

PARTE C – INSTRUCCIONES PARA LAS SOLICITUDES DE CUIDADO FAMILIAR DEL PFL

La persona que recibe cuidado (la persona a la cual usted le provee cuidado) debe hacer lo siguiente: Completar y firmar la “Parte C – Declaración de la Persona que Recibe Cuidado”. Leer y Firmar la “Autorización para Divulgar la Información Personal de Salud de la Persona que Recibe Cuidado” en la página 2. Si la persona que recibe cuidado se encuentra física o mentalmente imposibilitada para firmar, llame al PFL al 1-877-238-4373 para recibir instrucciones.

Ambas páginas deben ser enviadas, como anexos, por correo postal o por internet a través de SDI Online. Si las envía por correo postal, hágalo en la siguiente dirección: Paid Family Leave, PO Box 997017, Sacramento, CA 95899-7017. Si las envía por internet a través de SDI Online, seleccione en la Página Principal la opción “Solicitud Nueva” y haga clic en “Presente un adjunte electrónico para la Solicitud de Beneficios del Permiso Familiar Pagado para Proveer Cuidado”.

Si el médico/profesional médico de la persona que recibe cuidado ha completado POR INTERNET la certificación titulada en inglés “Part D – Physician/Practitioner’s Certification”, pare aquí. No es necesario que realice el siguiente paso.

La persona que recibe cuidado le debe pedir al médico/profesional médico que complete y firme la certificación titulada en inglés “Part D – Physician/Practitioner’s Certification” y que la envíe por correo postal a la siguiente dirección: Paid Family Leave, PO Box 997017, Sacramento, CA 95899-7017. Si la persona que recibe cuidado está bajo el cuidado de un médico practicante religioso acreditado, llame al PFL al 1-877-238-4373 para que le envíen el formulario correcto DE 2502F.

PARTE C – DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO			
(LA PUEDE COMPLETAR EL SOLICITANTE SI LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO SE ENCUENTRA FÍSICA O MENTALMENTE IMPOSIBILITADA PARA HACERLO. DEBE SER FIRMADA POR LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO O POR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE ÉSTA.)			
C1. NÚMERO DE SS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO	C2. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO	C3. NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO	C4. GENERO DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO MASCULINO FEMENINO
C5. NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO (NOMBRE Y APELLIDO)			
C6. DOMICILIO FÍSICO DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO			
CIUDAD	ESTADO/PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	PAÍS (FUERA DE EE. UU.)
C7. AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN MÉDICA (CONFIRMACIÓN). He leído y firmado la Autorización para Divulgar la Información Personal de Salud de la Persona que Recibe Cuidado, la cual es la página 2 de esta solicitud. Entiendo que al firmar estoy de acuerdo con todos los términos y estipulaciones de la misma. Además, entiendo que las copias con mi firma, que aparece a continuación, son tan válidas como las originales.			
Firma de la persona que recibe cuidado		(NO IMPRIMIR)	
_____		Fecha de la firma	
C8. El representante autorizado que firma en favor de la persona que recibe cuidado debe completar lo siguiente: Yo, _____, en representación de la persona que recibe cuidado o que va a establecer un vínculo paternal, estoy autorizado en este asunto por _____ derecho paternal poder notarial (se adjunta copia) orden del juez (se adjunta copia) (para el cónyuge o pareja doméstica, comuníquese con el EDD).			
Firma del representante autorizado		(NO IMPRIMIR)	
_____		Fecha de la firma	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO

Yo, autorizo a mi médico/profesional médico, identificado en la Parte D de esta solicitud, para que divulgue mi información personal de salud actual a mi proveedor de cuidado, identificado en la Parte A de esta solicitud, y al Departamento del Desarrollo del Empleo de California (EDD, por sus siglas en inglés).

Entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi condición de salud actual, la fecha en que comenzó y la estimación del tiempo de cuidado que requiero por parte de mi proveedor de cuidado, como resultado de mi condición actual. Además, entiendo que la divulgación de mi información personal de salud podría incluir mi estatus del VIH/SIDA, adición a las drogas, al alcohol o cualquier otra condición física o mental.

Entiendo que el EDD puede divulgar esta información por estar autorizado por el Código del Seguro de Desempleo de California y que dicha información revelada ya no podría estar protegida. Estoy de acuerdo en que las fotocopias del formulario de autorización, junto con mi firma en la Página 1, en el punto C7 de la Parte C, tendrán la misma validez que los documentos originales.

Entiendo que, al menos que le informe al EDD por escrito en la dirección: PO Box 997017, Sacramento, CA 95899-7017, que deseo revocar la autorización, ésta será válida por 10 años desde la fecha en que la reciba el EDD o la fecha de inicio de esta solicitud, o la última que se reciba. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de un formulario de autorización del EDD, si la solicito por escrito.

Hago esta autorización para apoyar la solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado de mi proveedor de cuidado. Entiendo que no podré revocar mi autorización para evitar ser procesado penalmente o para evitar que el EDD recupere los dineros a que tenga derecho.

NO PODEMOS PROCESAR ESTA SOLICITUD A MENOS DE QUE FIRME TANTO ESTA PÁGINA COMO LA PÁGINA 1 EN EL PUNTO C7 DE LA PARTE C.

Persona que recibe cuidado (Escriba su nombre con letra de molde)

Fecha de la firma

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

PART D – PHYSICIAN/PRACTITIONER’S CERTIFICATION		
D1. PFL CLAIMANT’S (CARE PROVIDER’S) SOCIAL SECURITY NUMBER	D2. PFL CLAIMANT’S NAME (FIRST, MIDDLE INITIAL, LAST)	
D3. PATIENT’S DATE OF BIRTH	D4. DOES YOUR PATIENT REQUIRE CARE BY THE CARE PROVIDER? YES NO (SKIP TO D15)	
D5. PATIENT’S NAME (FIRST, MIDDLE INITIAL, LAST)		
D6. DIAGNOSIS OR, IF NOT YET DETERMINED, A DETAILED STATEMENT OF SYMPTOMS		
D7. PRIMARY ICD CODE	D8. SECONDARY ICD CODES	D9. DATE PATIENT’S CONDITION COMMENCED
D10. FIRST DATE CARE NEEDED	D11. DATE YOU ESTIMATE PATIENT WILL NO LONGER REQUIRE CARE BY THE CARE PROVIDER PERMANENT CARE REQUIRED	D12. DATE YOU EXPECT RECOVERY NEVER
D13. APPROXIMATELY HOW MANY TOTAL HOURS PER DAY WILL PATIENT REQUIRE CARE BY A CARE PROVIDER? HOURS COMMENTS		
D14. WOULD DISCLOSURE OF THE MEDICAL INFORMATION ON THIS CERTIFICATE BE MEDICALLY OR PSYCHOLOGICALLY DETRIMENTAL TO YOUR PATIENT? YES NO	D15. PHYSICIAN/PRACTITIONER’S LICENSE NUMBER	D16. STATE OR COUNTRY (IF NOT U.S.A.) IN WHICH PHYSICIAN/PRACTITIONER IS LICENSED TO PRACTICE
D17. PHYSICIAN/PRACTITIONER’S NAME (FIRST, MIDDLE INITIAL, LAST)		
D18. PHYSICIAN/PRACTITIONER’S ADDRESS (POST OFFICE BOX IS NOT ACCEPTABLE AS THE SOLE ADDRESS) CITY STATE/PROV. ZIP OR POSTAL CODE COUNTRY (IF NOT U.S.A.)		
D19. TYPE OF PHYSICIAN/PRACTITIONER	D20. SPECIALTY (IF ANY)	
<p>D21. Physician/Practitioner’s Certification: I certify under penalty of perjury that this patient has a serious health condition and requires a care provider. I have performed a physical examination and/or treated the patient. I am authorized to certify a patient disability or serious health condition pursuant to California Unemployment Insurance Code section 2708.</p> <p>Original Signature of physician/practitioner – RUBBER STAMP IS NOT ACCEPTABLE</p> <p>_____</p> <p>PHYSICIAN/PRACTITIONER’S PHONE NUMBER DATE SIGNED</p>		

Under sections 2116 and 2122 of the California Unemployment Insurance Code, it is a violation for any individual who, with intent to defraud, falsely certifies the medical condition of any person in order to obtain disability insurance benefits, whether for the maker or for any other person, and is punishable by imprisonment and/or a fine not exceeding \$20,000. Sections 1143 and 3305 require additional administrative penalties.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El EDD requiere la divulgación de los números de Seguro Social para que cumpla con las condiciones reglamentarias indicadas en las secciones 1253 y 2627 del Código del Seguro de Desempleo de California; las secciones 1085, 1088, y 1326, Título 22 del Código de Reglamentos de California; 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 FEDERAL HEALTH INSURANCE PORTABILITY and ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA, por sus siglas en inglés). La ley federal requiere que obtengamos una autorización y firma por separado que permita al médico/profesional médico de la persona que recibe cuidado, proporcionar información médica respecto a su solicitud. El EDD está facultado para recopilar información médica y de salud conforme al Código Federal de Regulaciones, Título 45, Parte 164.

RECOPIACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN. La ley estatal requiere que se proporcione la información indicada a continuación cuando se le requiera a una persona:

Nombre de la agencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		Título del oficial responsable de mantener la información: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD
Persona de contacto local: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD	Dirección y número de teléfono: La dirección y el número de teléfono del Permiso Familiar Pagado aparecerán en el formulario <i>Aviso de Cálculo de Beneficios</i> (DE 429D), que se expide cuando se determinan sus beneficios.	
El mantenimiento de la información es autorizado 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.		
Consecuencias de no proporcionar toda o parte de la información solicitada: <ul style="list-style-type: none"> El no proporcionar toda o parte de la información solicitada, puede causar una demora en recibir los beneficios o puede ocasionar que se le nieguen los beneficios a que tiene derecho a recibir. Si usted intencionalmente hace una declaración o representación falsa, u oculta un hecho importante con el fin de obtener o aumentar la posibilidad de un mejor beneficio o pago, el EDD determinará que usted no puede recibir pagos de beneficios y/o servicios, 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 beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL). Para resumir y publicar de forma estadística el uso e información de las agencias gubernamentales y públicas. (Ni su nombre e identificación, ni el nombre e identificación de la persona que está recibiendo el cuidado o del hijo con quien está estableciendo un vínculo paternal serán publicados). Para localizar a ciertos individuos que están siendo buscados por no pagar la manutención de menores o de su cónyuge. 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 con 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 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 a la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) y la sección 1798.24 del Código Civil de California, con otros departamentos y agencias gubernamentales, tanto federales y estatales, las cuales están involucradas con cualquiera de los siguientes asuntos: <ol style="list-style-type: none"> La administración de un programa del Seguro de Desempleo. La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo o el Seguro Estatal de Incapacidad. Asistencia a personas desempleadas o desplazadas. La investigación de violaciones a la ley laboral o acusaciones de discriminación ilegal en el empleo. La audiencia de apelaciones sobre 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. Las divulgaciones conforme a la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), se harán únicamente en aquellos casos en que se promueva la administración de programas 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). 		