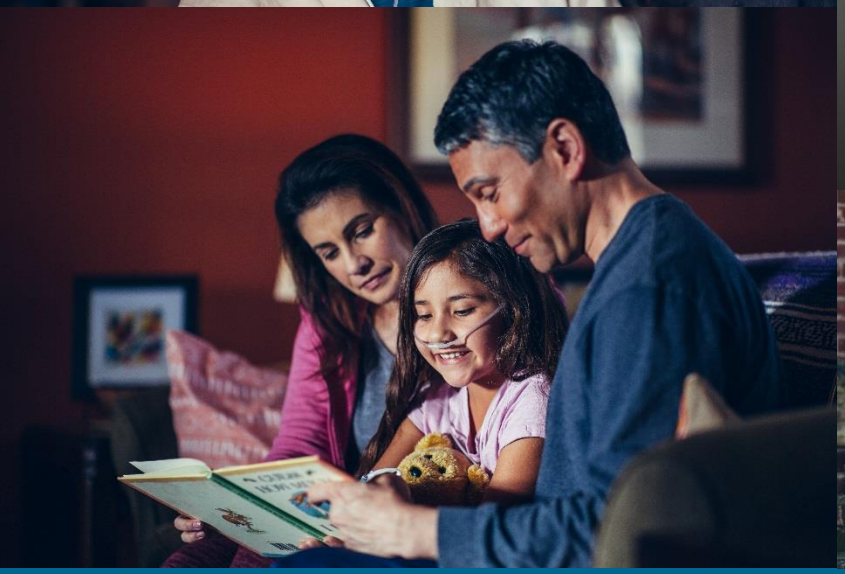
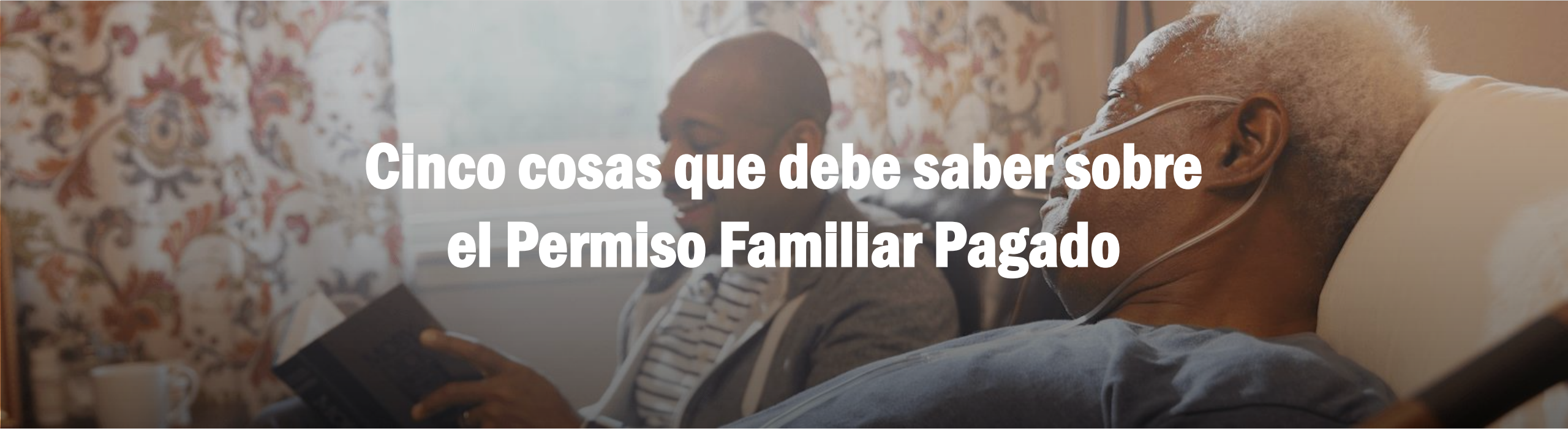


Permiso Familiar Pagado de California

Momentos que importan.

Resumen en general del Permiso Familiar Pagado (PFL) para el solicitante
Programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI)
Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)



Cinco cosas que debe saber sobre el Permiso Familiar Pagado

1. Proporciona hasta 8 semanas de ausencia familiar parcialmente pagada durante un período de 12 meses.

2. Puede ser tomado para establecer un vínculo paternal con un nuevo niño o para cuidar de un familiar que se encuentra gravemente enfermo.

3. Puede ser tomado de forma intermitente dentro de un período de 12 meses.

4. No hay un período de espera. El pago empieza a partir del primer día de su ausencia familiar.

5. Usted contribuye al Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés). No es un programa de asistencia gubernamental.

EDD Employment Development Department
State of California

Permiso Familiar Pagado y las personas que cuidan de un familiar enfermo

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés) de California les paga a los trabajadores elegibles hasta ocho semanas de beneficios para estar allí en los momentos que más se necesita.

El PFL para proveer cuidado proporciona ausencia familiar parcialmente pagada, si usted esta:

- Cuidando de un familiar que se encuentra gravemente enfermo o lesionado tal como un hijo, padres, suegro, abuelo, nieto, hermano o pareja doméstica debidamente registrada.

- Cuidando de un familiar que esta fuera del estado o fuera del país.

Usted puede recibir aproximadamente de un 60 a un 70 por ciento de sus sueldos semanales mientras esta en PFL.

EDD Employment Development Department
State of California

Permiso Familiar Pagado para establecer un vínculo paternal

El PFL para establecer un vínculo paternal proporciona hasta ocho semanas de ausencia familiar parcialmente pagada para que las madres y padres puedan establecer vínculos paternales con un nuevo niño durante el primer año de vida del niño.

- Puede ser utilizado para establecer un vínculo paternal con un niño biológico, adoptado o bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).

- Se requiere un documento que compruebe su relación con el niño, puede ser una copia del acta de nacimiento, registro de nacimiento, el acuerdo de colocación para adopción o el documento que certifique que ha sido aprobado para el cuidado del niño bajo el programa de crianza temporal (*foster care*).

Usted puede recibir aproximadamente de un 60 a un 70 por ciento de su sueldo mientras está recibiendo PFL.

EDD Employment Development Department State of California

Seguro de Incapacidad, Permiso Familiar Pagado y nuevas madres o embarazadas

Para las nuevas madres que presentan una solicitud del DI seguido por el PFL, por ejemplo:

Seguro de Incapacidad

- **Embarazo** (4 semanas antes del parto)
- **Nacimiento**
- **Recuperación** (6 – 8 semanas después del parto)

Permiso Familiar Pagado

- **Establecer un vínculo paternal** (8 semanas después de recuperarse)*

* Puede dividir sus ocho semanas del PFL. No tiene que tomarlas todas al mismo tiempo.

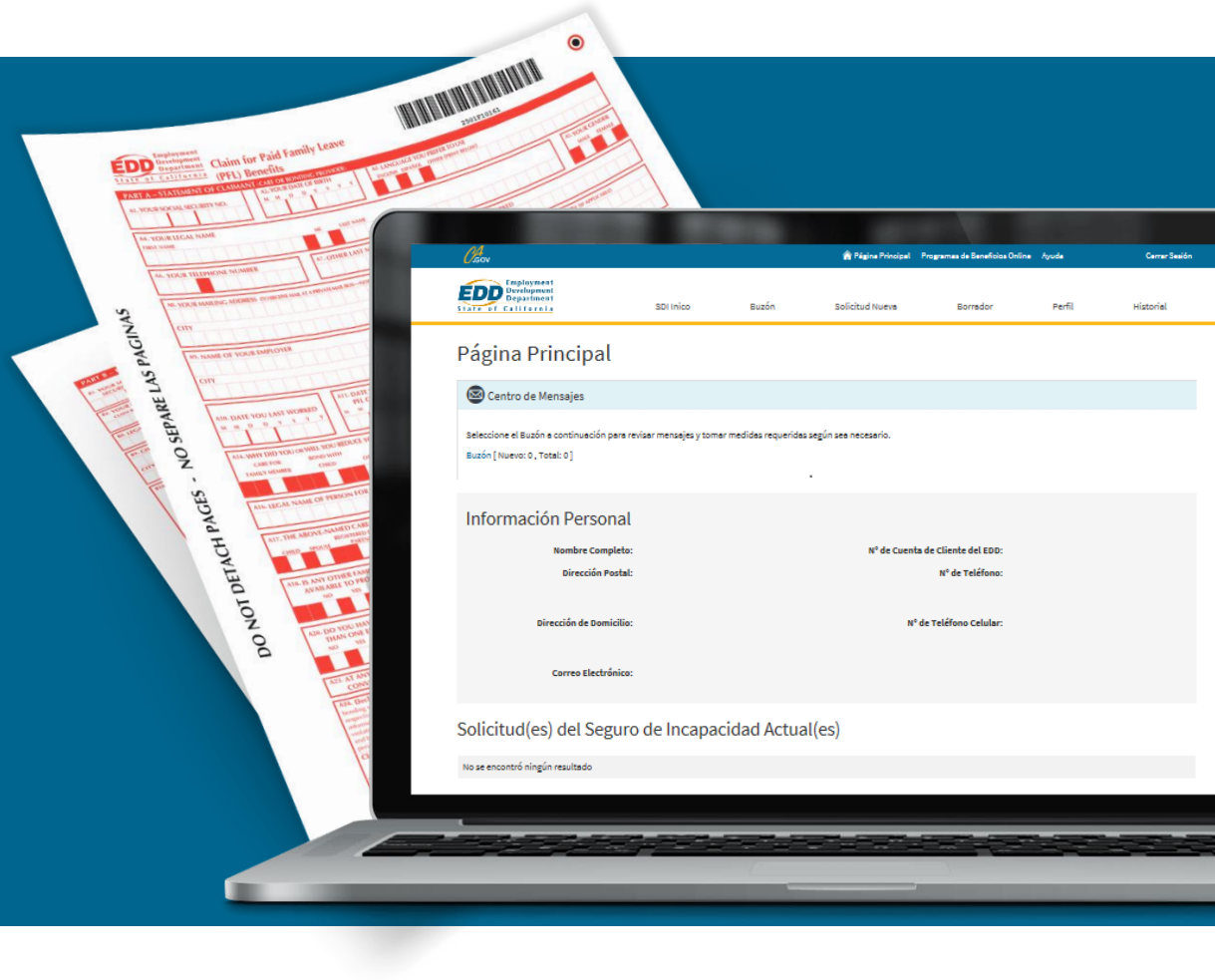
EDD Employment Development Department State of California

Presentar una Solicitud del Permiso Familiar Pagado

Usted debe completar y presentar su solicitud dentro de 41 días a partir de la fecha en que su ausencia familiar empieza, utilizando uno de los siguientes métodos:

SDI Online: Presentar la solicitud a través de SDI Online es lo más recomendable porque el proceso para revisar su solicitud es más rápido.

Correo postal



*Una solicitud del PFL será enviada automáticamente a las nuevas madres electrónicamente o por correo postal después de recibir su último pago de beneficios del DI por embarazo.

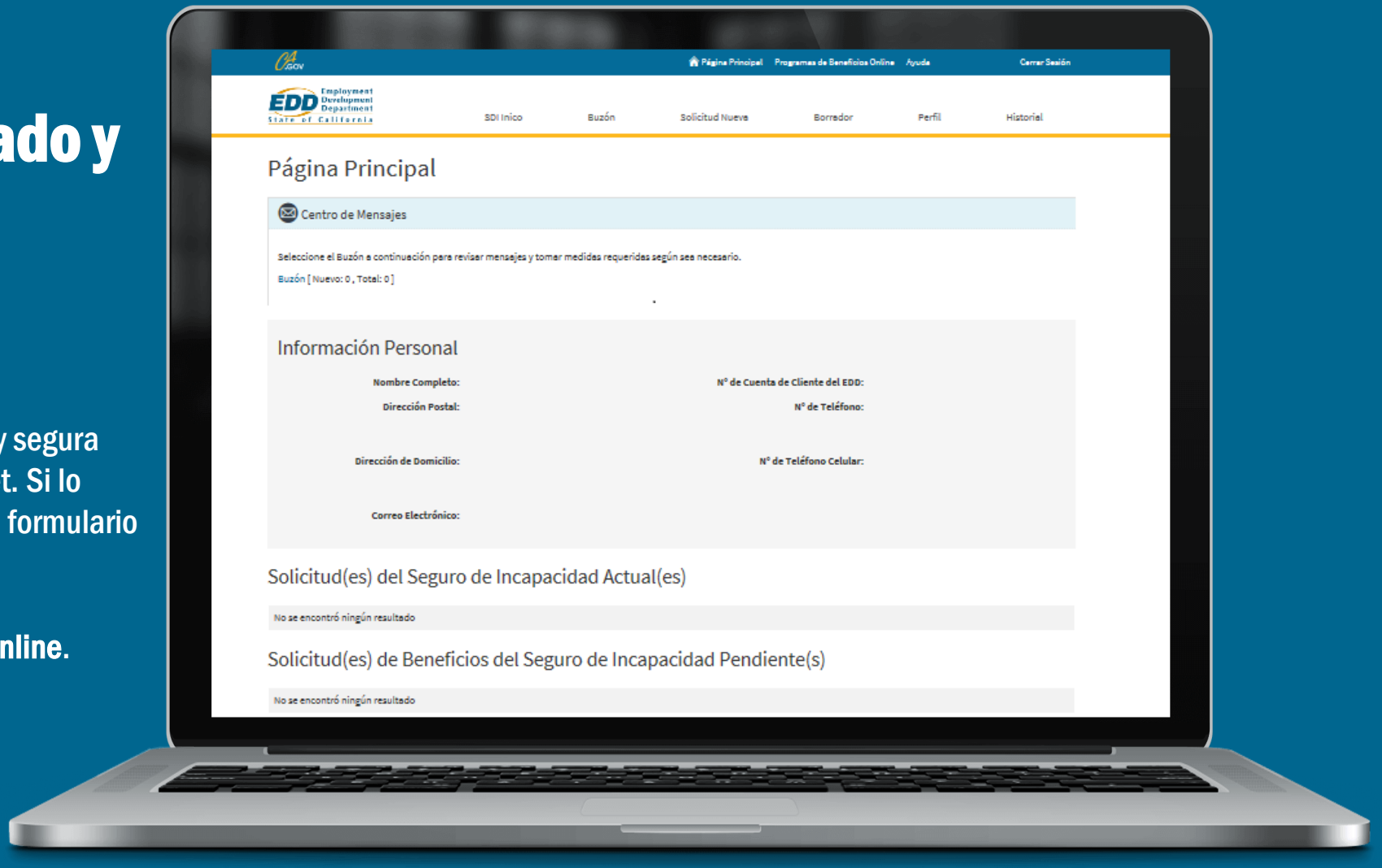
EDD Employment Development Department State of California

Permiso Familiar Pagado y SDI Online

Por internet

SDI Online es la manera rápida, conveniente y segura para presentar la solicitud del PFL por internet. Si lo hace electrónicamente, no tiene que enviar el formulario impreso por correo postal.

Para crear o acceder a su cuenta, visite **SDI Online**.



EDD Employment Development Department State of California

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

Solicitud de Beneficios del Programa de Permiso Familiar Pagado (PFL)

2501F04191

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

DE 2501F/S Rev. 3 (4-19) (INTERNET) Page 9 of 11

Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado para proveer cuidado

Por correo postal

Una solicitud debidamente completada, incluye:

- **Parte A** – Declaración del solicitante
- **Página 2** – Autorización para divulgar la información personal de salud de la persona que recibe cuidado
- **Parte C** – Declaración de la persona que recibe cuidado
- **Parte D** – Physician/Practitioner´s Certification

El formulario a completar del PFL en español, ***Solicitud de Beneficios del Programa de Permiso Familiar Pagado (PFL)*** **(DE 2501F/S) está disponible en el sitio de EDD. Usted puede visitar Formularios y publicaciones sobre el Permiso Familiar Pagado para descargar e imprimir el formulario.**

Employment Development Department
State of California

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
del formulario en papel titulado *Clai*
puede presentar el formulario en pa
iniciales en inglés) para solicitar los

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por
pagos de beneficios a los trabajadore
sueldos debido a que tuvieron que t
encuentra gravemente enfermo, o pa
cuidado de crianza temporal (*foster*

Por favor lea la información de las p

Para que el trámite de su solicitud pa
del Permiso Familiar Pagado (PFL) e
presenta la solicitud electrónicamen
Family Leave Benefits (PFL) (DE 250

No complete esta solicitud si usted e
los formularios apropiados que usted

Si usted no puede completar esta soli
presentar la solicitud por parte del fa
llame a la oficina del Permiso Famili
Ask EDD (solamente disponible en in

Atención: Si usted es un representant
enfermo y está recibiendo su cuidad
y recibir los pagos de beneficios por
información, llame a la oficina del Pe

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

- Use tinta negra solamente.
- Escriba claramente y con let
- Escriba su número de Seguro
la solicitud en inglés titulada
documento que vaya a prese
- No presente el formulario en
(DE 2501F) por fax.
- Utilice el sobre que viene ad
titulada *Claim for Paid Famil*
su solicitud antes del primer
establecer lazos afectivos co
(*foster care*) o en adopción p
enfermo.

  Usted debe presentar la solic
fuera de su empleo con el pr
bajo el cuidado de crianza te
familiar que se encuentra gra
del Permiso Familiar Pagado

DE 2501F/S Rev. 3 (4-19) **(INTERNET)**

Employment Development Department
State of California

Solicitud de Beneficios del Programa de Permiso Familiar Pagado (PFL)

2501F04191

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 | A3. IDIOMA QUE UD. PREFIERE USAR (INGLÉS ESPAÑOL OTRO)

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#".) PMB# (SI ES PERTINENTE)
CUIDAD ESTADO/PROV. ZONA POSTAL PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)

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

A10. FECHA EN QUE UD. TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ | A11. FECHA EN QUE UD. QUIERE QUE SU SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PFL COMIENCE | A12. FECHA EN QUE UD. REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR | 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 O CON QUIEN UD. ESTÁ ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS (PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O CON QUIEN SE ESTÁN ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS) (NOMBRE INICIAL APELLIDO)

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 PLANEA 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 esa 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 esa solicitud de beneficios, estaba proporcionando cuidado a o estableciendo 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 esa solicitud de beneficios, a la persona que recibe el cuidado y al doctor médico/profesional (médico) a cargo del encuentro de la persona que recibe el cuidado, según se indican respectivamente en la Parte C y en la Parte D de esa solicitud de beneficios; (3) autorizo a mi(s) empleador(es) a que divulguen al EDD cuánto los diera 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 esa formulario designada como "Recopilación y Acceso a Información". Entiendo que el hacer una declaración falsa financialmente 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 esa autorización deberán ser tan válidas como la original, y entiendo que las autorizaciones otorgadas en esa declaración de solicitud de beneficios se otorgaron 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

*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

DE 2501F/S Rev. 3 (4-19) **(INTERNET)** Page 9 of 11

Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado para establecer un vínculo paternal

Por correo postal

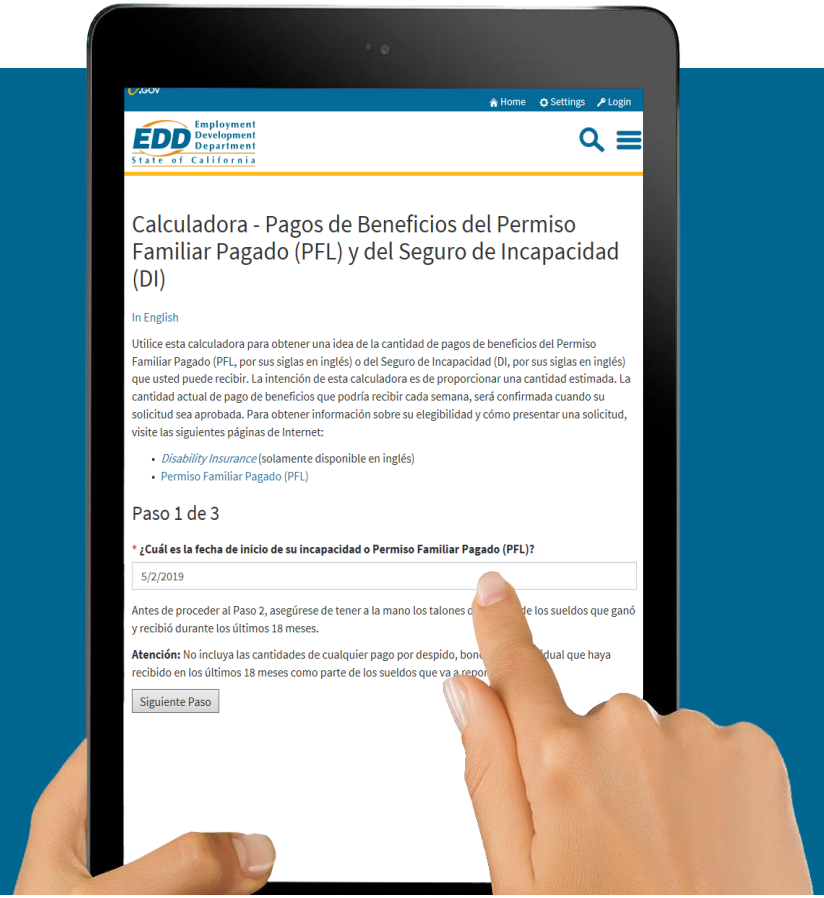
Una solicitud debidamente completada, incluye:

- **Parte A – Declaración del solicitante**
- **Parte B – Certificación para entablar lazos afectivos**
- **Documento que compruebe la relación que usted tiene con el nuevo niño.**

El formulario a completar del PFL en español, ***Solicitud de Beneficios del Programa de Permiso Familiar Pagado (PFL)*** **(DE 2501F/S) está disponible en el sitio de EDD. Usted puede visitar Formularios y publicaciones sobre el Permiso Familiar Pagado para descargar e imprimir el formulario.**

Employment Development Department
State of California

Cómo se calcula la cantidad de beneficios



La cantidad de beneficios semanal se basa en el trimestre con los ingresos más alto en su "período reglamentario" (sueldos sujetos al impuesto del SDI que ganó dentro de los 5 a 18 meses antes de la fecha de inicio de la solicitud).

El "período reglamentario" cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Por ejemplo, si su solicitud del PFL comienza en abril, mayo o junio, la cantidad de beneficios semanal se calcula basado en su trimestre con los ingresos más altos que ganó entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año anterior.

Para simplificar el proceso, visite Calculadora – Pagos de Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) y del Seguro de Incapacidad (DI) para determinar un estimado de su cantidad de beneficios semanal.

Employment Development Department
State of California

Determinar su elegibilidad para el Permiso Familiar Pagado

¿Ha contribuido al programa del SDI de California (usualmente aparecen en el talón de cheque como CASDI) en los últimos 5 a 18 meses antes de ausentarse de su empleo?

- **"Sí"** – Es probable que sea elegible para los beneficios.
- **"No"** – No todo los empleados contribuyen al SDI, así que no son elegibles para estos programas.

Revise los talones de cheque antes de asumir que es elegible.

La elegibilidad no se basa en el tiempo que lleva de servicio o el número de empleados que su compañía tiene.

La ciudadanía y el estado migratorio no se toman en consideración para determinar su elegibilidad.

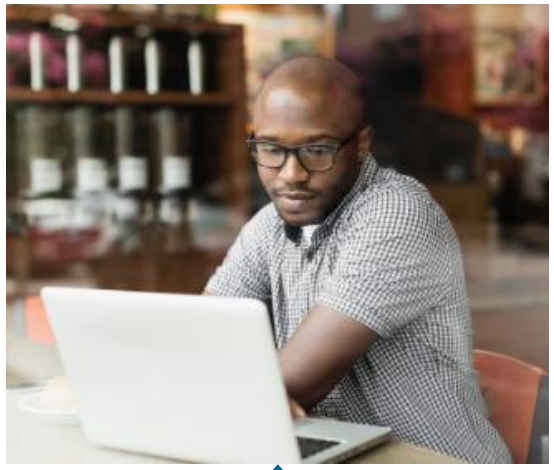
No se le puede garantizar que recibirá pagos de beneficios hasta que la solicitud sea aprobada por el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés).

Sólo puede solicitar ocho semanas de beneficios dentro de un período de 12 meses.

EDD Employment Development Department State of California

Estado de empleo y el Permiso Familiar Pagado

Su elegibilidad se determina si usted contribuyó al CASDI de California en los últimos 5 a 18 meses.



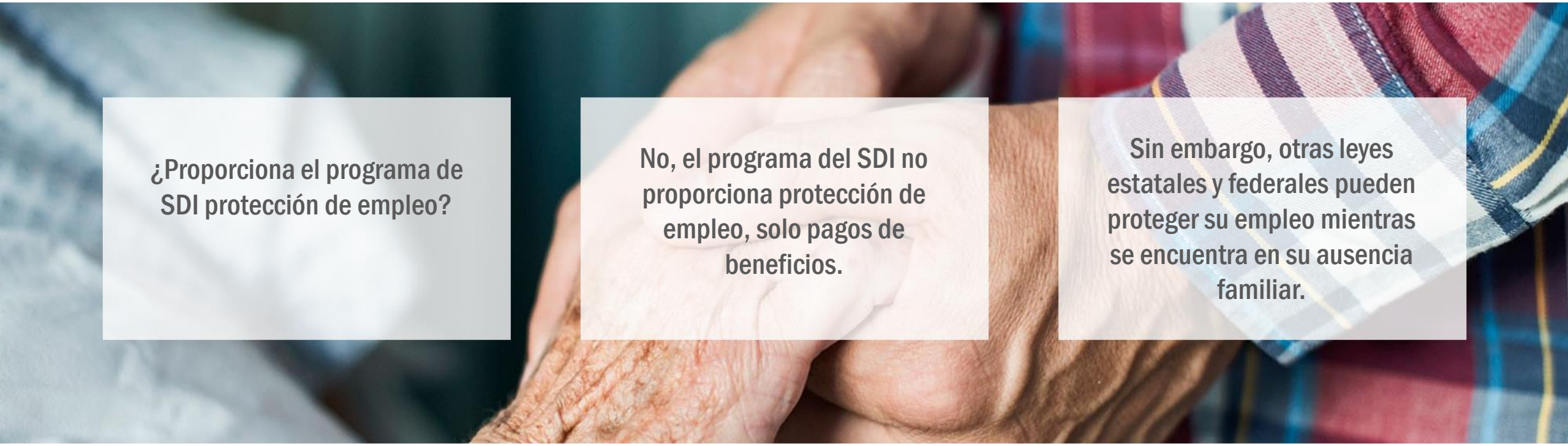
Si se encuentra desempleado, usted debió haber recibido pagos de beneficios del Seguro de Desempleo y/o estar activamente buscado trabajo para ser elegibles para el PFL.

Si está trabajando por temporadas, tiempo parcial o se encuentra desempleado, puede ser elegibles para el PFL.

Si trabaja por cuenta propia usted puede ser elegible si está contribuyendo para el programa de Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad (DIEC, por sus siglas en inglés).

EDD Employment Development Department State of California

Protección de empleo



¿Proporciona el programa de SDI protección de empleo?

No, el programa del SDI no proporciona protección de empleo, solo pagos de beneficios.

Sin embargo, otras leyes estatales y federales pueden proteger su empleo mientras se encuentra en su ausencia familiar.

EDD Employment Development Department State of California

Protección de empleo

Algunas leyes se pueden aplicar mientras recibe pagos de beneficios del DI o PFL, los cuales son:

- Leyes de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés)
- Ley de Derechos de la Familia de California (CFRA, por sus siglas en inglés)
- *New Parent Leave Act* (NPLA) (solamente en inglés)
- Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (FEHA, por sus siglas en inglés)
- *Pregnancy Disability Leave* (PDL) (solamente en inglés)

Hable con su empleador si necesita ausentarse de su empleo sin recibir paga y sin correr riesgo de perder su empleo. Para aprender más, visite los sitios del **Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda** y del **Departamento del Trabajo de los Estados Unidos**.

EDD Employment Development Department
State of California

Para más información, visite las páginas:

- edd.ca.gov/paidfamilyleave
- CaliforniaPaidFamilyLeave.com

Comuníquese con el EDD

- **Inglés:** 1-877-238-4373
- **Español:** 1-877-379-3819
- **Cantonés:** 1-866-692-5595
- **Vietnamita:** 1-866-692-5596
- **Armenio:** 1-866-627-1567
- **Punyabí:** 1-866-627-1568
- **Tagalo:** 1-866-627-1569
- **TTY (teletipo):** 1-800-445-1312

El 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 formato alterno, comuníquese al 1-866-490-8879 o por TTY (teletipo) llame al 711.

Cuéntenos su historia sobre el Permiso Familiar Pagado

El PFL de California le permite estar presente en los momentos que importan.

Comparta su historia sobre el PFL en Instagram @CA_PFL (solamente en inglés)

#MomentsMatter
#PFL
#PaidLeave
#CAPFL
#CAPaidFamilyLeave