

Solicitud para Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)

El programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) provee beneficios financiados por y para trabajadores elegibles que han tenido una pérdida total o parcial de sus sueldos debido a una incapacidad no relacionada con su trabajo. El Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC, por sus siglas en inglés) establece que una discapacidad es cualquier enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que le impide realizar su trabajo de forma regular y habitual. La incapacidad puede incluir cirugía electiva (opcional), y embarazo o parto.

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

Para un procesamiento más rápido, presente su solicitud a través de SDI Online en edd.ca.gov. Si la presenta por internet, NO envíe por correo postal el formulario 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). Pregunte a su empleador sobre los formularios apropiados.
- Solicitando beneficios del Seguro de Incapacidad No Industrial (NDI, por sus siglas en inglés). Los empleados del gobierno estatal deben consultar con su respectiva oficina de personal.

Si no puede completar este formulario debido a una discapacidad, o si usted es un representante autorizado de la persona con discapacidad para presentar la solicitud, llame al 1-866-658-8846, o visite el sitio de internet del EDD y envíenos un mensaje a través de Ask EDD (solamente en inglés) en askedd.edd.ca.gov.

CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO

- Use tinta negra únicamente.
 - Escriba claramente y con letra de molde sus respuestas **dentro** de los casillas indicadas.
 - Ingrese su número de Seguro Social (SSN, por sus iniciales en inglés) en todas las páginas del formulario, incluyendo cualquier otro documento que adjunte.
 - No envíe el formulario por fax.
 - Envíe por correo postal el formulario de la *Solicitud para Beneficios del Seguro de Discapacidad (DI)* (DE 2501/S) en el sobre proporcionado al EDD. Presente su solicitud después de nueve días del día que quedó incapacitado, pero a no más tardar de 49 días a partir de la fecha del primer día en que quedó incapacitado. **Usted podría perder el derecho a recibir beneficios si presenta su solicitud tarde.**
1. Complete **TODAS** las preguntas en la sección "PARTE A- DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE" y **firmé la casilla A40**. Si faltare algún tipo de información o hubiese un error, **podría causar que se regrese o atrase su solicitud de beneficios**. Respecto a la casilla A13, el Servicio de Correo Postal de los Estados Unidos (USPS, por sus iniciales en inglés) no entrega la correspondencia en un apartado postal privado a menos que se indiquen las iniciales "PMB."
 2. Su doctor médico/profesional médico debe completar y firmar la sección "PART B- CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO/ PROFESIONAL MÉDICO". La certificación puede ser completada por un médico o profesional médico autorizado para confirmar la incapacidad del paciente o la condición de salud grave del paciente conforme a la sección 2708 del CUIC. Si usted está bajo el cuidado de un médico practicante religioso acreditado, solicite el formulario titulado en inglés *Claim for Disability Insurance Benefits- Religious Practitioner's Certificate* (DE 2502) (solamente en inglés), comunicándose al 1-800-480-3287, y después pídale a su médico practicante religioso que lo complete y firme. **No se aceptan firmas con sello de goma.**
 3. Usted **debe decidir cuidadosamente la fecha en la cual desea presentar e iniciar su solicitud, ya que esto puede afectar la cantidad que pueda recibir por concepto de beneficios**. Para más información, consulte la sección "SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS" en la página B.
 4. Si usted tiene una incapacidad relacionada con el trabajo, conteste las preguntas A31 hasta A38. Si su solicitud de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) ha sido aceptada, negada o demorada, por favor incluya la carta en donde le informa la compañía aseguradora el estatus de su solicitud.
 5. Coloque el/los formulario(s) completado(s) y firmado(s) dentro del sobre que viene adjunto. La solicitud se considera completada cuando la "PARTE A - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE" y la "PART B - CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO/ PROFESIONAL MÉDICO" han sido recibidas. Las solicitudes se tramitan dentro de 14 días.
 6. Guarde estas instrucciones y las páginas de información (A hasta la D) para futuras referencias.

El EDD ofrece igualdad de oportunidad al empleo, acceso a sus programas y servicios. Los servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para solicitar 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. Sólo se pueden pagar beneficios del DI después de que cumpla con todos los requisitos siguientes:

- Usted no puede hacer su trabajo regular o habitual por un período mínimo de ocho días consecutivos.
- Usted tiene que estar empleado o buscando empleo en forma activa al ocurrir su incapacidad.
- Usted tiene que haber sufrido pérdida de sueldos a causa de su incapacidad, o si está desempleado, haber buscado empleo de manera activa.
- Usted tiene que haber ganado por lo menos \$300 durante un período de 12 meses, en el cual se le retuvieron deducciones para el SDI (véase “SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS” en la columna siguiente).
- Durante los primeros ocho días de su incapacidad, usted tiene que estar bajo cuidado y tratamiento de un médico/profesional médico con licencia o practicante religioso acreditado. (La fecha inicial de una solicitud de beneficios puede ajustarse para cumplir con este requisito). Debe permanecer bajo cuidado y tratamiento para seguir recibiendo beneficios.
- Usted tiene que completar y enviar la solicitud de beneficios a más tardar dentro de los 49 días de la fecha en que usted se incapacitó, o podría perder beneficios.
- Su médico/profesional médico tiene que completar la certificación médica (adjunta al formulario escrito en inglés) de su incapacidad. Para incapacidades relacionadas con embarazo o parto normal, una partera autorizada o enfermera partera puede completar la certificación médica. Si usted está bajo el cuidado de un practicante religioso, solicite el formulario correspondiente a la oficina del SDI. Se acepta esta certificación sólo si el practicante religioso ha sido acreditado por el EDD.

Podríamos requerir un examen médico independiente para determinar su elegibilidad de incapacidad inicial o para continuar recibiendo beneficios.

INELEGIBLE PARA BENEFICIOS. Usted puede solicitar beneficios incluso si no está seguro si es elegible. Si se decide que no es elegible para el total o parte de un período solicitado, se le notificará sobre el mismo y la razón. Es posible que no sea elegible para beneficios del DI si usted:

- Está solicitando o recibiendo beneficios del Seguro del Desempleo o del Permiso Familia Pagado.
- Quedó incapacitado después de cometer un crimen que resultó en una condena por delito grave.
- Está recibiendo beneficios de compensación para trabajadores con un valor semanal igual o mayor que el valor del SDI.
- Está encarcelado o en prisión porque fue condenado(a) por cometer un crimen.
- Es residente en un centro de rehabilitación de alcoholismo y drogadicción que **no** cuenta con licencia **ni** certificación del estado donde se ubica el centro.
- No presentó un examen médico independiente cuando se le solicitó.

FRAUDE. Conforme las secciones 2101, 2116 y 2122 del Código del Seguro de Desempleo de California, es un delito el intencionalmente hacer una declaración falsa u ocultar a sabiendas un hecho pertinente con el fin de obtener el pago de cualquier beneficio; tal violación se castiga con encarcelamiento y/o una sanción que no exceda de \$20,000, o ambas. Para identificar y desalentar fraudes, el SDI continuamente vigila la forma en que se efectúan los pagos beneficios, investiga vigorosamente actividades sospechosas, y procura la restitución y convicción a través de enjuiciamiento.

SUS RESPONSABILIDADES.

- Presentar su solicitud de beneficios y otros formularios en tiempo y forma, completos y precisos. Si se recibe un formulario fuera de tiempo, adjunte al formulario una explicación por escrito de la(s) razón(es).
- Leer detenidamente las instrucciones del formulario y de todos los que reciba del SDI. Si usted no está seguro de lo que se le pide, comuníquese con la oficina del SDI.
- Reportar al SDI por escrito, por internet, o por teléfono cualquier:
 - Cambio de dirección o número telefónico.
 - Retornó al empleo de tiempo completo o de tiempo parcial.
 - Recuperación de su incapacidad.
 - Ingreso que reciba.

Cumplir con una cita para un examen médico independiente, si se requiere.

- **Incluya su nombre y número de Seguro Social y número de solicitud en toda correspondencia.**

SUS DERECHOS. La información acerca de su solicitud permanecerá confidencial, salvo para los propósitos permitidos por la ley. La sección 1798.34 del Código Civil de California le otorga el derecho de inspeccionar cualquier expediente personal que el EDD mantenga sobre usted. La DE 2501/S Rev. 81 (3-20) (**INTERNET**)

SUS DERECHOS - continúa

sección 1798.35 le permite solicitar que el expediente sea corregido si usted cree que no es exacto, relevante, oportuno o completo. Cierto tipo de información que por regla general, sería considerada de tipo personal, está exenta de revelarse: expedientes médicos o psicológicos en donde el conocimiento del contenido sería perjudicial al sujeto (sección 1798.40 del Código Civil); expedientes de investigaciones activas, criminales o administrativas (sección 1798.40 del Código Civil). Si se le niega el acceso a expedientes a los que cree tener derecho a inspeccionar o si se niega su petición para enmendar sus expedientes, puede presentar una apelación a la oficina del SDI. Usted puede solicitar copia de su expediente llamando al número del SDI al 1-866-658-8846.

Asimismo, usted tiene el derecho de apelar cualquier descalificación, sobrepago de beneficios, o sanción. Se le darán instrucciones precisas sobre cómo apelar en relación a todo documento apelable que usted reciba. Si usted presenta una apelación y permanece incapacitado, tiene que seguir completando y enviando certificaciones de solicitud de beneficios continuos.

SUS CANTIDADES DE BENEFICIOS. Su solicitud comienza el día en que se incapacitó. El SDI calcula su cantidad semanal usando su período reglamentario. La fecha de vigencia de su solicitud determina el período reglamentario de la solicitud, a menos de que la fecha de vigencia haya sido ajustada por el personal del SDI. Si usted desea que su solicitud comience en otra fecha, para tener un período reglamentario diferente, favor de llamar al SDI al 1-800-480-3287 antes de presentar su solicitud.

El período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Su período reglamentario incluye los sueldos sujetos a impuestos del SDI que se le pagaron aproximadamente de 5 a 17 meses antes de que se iniciara su solicitud para recibir beneficios por incapacidad. Su período reglamentario no incluye sueldos pagados al momento que su incapacidad comienza. Para que una solicitud de beneficios por incapacidad sea válida, usted debe tener por lo menos \$300 en sueldos en el período reglamentario. Usando lo siguiente formula, usted puede determinar el período reglamentario de su solicitud de beneficios:

- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en enero, febrero o marzo, su período reglamentario es los 12 meses y termina el 31 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 y termina el 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 y termina el 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 y termina el 30 de junio.

El trimestre de su período reglamentario en el cual a usted se le pagaron los sueldos más altos determina su **cantidad de beneficios semanales**.

No puede cambiar la fecha de inicio de la solicitud o ajustar su período reglamentario una vez que ha iniciado una solicitud válida.

Su **cantidad de beneficios diaria** son sus beneficios semanales divididos entre siete. Su **cantidad de beneficios máxima** es 52 veces su cantidad de beneficios semanales o los sueldos totales sujetos a impuestos del SDI pagados en su período reglamentario, lo que sea menos. Estas son las excepciones:

- Para empleadores y personas que trabajan por cuenta propia que eligen cobertura del SDI, la cantidad de beneficios máxima es 39 veces el valor semanal.
- Para residentes de centros de rehabilitación de alcoholismo y drogadicción, con licencia y certificación del estado, el período máximo pagable es de 90 días. (Sin embargo, las incapacidades relacionadas con, o causadas por alcoholismo agudo o crónico o abuso de drogas que están siendo médicamente tratadas, no tienen esta limitación).

Comuníquese con la oficina del SDI para preguntar y proporcionarle información adicional si su situación se asemeja a cualquiera de estas circunstancias: Si no tiene suficientes sueldos en el período reglamentario y usted continúa incapacitado, usted puede iniciar una solicitud de beneficios válida usando una fecha posterior de inicio de la solicitud. Si no tiene suficientes sueldos del período reglamentario, y usted estaba buscando, de manera activa, trabajo por 60 días o más en cualquier trimestre del período reglamentario, usted puede sustituir sueldos pagados en trimestres anteriores. Además, es posible que tenga derecho a sustituir sueldos pagados en trimestres anteriores para hacer válida su solicitud de beneficios o para incrementar su cantidad de beneficios si durante su período reglamentario estaba en el servicio militar de los Estados Unidos, recibió beneficios de compensación para trabajadores o por que no trabajó por motivo de una disputa laboral.

CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS. Cuando se reciben ya completadas la “PARTE A- DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE” y la “PARTE B- CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO/PROFESIONAL MÉDICO”, la oficina del SDI le avisará por correo postal sobre su cantidad de beneficios semanales y la cantidad de beneficios máxima, y podría solicitar información adicional si fuera necesaria para determinar su elegibilidad. Si cumple con todos los requisitos de elegibilidad, usted cuenta con una opción de pago. EL EDD realizará el pago de beneficios por medio de la tarjeta de débito EDD Debit CardSM, o por cheque. La forma más rápida y segura de hacerle el pago de beneficios es a través de la tarjeta de débito EDD Debit Card. Usted no tiene que aceptar la tarjeta de débito si no lo desea. Para recibir el pago de sus beneficios por cheque, el cual se le enviara por correo postal, espere de 7 a 10 días. La mayoría de solicitudes son procesadas y los pagos de beneficios se realizan dentro de 14 días después de la fecha en que se reciben la solicitud y la certificación médica. **Los primeros siete días de su solicitud de beneficios se consideran un período de espera reglamentario durante el cual no se le pagan beneficios.**

Si usted es elegible para recibir beneficios adicionales, los pagos se le enviarán automáticamente o se le adjuntará un formulario de certificación de beneficios continuos para el siguiente período. Normalmente, los períodos de certificación son de dos semanas; sin embargo, el período puede variar bajo ciertas circunstancias. Se le pagará 1/7 de su cantidad de beneficios semanales por cada día del calendario que usted sea elegible y esté incapacitado, a menos que los beneficios sean reducidos por alguna razón. (Vea “REDUCCIONES DE BENEFICIOS” enseguida). Si usted recibe beneficios del DI en vez de beneficios del Seguro de Desempleo o del Permiso Familiar Pagado, las cantidades pagadas serán reportadas al Servicio de Impuestos Internos. Para más información específica acerca de sus impuestos, contacte al IRS.

REDUCCIONES DE BENEFICIOS. Bajo ciertas circunstancias, es posible que usted no sea elegible por un período en su solicitud de beneficios o es posible que sólo tenga derecho a pagos parciales. El SDI determinará si los beneficios deben o no ser reducidos. Los tipos de ingresos indicados en la lista siguiente deben reportarse al SDI aunque no siempre afecten sus beneficios. El no reportar sus ingresos podría resultar en un sobrepago de beneficios, sanciones, y en una descalificación de beneficios por declaración falsa.

- Pago por ausencia por enfermedad
- Ingresos económicos por cuenta propia
- Pago militar
- Comisiones
- Sueldos, incluyendo los de deberes modificados
- Residuales
- Ingreso de trabajo de tiempo parcial
- Bonos
- Beneficios de compensación para trabajadores
- Convenios con compañías de seguros
- Pago por días feriados

Asimismo, sus beneficios pueden ser reducidos a causa de un sobrepago de beneficios anterior del Seguro de Desempleo, Permiso Familiar Pagado o DI, o por pagos atrasados de manutención por orden judicial.

INTERRUPCIÓN Y TERMINACIÓN DE BENEFICIOS. Se expedirá una *Notificación de Pago Final* cuando los expedientes indiquen que:

- Se le han pagado beneficios hasta la fecha de recuperación calculada por su médico/profesional médico. Si usted aún sigue incapacitado, solicite a su médico/profesional médico que complete y envíe por correo la sección “*Certificado Suplemental de Médico/Profesional (Médico)*” (DE 2525XXA) (adjunto con la notificación de pago final).
- Se ha recuperado o ha regresado a trabajar. Si usted regresa a trabajar y se incapacita nuevamente, inmediatamente presente una nueva solicitud de beneficios y reporte las fechas en las que trabajó.

SOBREPAGO DE BENEFICIOS. Un sobrepago de beneficios resulta cuando usted recibe beneficios del DI que no tenía derecho. Una vez que se identifica un sobrepago de beneficios, la oficina del SDI le llamará para explicarle la razón del sobrepago de beneficios. Es muy importante que usted complete y devuelva toda información requerida, porque hay ocasiones en que los sobrepagos de beneficios se pueden condonar. Si se determina que usted recibió beneficios que no debió recibir y el sobrepago de beneficios no puede perdonarse, usted deberá reembolsar ese dinero. Los beneficios emitidos después de un sobrepago de beneficios pueden reducirse de un 25 a un 100 por ciento para cobrar su sobrepago de beneficios. Usted recibirá una *Notificación para Anular Sobrepagos de Beneficios* (DE 826), si una reducción es tomada ya sea por un sobrepago del DI, Permiso Familiar Pagado o del Seguro de Desempleo.

DESCALIFICACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS. Toda información es considerada antes de pagar o descalificar su solicitud de beneficios. Éstos sólo serán pagados por los días a los que usted tenga derecho. Si un pago de beneficios es negado o reducido, a usted se le emitirá la *Notificación de Decisión* (DE 2517), declarando la razón por la descalificación y el periodo de tiempo. Se impone descalificación de beneficios por declaración falsa hasta de 92 días si usted deliberadamente reporta información incorrecta o usted intencionalmente omite u oculta información. Esto puede incluir aceptar pagos de beneficios de incapacidad que usted sabe que se están incluyendo días a los que usted no tiene derecho a recibir paga, tales como los días después de que usted volvió al trabajo. Además, cualquier sobrepago de beneficios aumentará por una sanción del 30 por ciento.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

Incapacidad relacionada con el trabajo. Si usted ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, repórtela a su empleador y pida a su médico/profesional médico que presente un informe a la compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador. Si la compañía de seguros de compensación para trabajadores se tarda o rehúsa hacer pagos, el SDI puede pagarle beneficios mientras su caso está pendiente. Sin embargo, el SDI únicamente pagará beneficios por el período en que usted está incapacitado y presentará un derecho de retención de salarios para recuperar esos beneficios pagados. **NOTA:** El Seguro Estatal de Incapacidad y Compensación para Trabajadores son dos programas separados. Legalmente a usted no se le pueden pagar beneficios completos de ambos programas por el mismo período. Sin embargo, si la cantidad de beneficios de compensación para trabajadores es menos que el valor del SDI, éste puede pagarle la diferencia entre ambos valores. Para ayuda e información sobre compensación para trabajadores, llame a su oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores. La encontrará en las páginas gubernamentales de su directorio telefónico bajo el encabezado en inglés: *California, State of Industrial Relations Department, Workers' Compensation Appeals Board.*

Embarazo. Como con cualquier condición médica, el período de incapacidad empieza el primer día que usted no puede hacer su trabajo regular o habitual. Los beneficios del DI se pagarán por el período de tiempo apoyado por la certificación de su médico/profesional médico. Las solicitudes de beneficios de incapacidad por embarazo NO deben presentarse sino hasta después del octavo día que sigue a la fecha en la que su médico/profesional médico la certifica como incapacitada.

Establecer un vínculo paternal. Comuníquese con la Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD al 1-877-379-3819. Junto con el pago final de beneficios de DI emitido en favor de la madre, se enviará automáticamente el formulario de solicitud para establecer un vínculo paternal, titulado *Solicitud de Beneficios para el Permiso Familiar Pagado - Madre Primeriza* (DE 2501FP) por correo o por internet a su cuenta del Seguro Estatal de Incapacidad, esto si tiene una establecida.

Preguntas sobre manutención de hijos. Comuníquese con el departamento llamado en inglés Department of Child Support Services al 1-866-249-0773.

Preguntas sobre manutención del cónyuge o padres. Comuníquese con la Oficina del Fiscal del Distrito que administra la orden judicial.

Cuidado de la Familia. Si un miembro de la familia tiene que dejar de trabajar para cuidarlo o si usted deja de trabajar para cuidar a un miembro de la familia que está gravemente enfermo, visite edd.ca.gov o comuníquese con la Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD al 1-877-238-4373.

Incapacidad de larga duración o permanente. Si cree que su incapacidad será de larga duración o permanente, comuníquese con la Administración del Seguro Social mucho antes de agotar sus beneficios del DI. Para más información, llame gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Rehabilitación. Si usted tiene una incapacidad que le evita obtener o mantener un empleo, el Departamento de Rehabilitación puede asistirle con entrenamiento vocacional, educación, oportunidades profesionales, vivir de forma independiente y usar tecnología que le asista.

Entrenamiento en el empleo. Comuníquese con el Centro de Servicios de Empleo (One-Stop) (1-877-872-5627, ó a través de servicelocator.org) para servicios disponibles en su comunidad.

Búsqueda de empleo. Comuníquese con el EDD para información y ayuda sobre oportunidades de empleo y beneficios del Seguro de Desempleo.

Muerte del solicitante de beneficios. Si muere la persona que recibe beneficios del DI, un heredero o representante legal debe reportar la muerte a la oficina local del SDI. Los beneficios son pagables hasta la fecha de la muerte.

Divulgación de los cargos de la tarjeta de débito EDD Debit CardSM

Cargos mensuales \$0	Por compra \$0	Retiro en cajeros ATM \$0 dentro de la red \$1.00* fuera de la red	Depósito en N/A
Consulta de saldo en el cajero automático (ATM)			\$0
Servicio al cliente			\$0 por llamada
Inactividad			\$0
Cobramos 5 tipos de comisiones. A continuación algunas de estas:			
Reemplazo de tarjeta, envío exprés			\$10.00
Por cada transacción internacional			2%
<p>*En el documento titulado en inglés "Fee Disclosure and Other Important Disclosures", se incluye e incorpora el contrato de apertura de cuenta de tarjeta de débito del Departamento del Desarrollo del Empleo de California.</p> <p>**Los cargos pueden ser menores, dependiendo de donde se use su tarjeta.</p> <p>Consulte los materiales que recibió junto con su tarjeta para acceder gratuitamente a información relativa a sus fondos y balances.</p> <p>No están disponibles los servicios de sobregiro/crédito.</p> <p>Sus fondos están protegidos el seguro de la FDIC.</p> <p>Para más información acerca de las tarjetas de prepago, visite cfpb.gov/prepaid.</p> <p>Encuentre los detalles y las condiciones de todos los cargos y servicios en el contrato de tarjeta habiente.</p>			

Todos los cargos	Cantidad	Detalles
Cargo por uso de tarjeta de débito		
Por compras con PIN	\$0	
Por compras con su firma	\$0	
Obtener efectivo en los EE.UU.		
Retiros en cajeros automáticos (ATM), dentro de la red	\$0	“Red del banco” se refiere a cajeros automáticos del Bank of America. Puede encontrar las ubicaciones de las sucursales en: www.bankofamerica.com/eddcard . No se le harán cargos por parte del Bank of America.
Retiros en cajeros automáticos (ATM), en otras redes	\$1.00	Se le hará este cargo después de 2 retiros por cada depósito. Retiros “fuera de la red del banco” son aquellos hechos en cualquier otro cajero ATM que no pertenezca a los cajeros del Bank of America. También se le podría hacer un cargo por parte del operador del cajero automático (ATM), inclusive cuando no complete la transacción.*
Retiros de efectivo en el banco	\$0	Disponible en instituciones financieras que aceptan tarjetas Visa. Limitado únicamente al saldo disponible.
Transferencia de efectivo por emergencia, en el país	\$15.00	Todas las transferencias de efectivo por emergencia deben iniciarse a través del Centro de Servicio al Cliente de Tarjetas de Débito Prepagadas.
Información		
Servicio al cliente	\$0	
Información sobre la cuenta por internet	\$0	
Servicio de alerta de cuenta	\$0	
Consulta de saldo en cajeros automáticos (ATM)	\$0	
Uso de tarjeta de crédito fuera de EE.UU.		
Por cada transacción internacional	2%	Del total de la transacción en dólares estadounidenses
Retiros en cajeros automáticos internacionales	\$1.00	Este es un cargo del Bank of America. También se le podría hacer un cargo por parte del operador del cajero ATM, inclusive cuando no complete la transacción.
Otros		
Transferencia de fondos por internet	\$0	
Reemplazo de tarjeta, en el país	\$0	
Reemplazo de tarjeta, envío exprés	\$10.00	Cargo adicional
Reemplazo de tarjeta, internacional	\$10.00	Cargo adicional
Inactividad de la cuenta	\$0	

*Los propietarios de los cajeros automáticos (ATM) podrían imponer un “cargo por servicio” o “recargo adicional” por cierto tipo de transacciones (El ATM estaría indicando si hubiesen cargos adicionales); sin embargo, no se le harán cargos adicionales o recargos en los cajeros del Bank of America. Un cajero ATM del Bank of America es aquel que muestra el nombre y logo del Bank of America. Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC. Sus fondos están asegurados por un máximo de \$250,000 por el FDIC en el caso de que el Bank of America, N.A. no lo haga y se cumplan con los requerimientos específicos de la aseguradora. Para más información visite www.fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html. Comuníquese con el Bank of America llamando al 1.866.692.9374, 1.866.656.5913 (TTY), o 1.423.262.1650 (llamada por cobrar, cuando se comunique desde fuera de los EE.UU.), o por correo postal en: Bank of America, PO Box 8488, Gray, TN 37615-8488, o visite www.bankofamerica.com/eddcard. Para más información acerca de las cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid. Si tiene algún reclamo acerca de cuenta prepagada, comuníquese a la Oficina de Protección Financiera del Consumido al 1-855-411-2372, o visite: cfpb.gov/complaint.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El EDD requiere de la revelación de los números de Seguro Social para cumplir con las Secciones 1253 y 2627 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC, por sus siglas en inglés); las secciones 1085, 1088, y 1326, Título 22 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés); la Parte 604 del Título 20 del Código Federal de Regulaciones; y con las Secciones 1621, 1641, y 1642, Título 8 del Código de los Estados Unidos.

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

Nombre de la agencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		Título del oficial responsable de mantener la información: Gerente, Oficina del Seguro de Incapacidad (DI) del Departamento del EDD	
Persona de contacto local: Gerente, Oficina del Seguro de Incapacidad (DI) del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		Información de contacto: Usted puede comunicarse con el Seguro de Incapacidad (DI) llamando al 1-800-480-3287 . Si necesita una lista de las ubicaciones de las oficinas locales del Seguro de Incapacidad (DI), la puede encontrar en edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm . La dirección y número de teléfono del Seguro Estatal de Incapacidad (DI) aparece en el "Aviso de Computación" (DE 429D), la cual se le envió cuando se determinó su elegibilidad para recibir beneficios.	
El mantenimiento de la información es autorizado por: Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), Secciones 2601 hasta 3272. Código de Reglamentos de California (CCR), Título 22, Secciones 2706-1, 2706-3, 2708-1, y 2710-1.			
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 niegue el pago de beneficios a que tiene derecho. 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 Seguro de Discapacidad. Para resumir y publicar de forma estadística el uso e información de las agencias gubernamentales y públicas (el nombre e identificación del solicitante no aparecerán en las publicaciones). Para localizar a ciertos individuos que están siendo buscados por no pagar la manutención de hijos, cónyuge, u otra forma de manutención ordenada por los tribunales. 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 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, 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. La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo o el Seguro de Incapacidad. 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, o al Director de Servicios de Manutención de Menores o sus representantes; (2) La identidad del solicitante puede divulgarse Departamento de Rehabilitación. 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). 			



Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)

Autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Número de Seguro Social del solicitante 0000000000

Nombre del solicitante (Nombres) (Inicial) (Apellido) Sample Claimant

Yo autorizo a

Geoff Booker

(Persona/organización que proporcionará la información) para que facilite y revele toda mi información médica, y permita la inspección y ofrezca fotocopias de cualquier expediente médico, de rehabilitación profesional o de facturación relativos a mi incapacidad, los cuales son la base de ésta solicitud de beneficios y son del conocimiento de los siguientes empleados del Departamento del Desarrollo del Empleo de California (EDD): examinadores de la Unidad del Seguro de Incapacidad (DI), los supervisores/administradores directos y cualquier otro empleado del EDD que pudiera requerir el acceso a dicha información a fin de procesar mi solicitud y/o determinar mi elegibilidad para recibir beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI).

Entiendo que el EDD no es un plan médico ni tampoco proveedor de salud, así que es probable que la información revelada al EDD no este protegida por las leyes federales de privacidad. [45 CFR, Sección 164.508(c)(2)(iii)]. El Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) autoriza al EDD para poder divulgar información.

Acepto que las fotocopias de esta autorización tendrían la misma validez que los documentos originales.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización enviando una notificación por escrito solicitando la cancelación la misma al EDD en: DI Branch MIC 29, PO Box 826880, Sacramento, CA 94280. Esta autorización se suspenderá en la fecha en que se reciba mi petición. Entiendo que las consecuencias de revocar esta autorización podrían resultar en la negación de beneficios adicionales del Seguro Estatal de Incapacidad.

Entiendo que, a menos que la revoque por escrito, esta autorización es válida durante quince años a partir de la fecha en que el EDD la reciba, o de la fecha de vigencia de la solicitud, o la que sea posterior. Entiendo que no puedo revocar esta autorización para evitar ser enjuiciado o para evitar que el EDD recupere dineros a los que tenga derecho.

Entiendo que estoy firmando esta autorización voluntariamente, y que el pago o la elegibilidad de mis beneficios se verán afectados si no la firmo. Las consecuencias por negarme a firmar esta autorización podrían resultar en una solicitud de beneficios incompleta que no permita tramitar el pago de beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del solicitante (no use letra de molde) Sample Claimant Fecha en que se firmó 12252015

MUESTRA, esta página es solamente para la referencia

También puede presentar por internet su Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad a través de: www.edd.ca.gov

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y CONTINTA NEGRA.

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL 0 0 0 0 0 0 0 0 0	A2. SI SE LE HA ASIGNADO ANTERIORMENTE UN NÚMERO DE CUENTA DE CLIENTE DEL EDD, INGRESELO AQUÍ N o	A3. N° DE LICENCIA DE CONDUCIR O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE CALIFORNIA Z 1 2 3 4 5 6 7	A4. SEXO HOMBRE MUJER X
---	--	---	-------------------------------

A5. SI ALGUNA VEZ HA USADO OTROS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL, INGRESELOS A CONTINUACIÓN	A6. EMPLEADOS ESTATALES (SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL N° DE UNIDAD NEGOCIADORA) SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO UNIDAD#	A7. FECHA DE NACIMIENTO 0 1 0 1 1 9 0 0
--	---	--

A8. SU NOMBRE LEGAL (NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO) SUFJO S a m p l e C l a i m a n t
--

A9. OTROS NOMBRES, SI LOS HAY, BAJO LOS CUALES HAYA TRABAJADO (NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO) SUFJO
(NOMBRE) (INICIAL) (APELLIDO) SUFJO

A10. CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA 9 9 9 0 2 3 6 7 8 9	A11. CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR 1 1 1 0 0 2 0 0 4 7
---	---

A12. IDIOMA DE PREFERENCIA INGLÉS ESPAÑOL CANTONÉS VIETNAMITA ARMENIO PUNYABI TAGALO OTRO X

A13. SU DIRECCIÓN POSTAL, APARTADO POSTAL O NÚMERO/CALLE/N° DE APARTAMENTO, SUITE, ESPACIO O N° DE BUZÓN PRIVADO (PMB) 1 2 3 A n y S t r e e t
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.) A n y t o w n C A 1 2 3 4 5

A14. SU DIRECCIÓN FÍSICA, REQUERIDA SI ES DISTINTA A SU DIRECCIÓN POSTAL NÚMERO/CALLE/N° DE APARTAMENTO O ESPACIO
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.)

A15. SU ÚLTIMO O ACTUAL EMPLEADOR. SI SU ÚLTIMO O ACTUAL EMPLEO ES POR CUENTA PROPIA, MARQUE "PROPIA" Y LLENE ESTA OPCIÓN. NOMBRE DE SU EMPLEADOR [EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL PROPORCIONEN EL NOMBRE DE LA AGENCIA (POR EJEMPLO, CALTRANS)] <input type="checkbox"/> PROPIA R o a d r u n n e r P a s t r i e s
NÚMERO/CALLE/N° DE SUITE (EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL, POR FAVOR PROPORCIONEN LA DIRECCIÓN DE SU OFICINA DE PERSONAL) 6 4 7 A r m i s t i c e W a y
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.) A n y w h e r e C A 6 6 2 2 2
NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR 4 9 9 3 1 1 1 1 1 1

A16. EN ALGÚN MOMENTO DURANTE SU INCAPACIDAD, ¿ESTUVO BAJO LA CUSTODIA DE LAS AUTORIDADES ENCARGADAS DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY PORQUE SE LE CONDENÓ POR VIOLAR ALGUNA LEY U ORDENANZA? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	A17. ANTES DE QUE COMENZARA SU INCAPACIDAD, ¿EN QUÉ FECHA TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ? 1 2 0 1 2 0 1 5
---	--

A18. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU INCAPACIDAD? 1 2 1 6 2 0 1 5	A19. FECHA QUE DESEA QUE COMIENZE SU SOLICITUD, SI ES DISTINTA DE LA FECHA INGRESADA EN A18 M M D D A A A A
---	--

A20. DESDE QUE COMENZÓ SU INCAPACIDAD, ¿HA TRABAJADO O ESTÁ TRABAJANDO DÍAS COMPLETOS O PARCIALES? <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	A21 A. SI SE RECUPERÓ, ESCRIBA LA FECHA: M M D D A A A A	A21 B. SI REGRESÓ A TRABAJAR, ESCRIBA LA FECHA: M M D D A A A A
--	---	--

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE - CONTINUACIÓN

A22. POR FAVOR REINGRESE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL **0 0 0 0 0 0 0 0 0 0**

A23. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN REGULAR O HABITUAL? **P a s t r y C h e f**

A24. ¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR? (SELECCIONE SÓLO UNA CASILLA) ENFERMEDAD, LESIÓN O EMBARAZO
 DESPIDO PERMISO PARA AUSENTARSE DEL TRABAJO SIN PAGA RENUNCIA VOLUNTARIA O JUBILACIÓN CESADO OTRA RAZÓN

A25. ¿CÓMO DESCRIBIRÍA O CLASIFICARÍA SU EMPLEO?
 Mayormente se está sentado; ocasionalmente se pone de pie o camina; ocasionalmente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan 10 libras o menos.
 Mayormente se camina/se está de pie; ocasionalmente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan hasta 20 libras.
 Constantemente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan hasta 10 libras; frecuentemente hasta 20 libras; ocasionalmente hasta 50 libras.
 Constantemente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan hasta 20 libras; frecuentemente hasta 50 libras; ocasionalmente hasta 100 libras.
 Constantemente se levantan, cargan, empujan, jalan o de otra forma se mueven objetos que pesan más de 20 libras; frecuentemente más de 50 libras; ocasionalmente más de 100 libras.

A26. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINÚA(N) O CONTINUARÁ(N) PAGÁNDOLE DURANTE SU INCAPACIDAD, INDIQUE EL TIPO DE PAGO:
 TIEMPO LIBRE PAGADO
 ENFERMEDAD VACACIONES (PTO) PAGO ANUAL OTRO (EXPLIQUE)
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

A27. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)?
 SÍ NO
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

A28. NOMBRE DEL SEGUNDO EMPLEADOR (SI TIENE MÁS DE UN EMPLEADOR)
C o s m i c C o o k i e s
 NÚMERO/CALLE/Nº DE SUITE
4 6 9 T h r i f t y W a y
 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.)
B l u e b e l l C A 8 4 3 6 9
 ANTES DE QUE COMENZARA SU INCAPACIDAD, ¿QUÉ DÍA TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ PARA ESTE EMPLEADOR? NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
1 2 1 6 2 0 1 5

A29. SI TIENE MÁS DE 2 EMPLEADORES, MARQUE AQUÍ **0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0**

A30. SI ES RESIDENTE DE UN ESTABLECIMIENTO DE RECUPERACIÓN ALCOHÓLICA O DE UN ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL LIBRE DE DROGAS, PROPORCIONE LO SIGUIENTE:
 NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
 NÚMERO/CALLE/Nº DE SUITE
 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO

A31. ¿HA PRESENTADO O PRETENDE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES?
 SÍ - COMPLETE LOS ARTÍCULOS A32 HASTA A38 NO - SALTE LOS ARTÍCULOS A33 HASTA A38

A32. ¿LE CAUSÓ SU EMPLEO ESTA INCAPACIDAD?
 SÍ NO

A33. FECHA(S) DE LA LESIÓN INDICADA(S) EN SU SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES
M M D D A A A A M M D D A A A A M M D D A A A A M M D D A A A A

A34. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DEL SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO EXTENSIÓN (SI LA HAY)
 NÚMERO/CALLE/Nº DE SUITE
 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE LA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

Claim for Disability Insurance (DI) Benefits - Physician/Practitioner's Certificate
PLEASE PRINT WITH BLACK INK.

PART B - PHYSICIAN/PRACTITIONER'S CERTIFICATE

B1. PATIENT'S SOCIAL SECURITY NUMBER **0 0 0 0 0 0 0 0 0 0** B2. PATIENT'S FILE NUMBER **6 9 - 6 4 2 - 3 8**

B3. IF YOU KNOW THE PATIENT'S ELECTRONIC RECEIPT NUMBER, ENTER IT HERE: **R** B4. PATIENT'S DATE OF BIRTH **0 1 0 1 1 9 0 0**

B5. PATIENT'S NAME (FIRST) (MI) (LAST)
S a m p l e **C l a i m a n t**

B6. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S LICENSE NUMBER **6 3 4 - 0 2 7 9 3 0** B7. STATE OR COUNTRY (IF NOT U.S.A.) THAT ISSUED LICENSE NUMBER ENTERED IN B6
STATE **C A** COUNTRY

B8. PHYSICIAN/PRACTITIONER LICENSE TYPE **M D** B9. SPECIALTY (IF ANY)

B10. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S NAME AS SHOWN ON LICENSE (FIRST) (MI) (LAST) SUFFIX
G e o f f **B o o k e r**

B11. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S ADDRESS
MAILING ADDRESS, PO BOX OR NUMBER/STREET/SUITE#
2 6 9 C o m m e r c e
CITY STATE ZIP OR POSTAL CODE COUNTRY (IF NOT U.S.A.)
A n y w h e r e C A 7 2 6 9 4
COUNTY HOSPITAL/GOVERNMENT FACILITY ADDRESS
FACILITY NAME (IF APPLICABLE)
FACILITY ADDRESS, NUMBER/STREET/SUITE#
CITY STATE ZIP OR POSTAL CODE COUNTRY (IF NOT U.S.A.)

B12. THIS PATIENT HAS BEEN UNDER MY CARE AND TREATMENT FOR THIS MEDICAL PROBLEM
FROM **1 2 1 6 2 0 1 5** TO **M M D D Y Y Y Y** CHECK HERE TO INDICATE YOU ARE STILL TREATING THE PATIENT
AT INTERVALS OF: DAILY WEEKLY MONTHLY AS NEEDED OTHER

B13. AT ANY TIME DURING YOUR ATTENDANCE FOR THIS MEDICAL PROBLEM, HAS THE PATIENT BEEN INCAPABLE OF PERFORMING HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK?
 YES - ENTER DATE DISABILITY BEGAN **1 2 1 6 2 0 1 5** NO - SKIP TO B33
WAS THE DISABILITY CAUSED BY AN ACCIDENT OR TRAUMA? YES NO
M M D D Y Y Y Y IF YES, INDICATE THE DATE THE ACCIDENT OR TRAUMA OCCURRED.

B14. DATE YOU RELEASED OR ANTICIPATE RELEASING PATIENT TO RETURN TO HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK ("UNKNOWN", "INDEFINITE", ETC., NOT ACCEPTABLE.) **M M D D Y Y Y Y**
 CHECK HERE TO INDICATE PATIENT'S DISABILITY IS PERMANENT AND YOU NEVER ANTICIPATE RELEASING PATIENT TO RETURN TO HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK

B15. IF PATIENT IS NOW PREGNANT OR HAS BEEN PREGNANT, PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOX AND ENTER THE FOLLOWING:
ESTIMATED DELIVERY DATE: **M M D D Y Y Y Y** DATE PREGNANCY ENDED: **M M D D Y Y Y Y**
TYPE OF DELIVERY, IF PATIENT HAS DELIVERED: VAGINAL CESAREAN

PART B - PHYSICIAN/PRACTITIONER'S CERTIFICATE CONTINUED

B16. PLEASE RE-ENTER PATIENT'S SOCIAL SECURITY NUMBER 0000000000

B17. IF THE PATIENT HAS NOT DELIVERED AND YOU DO NOT ANTICIPATE RELEASING THE PATIENT TO RETURN TO REGULAR OR CUSTOMARY WORK PRIOR TO THE ESTIMATED DELIVERY DATE, ENTER THE NUMBER OF DAYS THAT THE PATIENT WILL BE DISABLED POSTPARTUM, FOR EACH DELIVERY TYPE: VAGINAL DELIVERY [] [] CESAREAN DELIVERY [] []

B18. IN CASE OF AN ABNORMAL PREGNANCY AND/OR DELIVERY, STATE THE COMPLICATION(S) CAUSING MATERNAL DISABILITY

B19. ICD DIAGNOSIS CODE(S) FOR DISABLING CONDITION THAT PREVENT THE PATIENT FROM PERFORMING HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK (REQUIRED) PRIMARY 552-92XA (Check only one box) EXAMPLE OF HOW TO COMPLETE ICD CODES ICD-9 320-1 ICD-10 G00-1 ICD-9 ICD-10 SECONDARY SECONDARY SECONDARY SECONDARY

B20. DIAGNOSIS (REQUIRED) - IF NO DIAGNOSIS HAS BEEN DETERMINED, ENTER A DETAILED STATEMENT OF SYMPTOMS Broken left forearm closed fracture

B21. FINDINGS - STATE NATURE, SEVERITY, AND EXTENT OF THE INCAPACITATING DISEASE OR INJURY, INCLUDE ANY OTHER DISABLING CONDITIONS Unable to use left arm and hand

B22. TYPE OF TREATMENT/MEDICATION RENDERED TO PATIENT Cast immobilize arm

B23. IF PATIENT WAS HOSPITALIZED, PROVIDE DATES OF ENTRY AND DISCHARGE MMDDYY TO MMDDYY CHECK HERE TO INDICATE THE PATIENT IS STILL HOSPITALIZED

B24. CHECK HERE IF PATIENT IS DECEASED, PLEASE PROVIDE DATE OF DEATH MMDDYY CITY COUNTY STATE

PART B - PHYSICIAN/PRACTITIONER'S CERTIFICATE CONTINUED

B25. PLEASE RE-ENTER PATIENT'S SOCIAL SECURITY NUMBER 0000000000

B26. WAS THE PATIENT SEEN PREVIOUSLY BY ANOTHER PHYSICIAN/PRACTITIONER OR MEDICAL FACILITY FOR THE CURRENT DISABILITY/ILLNESS/INJURY? YES [X] NO [] UNKNOWN [] IF YES, WHAT WAS THE DATE OF FIRST TREATMENT? M M D D Y Y Y Y

B27. DATE AND TYPE OF SURGERY/PROCEDURE MOST RECENTLY PERFORMED OR TO BE PERFORMED M M D D Y Y Y Y WAS THE PATIENT UNABLE TO WORK IMMEDIATELY PRIOR TO THE SURGERY OR PROCEDURE? [] YES [] NO IF YES, PLEASE PROVIDE THE FIRST DATE THE PATIENT WAS UNABLE TO WORK BEFORE THE SURGERY OR PROCEDURE M M D D Y Y Y Y

B28. ICD PROCEDURE CODE(S) [] ICD-9 [] ICD-10 CPT CODE(S) (DO NOT INCLUDE MODIFIERS)

B29. WAS THIS DISABLING CONDITION CAUSED AND/OR AGGRAVATED BY THE PATIENT'S REGULAR OR CUSTOMARY WORK? YES [] NO [X]

B30. ARE YOU COMPLETING THIS FORM FOR THE SOLE PURPOSE OF REFERRAL/RECOMMENDATION TO AN ALCOHOLIC RECOVERY HOME OR DRUG-FREE RESIDENTIAL FACILITY AS INDICATED BY THE PATIENT IN QUESTION A30? YES [] NO [X]

B31. DATE YOUR PATIENT BECAME A RESIDENT OF A DRUG OR ALCOHOL FACILITY (IF KNOWN) M M D D Y Y Y Y

B32. WOULD DISCLOSURE OF THE INFORMATION ON THIS FORM BE MEDICALLY OR PSYCHOLOGICALLY DETRIMENTAL TO YOUR PATIENT? YES [] NO []

B33. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S: I CERTIFY UNDER PENALTY OF PERJURY THAT THE PATIENT IS UNABLE TO PERFORM HIS/HER REGULAR OR CUSTOMARY WORK BECAUSE OF THE LISTED DISABLING CONDITION(S). 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.

PHYSICIAN/PRACTITIONER'S ORIGINAL SIGNATURE - RUBBER STAMP IS NOT ACCEPTABLE Geoff Booker DATE SIGNED 12172015 AREA CODE/PHONE NUMBER 423 0024693

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. SECTION 1143 REQUIRES ADDITIONAL ADMINISTRATIVE PENALTIES.