

¡Si usted es dueño de su propio negocio o trabaja por cuenta propia, la Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (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) 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 DISCAPACIDAD (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, usted debería de considerar que podría suceder si usted dejará de recibir su ingreso debido a:

- Una enfermedad, lesión o embarazo que le impida trabajar.
- Si su hijo(a), padre o madre, suegro(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), esposo(a) o pareja domestica registrada necesitara de su cuidado debido a una condición grave de salud.
- Si usted desea establecer lazos afectivos con su bebé recién nacido o niño(a) colocado(a) bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) o en adopción permanente.

¿Podría usted sobrevivir sin tener ingresos, aunque fuera temporalmente?

Protección Financiera

La Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (DIEC, por sus iniciales en inglés) ofrece un tipo de protección financiera a los dueños de negocios/compañía/empresa 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 iniciales 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 por Internet en www.edd.ca.gov.

Considere los Beneficios del Plan de Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (DIEC)

- Protección contra la pérdida total de sus ingresos debido a una lesión que puede ser física o mental, un embarazo, enfermedad ya sea relacionada con el empleo o no.
- Ofrece hasta un máximo de 39 semanas de pagos de beneficios por discapacidad propia.
- Cobertura automática del Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus iniciales en inglés), el cual proporciona hasta seis semanas de pagos de beneficios por tomar tiempo libre fuera de su empleo para cuidar a un hijo(a), padre o madre, suegro(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), esposo(a) o pareja domestica registrada 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.

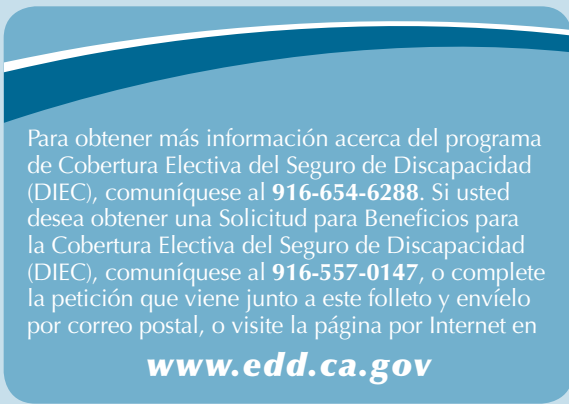
Para obtener más información sobre el Seguro de Discapacidad (DI, por sus iniciales en inglés), comuníquese al **866-658-8846**. Para obtener más Información sobre el Permiso Familiar Pagado (PFL), comuníquese al **877-379-3819**.

Requisitos de Elegibilidad para Obtener Beneficios del Plan de Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (DIEC)

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

Requisitos de Elegibilidad para Recibir Pagos de Beneficios

Por regla general, usted debe de estar en el plan de la Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (DIEC) por lo menos seis meses antes de que usted pueda presentar una solicitud para beneficios.



Para obtener más información acerca del programa de Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (DIEC), comuníquese al **916-654-6288**. Si usted desea obtener una Solicitud para Beneficios para la Cobertura Electiva del Seguro de Discapacidad (DIEC), comuníquese al **916-557-0147**, o complete la petición que viene junto a este folleto y envíelo por correo postal, o visite la página por Internet en www.edd.ca.gov

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

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de 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