

Notificación para los Empleados

Este empleador está registrado con el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus iniciales en inglés) conforme a las condiciones reglamentarias indicadas en el Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC, por sus iniciales en inglés). El empleador se encarga de reportar cualquier retención hecha de los salarios/sueldos de sus empleados para propósitos del impuesto del Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, sus iniciales en inglés) y esa retención se acumula para que usted la pueda utilizar como base para solicitar pagos de beneficios del:

Seguro de Discapacidad (DI, por sus iniciales en inglés)

Es financiado por las contribuciones hechas por el empleado y proporciona pagos de beneficios a los trabajadores elegibles que sufren de una pérdida total o parcial de sus salarios/sueldos debido a una discapacidad que no está relacionada con el empleo. Una discapacidad se puede considerar que es una enfermedad, un embarazo, o lesión que puede ser física o mental, la cual le impide a usted hacer su trabajo regular o acostumbrado.

El empleador debe proporcionarle una copia del folleto titulado *Información y Requisitos del Seguro de Discapacidad (DI)* (DE 2515/S), a cada empleado(a) nuevo(a) y a cada empleado(a) que tiene que dejar su empleo debido a una enfermedad, embarazo o lesión que no está relacionada con su empleo.

Cómo Puedo Obtener y Presentar una Solicitud para Beneficios del Seguro de Discapacidad (DI)

- Usted puede obtener la *Solicitud para Beneficios del Seguro de Discapacidad (DI)* (DE 2501/S) por medio de su doctor médico/profesional (médico), empleador o visitando cualquier oficina del Seguro Estatal de Discapacidad (SDI).
- Usted tiene que presentar al Departamento (EDD) la *Solicitud para Beneficios del Seguro de Discapacidad (DI)* (DE 2501/S) dentro de 49 días después del primer día en que quedo discapacitado. Usted puede perder su elegibilidad para recibir los pagos de beneficios del Seguro de Discapacidad (DI), si su solicitud es presentada tarde al Departamento (EDD).

Atención: Si usted está asegurado bajo un seguro privado (*voluntary plan*) por parte de su empleador y tiene una discapacidad que no está relacionada con el empleo, pregúntele a su empleador sobre los formularios apropiados que usted debe completar para solicitar los pagos de beneficios del seguro privado.

Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus iniciales en inglés)

Es financiado por las contribuciones hechas por el empleado y proporciona pagos de beneficios a los trabajadores elegibles que sufren 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.

El empleador debe proporcionarle una copia del folleto titulado *Para el tiempo que usted necesita en momentos como estos. Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2511/S), a cada empleado(a) nuevo(a) y a cada empleado(a) que va a 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.

Cómo Puedo Obtener y Presentar una Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)

- Usted puede obtener la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* [*Claim for Paid Family Leave Benefits (PFL)*] (DE 2501F) por medio de su doctor médico/profesional (médico), empleador o visitando cualquier oficina del Seguro Estatal de Discapacidad (SDI).
- Usted tiene que presentar al Departamento (EDD) la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* [*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 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 los pagos de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), si su solicitud es presentada tarde al Departamento (EDD).

Atención: Si usted está asegurado bajo un seguro privado (*voluntary plan*) por parte de su empleador y necesita 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, pregúntele a su empleador sobre los formularios apropiados que usted debe completar para solicitar los pagos de beneficios del seguro privado.

Para obtener más información sobre el Seguro de Discapacidad (DI) y el Permiso Familiar Pagado (PFL), visite la página por Internet titulada en inglés *State Disability Insurance* en www.edd.ca.gov/disability.

Para comunicarse con la oficina del Seguro de Discapacidad (DI), llame al **1-866-658-8846**. Para los usuarios de TTY (teletipo), marquen al **1-800-563-2441**. Si quiere comunicarse con la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL), llame al **1-877-379-3819**. Para los usuarios de TTY (teletipo), marquen al **1-800-445-1312**.

Para los empleados del gobierno estatal, marquen al **1-866-352-7675** para comunicarse con el Seguro de Discapacidad (DI), y marquen al **1-877-945-4747** para comunicarse con el Permiso Familiar Pagado (PFL).