



¡Si usted es dueño de su propio negocio o trabaja por cuenta propia, la Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad (DIEC) puede ser para Usted!



ESTADO DE CALIFORNIA

AGENCIA DEL TRABAJO Y DESARROLLO
DE LA FUERZA LABORAL

DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO
DEL EMPLEO (EDD)

El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés) 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** o por TTY (teletipo) al **711**.

Este folleto es para proporcionarle información general solamente y no tiene la fuerza y el efecto de ley, norma o reglamento.



COBERTURA ELECTIVA DEL SEGURO DE INCAPACIDAD (DIEC)

*PROTECCIÓN FINANCIERA PARA
AQUELLOS QUE TIENEN SU
PROPIO NEGOCIO O TRABAJAN
POR CUENTA PROPIA*

Proteja su activo más valioso: Su capacidad de tener un ingreso

Alguien como usted cuyo sustento depende de su capacidad para dirigir y operar su negocio, debería de considerar que podría suceder si dejara de recibir su ingreso debido a:

- Una enfermedad, lesión o embarazo que le impida trabajar.
- Si su hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, o pareja doméstica registrada necesitará de su cuidado debido a una condición de salud seria.
- Si desea establecer vínculo paternal con su nuevo niño.

¿Podría sobrevivir sin tener ingresos, aunque fuera temporalmente?

Protección financiera

La Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad (DIEC, por sus siglas en inglés) ofrece un tipo de protección financiera a los dueños de negocios o a las personas que trabajan por cuenta propia. Las cuotas que se cobran por el seguro se basan en los ingresos netos (después de impuestos) declarados en el formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), (*Schedule SE*) o (*Schedule C*). Para obtener más información sobre la cantidad máxima de beneficios que posiblemente se le puedan pagar, vea el formulario titulado en inglés *Disability Insurance (DI) and Paid Family Leave (PFL) Weekly Benefit Amounts in Dollar Increments, (DE 2589)* en la página titulada en inglés **Online Forms and Publications** (edd.ca.gov/forms).

Considere los beneficios

- Protección contra la pérdida total de ingresos debido a una lesión que puede ser física o mental, un embarazo, enfermedad ya sea relacionada con el empleo o no.
- Ofrece hasta 39 semanas de beneficios por discapacidad propia.
- Cobertura automática del Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés), el cual proporciona hasta ocho semanas de beneficios por tomar tiempo libre fuera de su empleo para cuidar de un familiar que se encuentra gravemente enfermo.

Para más información sobre el Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés), comuníquese al **1-866-658-8846**. Para obtener más Información sobre el PFL, comuníquese al **1-877-379-3819**.

Requisitos de elegibilidad

- Debe ser dueño de su negocio o debe de trabajar por cuenta propia.
- Debe ganar un ingreso mínimo de \$4,600 por año.
- Debe estar activamente y continuamente trabajando en un oficio, negocio u ocupación regular.
- Debe tener una licencia activa y válida, si es que la requiere su ocupación.
- Debe ganar la mayor parte de sus ingresos directamente de su oficio, negocio u ocupación.
- Debe de estar disponible para poder desempeñar sus labores normales tiempo completo en el momento que presente su solicitud.
- Su negocio no puede ser de temporada.
- Debe permanecer activamente en el programa por dos años calendario completos a menos que descontinúe su negocio o se traslade fuera de California.

Elegibilidad para recibir beneficios

Por regla general, debe de estar cubierto por este seguro por lo menos seis meses antes de que pueda presentar una solicitud para beneficios.

Si está interesado en más información acerca del este programa, comuníquese al **1-916-654-6288**. Si desea obtener una solicitud, comuníquese al **1-916-554-7104**, o complete la petición que viene junto a este folleto y envíelo por correo postal, o visite la página de **EDD** (edd.ca.gov).

Por favor envíeme más información y una Solicitud para Beneficios para la Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (DIEC).

Nombre _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____

Podría alguien llamarme por teléfono al _____

Corte esta sección y envíe esta petición a la siguiente dirección:

State of California
Employment Development Department (EDD)
DIEC Unit
PO Box 826880, MIC 5
Sacramento, CA 94280-0001