incapacidad, del Permiso Familiar Pagado o del Seguro de Desempleo.

DESCALIFICACIÓN. Toda la información disponible se considerará antes de emitir un pago de beneficios o antes de descalificar su solicitud de beneficios. Los beneficios solamente se pagarán por los días en los que usted sea elegible. Si el pago de beneficios es negado o reducido, usted recibirá una notificación por escrito declarando la razón por la descalificación.

Si usted intencionalmente reporta información incorrecta o si usted intencionalmente omite u oculta información se establecerá una descalificación de beneficios por declaración falsa de hasta 92 días. Esto puede aplicar si usted recibe un pago de beneficios que usted sabe incluye días para los que a usted no debe pagarsele beneficios, tal como los días después de que usted regresó a trabajar. Adicionalmente, cualquier sobrepago de beneficios aumentará por una sanción/multa del 30 por ciento.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Embarazo. Las madres que están recibiendo beneficios del Seguro de Incapacidad debido a una discapacidad relacionada con el embarazo y que ya han dado a luz a su bebé, pueden ser elegibles para beneficios del Permiso Familiar Pagado para establecer lazos afectivos con su nuevo bebé. El formulario “A Claim for Paid Family Leave Benefits-New Mother, DE 2501FP” será enviado automáticamente a estas nuevas madres al terminarse sus solicitudes de beneficios del Seguro de Incapacidad relacionadas con el embarazo.

Obligaciones de Manutención de Hijos. Comuníquese con la oficina del Fiscal del Distrito que administra la orden de la corte.

Obligaciones de Manutención de Esposo/a o de Padres. Las preguntas deben dirigirse a la oficina del Fiscal del Distrito que administra la orden de la corte.

Entrenamiento en el Empleo. Comuníquese con un Centro de Empleo de América en CaliforniaSM (al 1-877-872-5627 ó en www.servicelocator.org) para servicios disponibles en su área.

Buscando Empleo. Comuníquese con el Departamento del Desarrollo del Empleo para obtener información y ayuda con respecto a oportunidades de empleo y beneficios del Seguro de Desempleo.

- Para registrarse para empleo, visite www.caljobs.ca.gov.
- Para solicitar beneficios del Seguro de Desempleo, visite www.edd.ca.gov/unemployment/.

Muerte del Solicitante de Beneficios. Si muere la persona que recibe beneficios del Permiso Familiar Pagado, un heredero o representante legal debe reportar la muerte a la oficina del Permiso Familiar Pagado. Los pagos de beneficios pueden pagarse hasta la fecha de la muerte.

Muerte de la Persona que Recibe el Cuidado o del Hijo(a) con quien Usted está Estableciendo Lazos Afectivos. Si la persona que usted está cuidando o el (la) niño(a) con quien usted está estableciendo lazos afectivos se muere, reporte la muerte a la oficina del Permiso Familiar Pagado al 1-877-379-3819. Los pagos de beneficios se pueden pagar hasta la fecha de la muerte, si es elegible normalmente.

Beneficios de Empleo y Programas de Protección. La Ley de Permiso Médico y Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Derechos de la Familia de California (CFRA, por sus siglas en inglés) ofrecen permiso protegido de empleo para empleados “elegibles” para ciertas razones familiares y médicas. Para obtener más información sobre la Ley de Permiso Médico y Familiar, llame al 1-866-487-9293 ó visite www.dol.gov/dol/topic/benefits-leave/fmla. Para obtener más información sobre la Ley de Derechos de la Familia de California, llame al 1-800-884-1684 ó visite www.dfeh.ca.gov.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) requiere que cualquier número de Seguro Social (SSN, por sus iniciales en inglés) 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 DE SEGURO DE SALUD (HIPAA, por sus siglas en inglés). La ley federal requiere que obtengamos 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) recopila la información médica y de salud de acuerdo a la Parte 164, Título 45 del Código Federal de Regulaciones (CCR).

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

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 el 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 el sitio de Internet en www.edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm . La dirección y número de teléfono del Permiso Familiar Pagado (PFL) aparece en el "Aviso de Computación" (DE 429D) 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 de no proporcionar toda o cualquier parte de la información solicitada:		
<ul style="list-style-type: none"> El no proporcionar toda o cualquier parte de la información solicitada, puede causar una demora en recibir los pagos de beneficios o puede ocasionar que se le niegue la elegibilidad para recibir los pagos de beneficios, los cuales usted tiene derecho a recibir. Si usted intencionalmente hace una declaración falsa o representación falsa, u oculta un hecho importante con el fin de obtener o aumentar la posibilidad de un mejor beneficio o pago, el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) determinará que usted no puede recibir pagos de beneficios y/o servicios, y posiblemente puede iniciar un proceso criminal en contra de usted. 		
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 pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL). Para resumir y publicar de forma estadística, el uso e información de las agencias gubernamentales y públicas. (Ni el nombre del solicitante o el nombre de la persona que está recibiendo el cuidado, o del bebé/niño/a serán publicados.) Para localizar a ciertos individuos que están siendo buscados por no pagar la manutención de hijos, de esposa(o). 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 del Desarrollo del Empleo (EDD) y para llevar a cabo sus 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 de Discapacidad (DI). 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. 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 mandato de la ley estatal o federal. Declaraciones conforme a la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), 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 (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). 		

--

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 A	A3. IDIOMA QUE UD. PREFERE USAR INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRIBALO CON LÉTRA DE MÓLDE 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 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 A	A11. FECHA EN QUE UD. QUIERE QUE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PFL COMIENZE M M D D A A A A	A12. FECHA EN QUE UD. REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR M M D D A A A A	A13. ¿TRABAJÓ O CONTINUARÁ UD. TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE PERMISO FAMILIAR PAGADO? NO SÍ
--	--	--	--

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:							
HIJO(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 SÍ

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

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

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 SÍ
--

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	SÍ
--	----	----

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 recibió 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 reciba 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/la Primer(a) Testigo	Firma y Dirección del/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 COLOCACION 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)
--	---

