

Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés) proporciona beneficios a los trabajadores que son elegibles y que han sufrido una pérdida total o parcial de sus salarios porque necesitan ausentarse de su empleo para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, establecer un vínculo paternal con un hijo o participar en un evento aprobado como resultado del despliegue militar de un miembro de su familia (cónyuge, pareja doméstica debidamente registrada, padres o hijos) en el extranjero.

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

Para que sea tramitada más rápido, presente su solicitud a través de [SDI Online](https://edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/) en edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/ en lugar de este formulario.

No complete esta solicitud si cuenta con un Seguro Privado. Pregúntele a su empleador sobre estos formularios.

Si no puede completar esta solicitud debido a una discapacidad, o si es un representante autorizado que tramita la solicitud para beneficios en nombre del cliente que está incapacitado o que ha fallecido, llame al 1-877-238-4373.

Cómo completar este formulario

- Use tinta negra solamente.
- Escriba claramente y con letra de molde sus respuestas dentro de las casillas indicadas.
- Escriba su número de Seguro Social en todas las páginas de la solicitud, incluyendo cualquier otro documento que adjunte.
- No envíe el formulario por fax.

Envíe por correo postal el formulario impreso en el sobre proporcionado al EDD. No presente su solicitud antes del primer día en que empiece su ausencia familiar, pero hágalo a más tardar en 41 días a partir de la fecha en que empiece su ausencia familiar.

1. Complete **todas** las preguntas en la sección “Parte A - Declaración del solicitante” y **firmé la casilla A25**. Respecto a la casilla A8, el Servicio de Correo Postal de los Estados Unidos (USPS, por sus siglas en inglés) no entrega la correspondencia a un apartado postal privado a menos que se indiquen las iniciales “PMB.”
2. Para establecer un vínculo paternal, complete la sección “Parte B - Certificación para entablar lazos afectivos” y adjunte una copia de uno de los documentos de la lista que se encuentra en la sección B10. **No complete** la Parte B, si va a presentar una solicitud para proporcionar cuidado a un familiar.
3. Para proporcionar cuidado, debe completar lo siguiente:
 - a. La persona que está recibiendo el cuidado debe completar y firmar la sección “Parte C - Declaración de la persona que recibe el cuidado”. Si la persona que recibe el cuidado es un menor de edad o está incapacitada, un representante autorizado puede completar esta parte.
 - b. Pídale al médico/profesional médico que complete y firme la sección “Part D – Physician/practitioner’s certification”. El certificado puede ser completado por un médico/profesional médico autorizado para confirmar la incapacidad del paciente o la condición de salud grave del paciente (sección 2708 del California Unemployment Insurance Code [Código del Seguro del Desempleo de California] o CUIC).

Si la persona que está recibiendo el cuidado, está bajo el cuidado de un médico practicante religioso acreditado, tiene que completar la solicitud titulada en inglés *Practitioner’s Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits (DE 2502F)* (solamente en inglés). Para ordenar esta solicitud comuníquese al 1-877-238-4373. **No se aceptan firmas electrónicas o con sello.**

4. Para participar en un evento aprobado, debe también completar la sección “Parte E- Certificación de apoyo militar ” y adjunte una copia de uno de los documentos de la lista que se encuentra en la casilla E10.
5. Decida la fecha en que desea que inicie su solicitud. Para más información, consulte la sección “Cantidad de beneficios ” en la página B.
6. Coloque el formulario completado y firmado dentro del sobre que viene adjunto. El trámite del formulario se lleva a cabo dentro de 14 días, después de que recibamos un formulario completo.
 - Para establecer un vínculo paternal, el formulario se considera completo cuando las partes A y B, y los documentos de apoyo son recibidos.
 - Para proporcionar cuidado, el formulario se considera completo cuando las partes A, C y D son recibidas.
 - Para apoyo militar, el formulario se considera completo cuando las partes A, E y los documentos de apoyo son recibidos.
7. Guarde estas instrucciones y las páginas de información (A hasta la F) para futuras referencias.

Nota: Puede perder beneficios o pueden retrasarse si su solicitud llega tarde, tiene errores o falta información.

El EDD, el cual es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades, ha colaborado en esta publicación. Los recursos auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para solicitar los servicios, asistencia o formatos alternos, necesita hacerlo llamando al 1-866-490-8879. Los usuarios de TTY (teletipo), por favor, llamen al Servicio de Relevo de California al 711.

Requisitos básicos de elegibilidad. Solo se pueden pagar beneficios del Permiso Familiar Pagado después de que cumpla con todos los requisitos siguientes:

- No puede hacer su trabajo regular o acostumbrado porque necesita proporcionar cuidado, establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo o participar en un evento aprobado.
- Tiene que estar empleado o estar activamente buscando empleo cuando empiece su ausencia familiar.
- Si está trabajando, debe haber sufrido una pérdida de sus salarios porque estaba cuidando a un familiar gravemente enfermo, estableciendo un vínculo paternal con nuevo hijo o participando en un evento aprobado.
- Debe haber ganado al menos \$300 en salarios de los cuales fueron sujetos a impuestos del Seguro Estatal del Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) durante el período anterior. (Vea la sección “Cantidad de beneficios”, en la siguiente columna).
- Tiene que completar y enviar el formulario a más tardar dentro de 41 días después del primer día de inicio de su ausencia familiar o podría perder beneficios.

Además los siguientes requisitos deben cumplirse solamente si la solicitud del PFL es para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo:

- La persona que va a recibir el cuidado tiene que ser su hijo, padre, cónyuge, pareja doméstica debidamente registrada, abuelo, nieto, hermano o suegro.
- La persona que va a recibir el cuidado tiene que estar bajo un tratamiento continuo o bajo la supervisión de un médico/profesional médico autorizado, o bajo la supervisión de un médico practicante religioso acreditado, mientras está recibiendo los beneficios.
- El médico/profesional médico del familiar que va a recibir el cuidado debe completar la certificación validando que él/ella necesita recibir cuidado. Si la persona que está atendiendo al familiar que va a recibir el cuidado es un médico practicante religioso acreditado, deben de ordenar la solicitud titulada en inglés *Practitioner’s Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2502F), visitando una oficina del PFL. La certificación de un médico practicante religioso acreditado es solamente aceptada si el médico ha sido acreditado por el EDD.

Los siguientes requisitos también deben cumplirse sólo si la solicitud del PFL es para establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo:

- Su ausencia familiar debe tomarse dentro de un período de 12 meses después de haber dado a luz, adoptado o colocado bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).
- El nuevo hijo debe ser suyo o de su pareja doméstica debidamente registrada, adoptado o colocado bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*) del niño.

Los siguientes requisitos también deben cumplirse sólo si la solicitud del PFL es para apoyar a un familiar del militar:

- Proporcione documentación que compruebe la cobertura de servicio activo o el llamado inminente a la cobertura de servicio activo del miembro de la familia.
- Proporcione el motivo del evento por el cual fue aprobado para ausentarse y cualquier documento suplementario. Por ejemplo: ausentarse para realizar arreglos financieros o cuidado de niños o asistir a eventos patrocinados por las organizaciones militares. Puede que se le requiera un documento que justifique el motivo de la ausencia.

Inelegible para beneficios. Puede solicitar beneficios incluso si no está seguro si es elegible. Si se decide que no es elegible para recibir el total o parte del período solicitado, se le enviará una notificación explicando el motivo por el cual se determinó que no es elegible. Es posible que no sea elegible para beneficios del PFL, si usted:

- Está solicitando o recibiendo beneficios del Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) o del Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés).
- Está recibiendo beneficios del programa de compensación para trabajadores (*Workers’ Compensation*) por una cantidad igual o mayor a la cantidad que está recibiendo de beneficios del PFL.
- Está en la cárcel, prisión o en cualquier otra instalación penal.

Fraude. 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 EDD continuamente vigila la forma en que se efectúan los pagos de beneficios, investiga vigorosamente actividades sospechosas, y procura la restitución y convicción a través de enjuiciamiento (CUIC, secciones 1143, 2101, 2116, 2122, y 3305).

Sus responsabilidades

- Presente su solicitud y otros formularios a tiempo, de forma completa y correcta. Si el formulario va a llegar tarde, por favor incluya una explicación por escrito indicando la razón por la cual se tardó. Lea cuidadosamente las instrucciones de este folleto y de todos los otros formularios que reciba del PFL. Si no está seguro sobre lo que se requiere, comuníquese con la oficina del PFL.
 - Informar al PFL por escrito, electrónicamente o por teléfono si:
 - Cambió su dirección postal o número de teléfono.
 - Regresó a trabajar tiempo parcial o tiempo completo.
 - Se recupera de su discapacidad.
 - Recibió algún tipo de salario.
- **Incluya su nombre y número de Seguro Social en toda la correspondencia.**

Sus derechos. La información acerca de su solicitud permanecerá confidencial, excepto para los propósitos permitidos por la ley. Tiene el derecho de revisar cualquier expediente personal que el EDD mantenga sobre usted así como solicitar que su expediente sea corregido si cree que la información no es correcta, relevante, actualizada o completa (California Civil Code [Código Civil], sección 1798.34 y 1798.35). Cierta 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 para usted (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil); expedientes de investigaciones criminales activas, civiles o administrativas que están activas. Además, el EDD no divulgará ni proporcionará copias sobre la información médica de la persona que está recibiendo el cuidado a los proveedores médicos. Si se le niega el acceso a los expedientes a los que cree tener derecho a revisar o si se le niega su petición para enmendar sus expedientes, puede presentar una apelación por escrito a la oficina del PFL.

Puede solicitar una copia de su expediente, llamando al número de teléfono que aparece en la *Notificación de Cálculo de Beneficios* (DE 429D/S) que recibió por correo postal.

También tiene el derecho de apelar cualquier sobrepago, sanción o rechazo de su petición. Se le enviará instrucciones respecto a la apelación de cualquier documento que reciba y sea apelable.

Cantidad de beneficios. Su solicitud comienza en la fecha en que su ausencia familiar empieza. Para calcular su cantidad de beneficios semanales, el EDD utiliza su período reglamentario. La fecha en que empieza su ausencia familiar determina su período reglamentario. No puede cambiar la fecha de inicio de su solicitud, ni ajustar su período reglamentario después de haber establecido una solicitud válida.

El período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Su período reglamentario incluye los salarios sujetos a los impuestos del SDI que se le pagaron dentro de los 5 a 18 meses antes de que su solicitud de PFL comenzará. El período reglamentario correspondiente a su solicitud no incluye los salarios pagados después de la fecha en que empezó su ausencia familiar. Para que una solicitud del PFL sea válida, debe haber ganado al menos \$300 en salarios durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud. Puede determinar el período reglamentario correspondiente a su solicitud, utilizando la información que se muestra a continuación:

- Si su solicitud para beneficios empieza en enero, febrero o marzo, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 30 de septiembre del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en abril, mayo o junio, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 31 de diciembre del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en julio, agosto o septiembre, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 31 de marzo del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en octubre, noviembre o diciembre, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 30 de junio del año anterior.

Basado en el período reglamentario correspondiente a su solicitud, el trimestre en el que se le pagaron los salarios más altos determina la **cantidad de beneficios semanales** que puede recibir.

Para más información acerca de su cantidad de beneficios semanales, visite edd.ca.gov/es/disability/Calculating_PFL_Benefit_Payment_Amounts_Espanol/

Comuníquese con la oficina del PFL para preguntas sobre los beneficios y también para proporcionar información adicional si está pasando por una de las situaciones indicadas a continuación:

- Si no tiene suficientes salarios en el período reglamentario correspondiente, entonces podría establecer una solicitud válida utilizando una fecha de inicio posterior.
- Si no tiene suficientes salarios en el período reglamentario correspondiente y estaba buscando de manera activa trabajo por 60 días o más durante cualquier otro trimestre del período reglamentario, es posible que pueda sustituir los salarios ganados en trimestres anteriores.
- Si durante el período reglamentario correspondiente, estaba prestando servicio militar, recibió pagos de beneficios del programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) o no trabajó debido a una disputa laboral.

Cómo se pagan los beneficios. Cuando su solicitud sea recibida, la oficina del PFL le notificará sobre la cantidad de sus beneficios semanales y si se necesita información adicional para determinar su elegibilidad. Si se determina que es elegible para recibir beneficios, los pagos serán emitidos a través de la tarjeta de débito de Money Network. No tiene que aceptar la tarjeta de débito, pero la tarjeta de débito es la forma más rápida y segura de recibir sus beneficios. Seleccione su método de pago preferido en el campo A16.

Tiene la opción de recibir sus pagos de beneficios en un cheque. La mayoría de las solicitudes son tramitadas y los pagos son emitidos dentro de 14 días a partir de que se recibe la solicitud completada correctamente. La tarjeta de débito es la manera más rápida y segura para recibir sus beneficios.

Los pagos son emitidos automáticamente. Se le pagará 1/7 parte de la cantidad de beneficios semanales por cada día calendario que se determine que es elegible, a menos que por alguna razón se reduzca la cantidad de beneficios semanales. (Vea "Reducción de beneficios" a continuación).

Reducción de beneficios. Bajo ciertas circunstancias, es posible que no sea elegible para recibir beneficios por un período de tiempo en su solicitud o es posible que solo tenga derecho a recibir beneficios parciales. El EDD determinará si los beneficios serán reducidos o no. Los siguientes tipos de ingresos indicados a continuación deben ser reportados al EDD aunque no llegue a afectar sus beneficios. El no reportar estos tipos de ingresos, podría resultar en un sobrepago, sanción y/o una descalificación por haber hecho una declaración falsa.

- Pago por ausencia por enfermedad
- Pago de vacaciones
- Ingreso por trabajo realizado por cuenta propia
- Pago por servicio militar
- Comisiones
- Ingresos incluyendo trabajo modificado
- Pagos residuales
- Bonos
- Beneficios del programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*)
- Pago de día festivo
- Tiempo libre pagado
- Salarios por trabajo de tiempo parcial

Además, sus beneficios pueden ser reducidos debido a un sobrepago de beneficios por desempleo, incapacidad o del Permiso Familiar Pagado que recibió en el pasado o si debe pagos en relación con la manutención ordenados por la corte judicial.

Interrupción y terminación de beneficios. Verá la sección "Aviso de la cantidad máxima de beneficios del Permiso Familiar Pagado" en el *Aviso de pagos de la tarjeta de débito EDD Debit Card* (DE 2500E/S), cuando:

- Haya recibido su último pago de beneficios de acuerdo con la fecha estimada por el médico/profesional médico, en la cual indica que el familiar que se encontraba gravemente enfermo ya no necesita ser cuidado. En caso de que se requiera extender el período para proporcionar cuidado a un familiar, es necesario completar y firmar la sección titulada en inglés *PFL Claimant's Certification* y pedirle al médico/profesional médico que atiende al familiar que complete y envíe por correo postal el formulario titulado en inglés *Paid Family Leave (PFL) Supplemental Claim Certification* (DE 2525XFA).
- El familiar que estaba gravemente enfermo ya se recuperó. Si regresa a trabajar y el familiar que se encontraba gravemente enfermo necesita ser cuidado otra vez, inmediatamente presente una nueva solicitud y reporte los días que trabajó.

Recibirá el *Aviso de la cantidad máxima de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2525AF/S), cuando haya recibido la cantidad máxima de beneficios del PFL disponibles en su solicitud.

Beneficio sujetos a impuestos. Los beneficios del PFL están sujetos a impuestos federales sobre la nómina y serán reportados a los Servicios de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Cada persona que recibe beneficios del PFL, recibirá el Formulario 1099G para que lo incluya en su declaración de impuestos federales. Los beneficios del PFL no están sujetos al impuesto sobre el ingreso de California. Si tiene preguntas sobre el Formulario 1099G, por favor llame al 1-800-795-0193.

Sobrepago de beneficios. El sobrepago de beneficios es el resultado de haber recibido pagos de beneficios del PFL que no le correspondían. Una vez que el EDD haya determinado que recibió dinero que no le correspondía, se le enviará una notificación por correo postal explicándole el motivo del sobrepago. Es importante que complete y envíe toda la información solicitada, ya que en algunos casos el sobrepago se puede exentar. Pero si se llega a dar el caso que se le pago de más y el sobrepago no fue exento, tiene que reembolsar el sobrepago de beneficios. Los pagos emitidos después que se haya establecido el sobrepago podrían reducirse de un 25 a un 100 por ciento, para que así el EDD pueda cobrar la cantidad del sobrepago adeudado. Recibirá el *Aviso de la Reducción de Beneficios para ser Abonada a su Cuenta del Pago Indebido* (DE 826/S), si la cantidad de beneficios semanales se reduce debido a un sobrepago del DI, PFL o UI que recibió.

Cuando puede ser rechazada la solicitud. El EDD considerará toda la información disponible antes de autorizar un pago de beneficios o rechazar su solicitud. Los beneficios serán pagados solo por los días que sea elegible para recibirlos. Si se determina que no es elegible para recibir los pagos de beneficios o que la cantidad será reducida, recibirá una notificación por escrito explicándole el motivo.

Si reporta deliberadamente información incorrecta, omite o retiene información, será castigado por hasta 92 días si presenta una declaración falsa. Esto puede aplicar, si recibió pagos de beneficios que incluye días que sabía que no se le debieron de haber pagado, por ejemplo, los días después de haber regresado a trabajar. Además, cualquier sobrepago podrá incrementarse con una multa de un 30 por ciento sobre la cantidad del sobrepago de recibió.

Situaciones especiales

- Por embarazo, las madres que estaban recibiendo pagos de beneficios del DI relacionados con un embarazo y ya dieron a luz, pueden ser elegibles para recibir beneficios del PFL para establecer un vínculo paternal con su nuevo hijo. La nueva madre recibirá la solicitud titulada *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado – Maternidad* (DE 2501FP/S) por correo postal, cuando se le haya hecho su último pago de beneficios del DI que le corresponde.
- Para la obligación de otorgar manutención a los hijos, comuníquese con la oficina del fiscal del distrito que se encarga de la orden judicial.
- Para las obligaciones de otorgar pensión alimenticia de los padres o cónyuge, las preguntas deben dirigirse a la oficina del fiscal del distrito que se encarga de la orden judicial.
- Si una persona que recibe beneficios del PFL fallece, un heredero o representante legal debe informar el fallecimiento al PFL. Los beneficios serán pagados hasta el día que falleció la persona, si es que es elegible.
- Si el familiar que estaba recibiendo el cuidado o el hijo con el que estaba estableciendo un vínculo paternal fallece, informe el fallecimiento al PFL llamando al 1-877-238-4373. Los beneficios serán pagados hasta el día que falleció la persona o hijo, si es que es elegible.
- Programas de beneficios y protección del empleo, La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA, por sus siglas en inglés) ofrecen protección del empleo a empleados "elegibles" por razones familiares o médicas. Para más información sobre FMLA, comuníquese al 1-866-487-9243 o visite la página dol.gov/whd/fmla. Para más información sobre CFRA, comuníquese al 1-800-884-1684 o visite el sitio dfeh.ca.gov.

Información sobre la tarjeta de débito prepaga

Formulario corto del Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network

No está obligado a aceptar esta tarjeta de beneficios. Pregunte acerca de otras formas de recibir sus beneficios.			
Cargo mensual \$0	Por compra \$0	Retiro en cajeros automáticos \$0 dentro de la red \$1.00 fuera de la red	Recarga de efectivo N/A
Cargo por consulta de saldo en cajeros automáticos (dentro o fuera de la red)			\$0
Servicio de Atención al Cliente			\$0 por llamada
Inactividad			\$0
Cobramos otros 5 tipos de cargos. Estos son dos de ellos:			
Retiros en cajeros automáticos internacionales			\$1.00
Envíos prioritarios			\$8.00
<p>Sin característica de sobregiro/crédito. Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC. Para obtener información general sobre cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid. Consulte los detalles y las condiciones de todos los cargos y servicios en el Acuerdo del titular de la tarjeta.</p>			

Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network. My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank N.A, miembro de la Corporación Federal de Seguros de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC), emite la tarjeta Mastercard conforme a una licencia de MasterCard International Incorporated. La tarjeta es administrada por Money Network Financial, LLC.

Lista de todos los cargos (formulario largo) del Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network

Todos los cargos	Cargos del programa	Detalles
Uso mensual		
Apertura de la cuenta y recepción de la tarjeta	\$0.00	Sin cargo por apertura de cuenta y tarjeta inicial.
Cargo por mantenimiento mensual	\$0.00	No cobramos un cargo por mantenimiento mensual.
Agregar dinero		
Depósito del pagador	\$0.00	Solo su pagador carga los fondos.
Gastar dinero		
Transacciones de débito con firma	\$0.00	Seleccione "Credit" (Acreditar) o firme en un punto de venta (POS). También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.
Transacciones de débito con PIN	\$0.00	Seleccione "Debit" (Débito) e ingrese el PIN en el punto de venta (POS); los comercios participantes disponen de la opción de dinero en efectivo. También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.
Obtener efectivo y enviar efectivo		
Cargo por retiro o rechazo en cajeros automáticos Dentro de la red	\$0.00	Retiro o rechazo de un cajero automático que es parte de nuestra red. Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por retiros en cajeros automáticos Fuera de la red	\$1.00	Este es nuestro cargo. Recibirá dos (2) retiros gratis después de cada depósito que se realice en su cuenta. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no llega a concluir la transacción. "Fuera de la red" hace referencia a los cajeros automáticos que no son cajeros automáticos dentro de la red. Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por rechazo en cajeros automáticos Fuera de la red	\$0.00	No cobramos un cargo por este servicio. El operador del cajero automático podrá cobrar un cargo.
Retiro de efectivo en ventanilla del banco	\$1.00	En los bancos que exhiben el logo de la asociación de tarjetas en el anverso de su tarjeta. Este es nuestro cargo. Recibirá un (1) retiro gratis por cada depósito que se realice en su cuenta. También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.

Lista de todos los cargos (formulario largo) del Programa de desembolso del gobierno estatal Money Network (continuado)

Todos los cargos	Cargos del programa	Detalles
Cargo bancario por transferencia a cliente	\$0.00	Las transacciones nacionales efectuadas a través de la Cámara de Compensación Automatizada (Automated Clearing House, ACH) están sujetas a condiciones adicionales que se informan al iniciar una transacción.
Cargo por retiro de cámara de compensación automatizada internacional	\$0.00 más 0% de la tasa de cambio	Esta transacción le permite a usted transferir fondos a una cuenta bancaria internacional a través de la ACH. Cobramos cargos de transferencia que consisten en un cargo fijo de hasta \$7.00 más un recargo sobre la tasa de cambio de hasta el 3.5 %. Los cargos de transferencia pueden ser menores dependiendo del monto transferido y las condiciones del mercado. También se cobrarán los impuestos por transferencia que correspondan. Antes de culminar la transacción, se le informará el monto exacto de los cargos de transferencia y los impuestos por transferencia cobrados por nosotros. Su transacción está sujeta a la tasa de cambio y podrá estar sujeta a cargos e impuestos adicionales de terceros. La institución financiera del beneficiario también podrá cobrar cargos e impuestos. No controlamos las tasas de cambio ni los cargos establecidos por terceros y estos montos pueden variar. Estas transacciones están sujetas a condiciones adicionales que se informan al iniciar la transacción. Consulte el sitio web para obtener más información. Para recibir asistencia puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.
Información		
Estado de cuenta mensual impreso	\$0.00	También puede obtener la actividad de la cuenta sin cargo a través de la aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos), nuestro sitio web o del Servicio de Atención al Cliente.
Servicio de Atención al Cliente	\$0.00	Acceso a la cuenta gratuito, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidas las consultas sobre el saldo de la cuenta.
Cargo por consulta de saldo en cajero automático Dentro de la red	\$0.00	Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos a la transferencia de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por consulta de saldo en cajero automático Fuera de la red	\$0.00	Este es nuestro cargo. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no llega a concluir la transacción.
Uso de la tarjeta fuera de EE. UU. (transacciones internacionales)		
Cargo por retirios en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$1.00	Este es nuestro cargo. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no llega a concluir la transacción. El cargo por conversión de divisas, el cargo por servicio internacional o el cargo por transacción internacional también pueden aplicarse a estas transacciones.
Cargo por rechazo en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$0.00	
Cargo por consulta de saldo en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$0.00	
Evaluación del servicio internacional de Mastercard	2.0%	Este cargo se aplica si se iniciara una transacción en una moneda que no fuese dólares estadounidenses y se aplica una tasa de conversión de divisa. El cargo se aplica como un porcentaje del monto en dólares estadounidenses de cada transacción internacional realizada con su tarjeta. Consulte la sección titulada "Transacciones internacionales" en su Acuerdo del titular de la tarjeta para obtener más información. Si este cargo se aplicase a su transacción, se incluirá en el monto de la transacción en su estado de cuenta.
Evaluación transfronteriza de Mastercard	0.0%	Este cargo se aplica si un comerciante con un código de país fuera de los EE. UU. iniciara una transacción en dólares estadounidenses. El cargo se aplica como un porcentaje del monto en dólares estadounidenses de cada transacción internacional realizada con su tarjeta. Consulte la sección titulada "Transacciones internacionales" en su Acuerdo del titular de la tarjeta para obtener más información. Si este cargo se aplicase a su transacción, se incluirá en el monto de la transacción en su estado de cuenta.
Otro		
Reemisión de tarjeta perdida/robada	\$0.00	Tarjeta reemitida y enviada por correo postal de los EE. UU. entre 7 y 10 días hábiles después de realizado el pedido. Una tarjeta de reemplazo suministrada sin cargo cada año calendario.
Cargo por envío prioritario	\$8.00	Cargo adicional por enviar la tarjeta de reemplazo entre 4 y 7 días hábiles después de realizar el pedido. También se aplica un cargo por reemisión de tarjeta.
Información adicional		
<p>Sus fondos son elegibles para el seguro de depósito, hasta los límites aplicables estipulados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos ("FDIC"). Sus fondos se conservarán en My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank, N.A., una institución asegurada por la FDIC. Una vez allí, la FDIC asegurará sus fondos por un máximo de \$250,000 en caso de que Flagstar Bank incumpla, si se reúnen los requisitos específicos de seguro de depósito y su tarjeta está registrada. Consulte fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html para obtener más detalles.</p> <p>Sin característica de sobregiro/crédito.</p> <p>Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-800-684-7051, por correo a 2900 Westside Pkwy, Alpharetta, GA 30004, o visite nuestro sitio web en moneynetwork.com/EDD.</p> <p>Para obtener información general sobre cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid.</p> <p>Si tiene quejas sobre alguna cuenta prepaga, llame a la Oficina de Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.</p>		
© 2023 Money Network Financial, LLC. My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank N.A., miembro de la FDIC es el emisor de las tarjetas. Todas las marcas registradas, las marcas de servicio y los nombres comerciales mencionados en estos materiales son propiedad de sus respectivos dueños. FSB ST GOV EDD 23/03.		

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 California Unemployment Insurance Code (Código de Seguro de Desempleo de California); las secciones 1085, 1088 y 1326, Título 22 del California Code of Regulations (Código de Reglamentos de California); la Parte 604 del Título 20 del Code of Federal Regulations (Código Federal de Regulaciones); y con las Secciones 1621, 1641 y 1642, Título 8 del U.S. Code (Código de los Estados Unidos).

RECOPILACIÓN Y ACCESO A INFORMACIÓN.

La ley estatal requiere que 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 Estatal de Incapacidad del EDD
Persona de contacto local: Gerente, Oficina del Seguro Estatal de Incapacidad del EDD	Información de contacto: Puede comunicarse con el Seguro Estatal de Incapacidad llamando al 1-800-480-3287 . Puede encontrar una lista con las direcciones de las oficinas locales del Seguro Estatal de Incapacidad, la puede encontrar en edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm . La dirección y número de teléfono del Seguro Estatal de Incapacidad aparece en la Notificación de Cálculo de Beneficios (DE 429D/S), 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, Secciones 2601 a 3272. Código de Reglamentos de California, 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 podría causar una demora en la emisión de los beneficios o podría ocasionar que se le niegue el pago de beneficios a que tiene derecho.• Si intencionalmente hace una declaración o representación falsa, u oculta un hecho importante con el fin de obtener o aumentar los beneficios o pagos, el EDD determinará que 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 Incapacidad.• 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 personas que están siendo buscadas 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 para los servicios sociales disponibles al público de acuerdo a las estipulaciones de la División 9 del California Welfare and Institutions Code (Código de Asistencia Pública e Instituciones de California).• Para ser utilizado por el EDD y para llevar a cabo sus responsabilidades de acuerdo con el Código de Seguro de Desempleo de California;• Para el intercambio de información, conforme con la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California y la Sección 1798.24 del California Civil Code (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">(1) La administración de un programa del Seguro de Desempleo.(2) La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo o el Seguro Estatal de Incapacidad.(3) Asistencia a personas desempleadas o desplazadas.(4) La investigación de violaciones de la ley laboral o acusaciones de discriminación ilegal en el empleo.(5) La audiencia de apelaciones sobre la compensación para trabajadores.(6) 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.(7) Cuando sea bajo mandato de la ley estatal o federal. Declaraciones conforme a la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California 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: (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 al 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.		



2501F12201

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (CUIDADO DE UN FAMILIAR, VÍNCULO PATERNAL O PROVEER APOYO MILITAR)

A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	A2. SU FECHA DE NACIMIENTO	A3. IDIOMA DE PREFERENCIA INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRÍBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEGUIDA)

A4. SU NOMBRE LEGAL NOMBRE INICIAL APELLIDO	A5. SU GÉNERO MASCULINO FEMENINO

A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO	A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, BAJO LOS CUALES HAYA TRABAJADO

A8. SU DIRECCIÓN POSTAL (PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA EN UN APARTADO POSTAL PARTICULAR—NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL— TIENE QUE MARCAR EL NÚMERO EN EL ESPACIO DE "PMB#")	PMB# (SI ES PERTINENTE)
CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.)	

A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN	DIRECCIÓN POSTAL
CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	

A10. FECHA EN QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ	A11. FECHA EN QUE DESEA QUE COMIENZE SU SOLICITUD DEL PFL	A12. FECHA EN QUE REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR	A13. ¿TRABAJÓ O CONTINUARÁ TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE AUSENCIA FAMILIAR? NO SÍ

A14. ¿POR QUÉ REDUJÓ O REDUCIRÁ SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJÓ DE TRABAJAR? CUIDADO DE UN FAMILIAR VÍNCULO PATERNAL CON UN HIJO APOYO MILITAR OTRO (EXPLIQUE)	A15. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

A16. SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> EDD DEBIT CARD SM <input type="checkbox"/> CHEQUE

A17. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE NECESITA CUIDADO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR NOMBRE INICIAL APELLIDO

A18. LA PERSONA ANTES MENCIONADA QUE REQUIERE CUIDADO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR, ES SU: HIJO CÓNYUGE PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA PADRE/MADRE SUEGRO ABUELO NIETO HERMANO OTRO (EXPLIQUE)

A19. ¿HAY ALGÚN OTRO FAMILIAR LISTO, ANUENTE, DISPUESTO Y DISPONIBLE PARA PROVEER CUIDADO DURANTE EL MISMO PERÍODO EN QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DEL PFL? NO SÍ	A20. ¿HA SOLICITADO O PLANEA SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERÍODO CUBIERTO POR ESTA SOLICITUD? NO SÍ	A21. ¿TIENE USTED MÁS DE UN EMPLEADOR? NO SÍ	A22. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINUA O CONTINUARÁN PAGÁNDOLE DURANTE SU AUSENCIA FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO: ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (EXPLIQUE)	A23. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)? NO SÍ

A24. EN ALGÚN MOMENTO, DURANTE SU PFL, ¿ESTUVO BAJO LA CUSTODIA DE LAS AUTORIDADES ENCARGADAS DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY PORQUE SE LE CONDENÓ POR VIOLAR UNA LEY U ORDENANZA?	NO SÍ

A25. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta declaración, (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), y certifico que, durante el período cubierto por esta solicitud, estuve proporcionando cuidado, para establecer un vínculo paternal, o participé en un evento aprobado con la persona mencionada anteriormente; (2) autorizo al EDD para que revele mi información personal, según se muestra en esta solicitud, a la persona que recibe el cuidado y al médico/profesional médico a cargo del tratamiento de la persona que recibe el cuidado, según se indica respectivamente en la Parte C y en la Parte D de esta solicitud; (3) autorizo a mi(s) empleador(es) para que revele(n) al EDD todos los datos pertinentes a mi empleo que sean de su conocimiento; y (4) autorizo la revelación y el uso de información, según se indica en la parte de este formulario designada como "Recopilación y Acceso a Información". Entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente u ocultar un hecho relevante a fin de obtener el pago de beneficios, es una violación a la ley de California y que se castiga con encarcelamiento o multa, o ambas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que le acompañen, es verdadera, correcta y completa, a mi mejor saber y entender. Acepto que las fotocopias de esta autorización tendrán la misma validez que el original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración se otorgan por un período de quince años a partir de la fecha de mi firma o de la fecha de vigencia de la solicitud de beneficios, o la que sea posterior.

Firma del solicitante (NO USE LETRA DE MOLDE)	Si la firma se hace con una marca (X), por favor ponga la marca aquí.*	Fecha de la firma
*Si su firma se hace con una marca (X), deberá ser atestiguada con la firma y dirección postal de dos testigos.		
Firma y dirección postal del primer testigo	Firma y dirección postal del segundo testigo	



2501F12202

PARTE B – CERTIFICACIÓN PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS (PARA QUE LO COMPLETE LA PERSONA QUE SOLICITE BENEFICIOS DEL PFL, PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS CON UN(A) HIJO(A))

B1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	B2. FECHA DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL O ADOPCIÓN	B3. EL/LA NIÑO(A) MENCIONADO(A) EN B8 ES MI HIJO(A) BIOLÓGICO(A) HIJASTRO(A) HIJO(A) DE CRIANZA HIJO(A) ADOPTIVO(A) OTRO(A)
---------------------------------------	--	---

B4. SU APELLIDO LEGAL (NECESARIO EN CASO DE QUE LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS SE SEPAREN)	B5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL/DE LA NIÑO(A) (SI ESTÁ DISPONIBLE)	B6. FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A)	B7. SEXO DEL/DE LA NIÑO(A) HOMBRE MUJER
--	---	--	--

B8. NOMBRE LEGAL DEL/DE LA NIÑO(A) NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO

B9. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL/DE LA NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE DE LA DEL/DE LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS)

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)

B10. COMO PRUEBA DE LA RELACIÓN EN B3, MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES, Y ADJUNTE UNA COPIA DEL DOCUMENTO MARCADO. (NO ENVÍE DOCUMENTOS LEGALES. NO SE DEVOLVERÁN.)

ACTA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A) ACUERDO DE COLOCACIÓN PARA ADOPCIÓN, AD-907
 DECLARACIÓN DE PATERNIDAD, CS-909 ACUERDO DE COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN INDEPENDIENTE, AD-924
 REGISTRO DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL, SOC-815 OTRO

B11. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta certificación para entablar lazos afectivos, yo autorizo al proveedor médico, agencia de adopciones, parte(s) en la adopción o a la agencia de colocación en cuidado de crianza temporal, para que revelen al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) todos los datos referentes al nacimiento, adopción, o a la colocación en cuidado de crianza temporal, del/de la niño(a) mencionado(a) anteriormente. Yo entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente, o el ocultar un dato relevante, a fin de obtener el pago de beneficios, es una violación de la ley de California, que se castiga con encarcelamiento o con una multa, o con ambas cosas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualesquier declaraciones que le acompañen, a mi leal saber y creencia es verdadera, correcta y completa. Acepto que las fotocopias de esta autorización deberán ser tan válidas como la original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración de solicitud de beneficios se otorguen durante un período de quince años, a partir de la fecha de mi firma, o la fecha vigente de la solicitud de beneficios, lo que sea posterior.

Firma Original del/de la Solicitante para Entablar Lazos Afectivos – UN SELLO NO ES ACEPTABLE Fecha de la firma

PARTE C – DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO (EL/LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS PUEDE COMPLETARLA, SI LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO ESTÁ INCAPACITADA MENTAL O FÍSICA-MENTE PARA HACERLO. TIENE QUE FIRMARLA LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO/A.)

C1. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO	C2. NO. DE TELÉFONO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO	C3. SEXO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO HOMBRE MUJER EL CUIDADO
--	--	--

C4. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO

C5. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)

C6. AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN MÉDICA (CONFIRMACIÓN). Yo autorizo a mi médico/profesional médico que divulgue mi información personal de salud actual a mi proveedor de cuidado y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés). Además, entiendo que las copias de mi firma, que aparece a continuación, son tan válidas como la original.

Firma de la persona que recibe el cuidado (NO IMPRIMIR) Fecha de la firma

C7. Representante Autorizado(a) que firma en nombre de la persona que recibe el cuidado tiene que completar lo siguiente:

Yo, _____, represento a la persona que recibe el cuidado, o para entablar lazos afectivos en este asunto, según lo autoriza el derecho de padres _____ el poder legal (adjunte copia) _____ la orden de un tribunal (adjunte copia) (Para un/a cónyuge o pareja doméstica, comuníquese al EDD.)

Firma del/de la Representante Autorizado(a) (NO IMPRIMIR) Fecha de la firma



INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM:

Please complete the information in the spaces provided in UPPER CASE using black ink. Do not use special characters (-, ., /). If handwritten, print each letter or number in a separate box. Ignore the boxes provided if using a typewriter or printer.

PART D – PHYSICIAN/PRACTITIONER’S CERTIFICATION (DO NOT COMPLETE THIS PART IF YOU ARE BONDING OR PARTICIPATING IN A QUALIFYING EVENT.)

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 M M D D Y Y Y Y	D4. DOES YOUR PATIENT REQUIRE CARE BY THE CLAIMANT? NO (SKIP TO D15) YES

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 M M D D Y Y Y Y

D10. FIRST DATE CARE NEEDED M M D D Y Y Y Y	D11. DATE YOU EXPECT RECOVERY M M D D Y Y Y Y NEVER	D12. DATE YOU ESTIMATE PATIENT WILL NO LONGER REQUIRE CARE BY THE CLAIMANT M M D D Y Y Y Y PERMANANT

D13. APPROXIMATELY HOW MANY TOTAL HOURS PER DAY WILL PATIENT REQUIRE CLAIMANT?

HOURS	COMMENTS

D14. WOULD DISCLOSURE OF THIS CERTIFICATE TO YOUR PATIENT BE MEDICALLY OR PSYCHOLOGICALLY DETRIMENTAL? NO YES

D15. PHYSICIAN/PRACTITIONER’S LICENSE NUMBER	D16. STATE OR COUNTRY PHYSICIAN/PRACTITIONER IS LICENSED.

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)

D21. PHYSICIAN/PRACTITIONER’S Certification and Signature: 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.

Original Signature of Attending Physician/Practitioner – RUBBER STAMP IS NOT ACCEPTABLE	PHYSICIAN/PRACTITIONER’S PHONE NO.	Date Signed (MM DD YYYY)

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.



2501F12204

PARTE E –CERTIFICACIÓN DE APOYO MILITAR (DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE)

E1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	E2. SU NOMBRE LEGAL	
	NOMBRE	INICIAL APELLIDO

E3. NOMBRE DEL MILITAR QUE ESTA EN COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO O EN ESPERA DE UN LLAMADO INMINENTE PARA COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO

NOMBRE INICIAL APELLIDO

E4. FECHA DE NACIMIENTO DEL MILITAR	E5. GÉNERO DEL MILITAR
	MASCULINO FEMENINO

E6. DIRECCIÓN POSTAL DEL MILITAR

CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.)

E7. ÚLTIMOS 4 DIGITOS DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL MILITAR

E8. PERÍODO DE LA COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO DEL MILITAR	E9. FECHA EN QUE AL MILITAR LE FUE NOTIFICADO LA COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO
AL	

E10. POR FAVOR SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS Y ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN INDICADA PARA RESPALDAR QUE EL MILITAR ESTÁ EN COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO, EN ESPERA DE UN LLAMADO INMINENTE O QUE RECIBIÓ UNA ORDEN PARA COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO:

ORDENES DE COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO AVISO DE UN LLAMADO INMINENTE U ORDEN PARA COBERTURA DE SERVICIO ACTIVO

DOCUMENTACIÓN DE AUSENCIA MILITAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD MILITAR CORRESPONDIENTE QUE APROBÓ QUE EL MILITAR SE AUSENTARÁ PARA DESCANSAR Y RECUPERARSE

E11. EL EVENTO APROBADO DE LA SOLICITUD DEL PFL ES PARA: (Se puede seleccionar una o más razones)

PROVEER/ORGANIZAR EL CUIDADO DEL HIJO(S) DEL MILITAR PROVEER/ORGANIZAR EL CUIDADO DE LOS PADRES DEL MILITAR

ASISTIR A SESIONES DE TERAPIA O ASESORAMIENTO REALIZAR ARREGLOS FINANCIEROS/LEGALES

AYUDAR AL MILITAR DURANTE SU RECUPERACIÓN Y DESCANSO ASISTIR A UN EVENTO MILITAR

REPRESENTAR AL MILITAR ANTE LAS AGENCIAS FEDERALES, ESTATALES O LOCALES TRATAR CUESTIONES RELATIVAS AL FALLECIMIENTO DEL MILITAR

OTRAS: _____

E12. ¿ADJUNTÓ LA DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDA ESTA SOLICITUD PARA AUSENTARSE?

SÍ NO NINGUNO DISPONIBLE

NOTA: Para que la certificación sea suficiente y completa para respaldar la solicitud del PFL debido a un evento aprobado, debe incluir cualquier documentación por escrito disponible que respalde la necesidad de ausentarse. La documentación puede incluir; una copia de una reunión donde se anuncie una sesión informativa patrocinada por el ejército, un documento que confirme el permiso de descanso y recuperación del militar, una cita con tercero (es decir, un terapeuta/consejero, funcionario escolar o personal de un centro de atención) o un copia de una factura de los servicios referentes al manejo de asuntos legales o financieros. Si solicita el permiso para reunirse con un tercero, el empleado debe proporcionar la documentación suplementaria de la reunión, que incluya el nombre, dirección y la información de contacto de la persona o entidad con quien se va a reunir (ya sea el número de teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico de la persona o entidad).

E13. Declaración y firma. Por medio de mi firma en esta certificación de apoyo al militar, entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente u ocultar un hecho relevante a fin de obtener el pago de beneficios es una violación de la ley de California, y que se castiga con encarcelamiento o multa, o ambas. Declaro bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que le acompañen, es verdadera, correcta y completa, a mi mejor saber y entender. Acepto que las fotocopias de esta autorización tendrán la misma validez que el original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración se otorgan por un periodo de quince años a partir de la fecha de mi firma o de la fecha vigente de la solicitud de beneficios, o la que sea posterior.

Firma original del solicitante de apoyo militar (NO IMPRIMIR) Fecha de la firma



2501F12205

EVENTO APROBADO PARA AUSENTARSE- DOCUMENTACIÓN

Si solicita el permiso para reunirse con un tercero, el empleado debe proporcionar la documentación suplementaria de la reunión, que incluya el nombre, dirección y la información de contacto de la persona o entidad con quien se va a reunir (ya sea el número de teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico de la persona o entidad). El motivo de la reunión puede incluir: organizar el cuidado de los hijos o de los padres, terapia o asesoría, realizar arreglos financieros o legales, actuar como representante del militar ante una agencia federal, estatal o local con el fin de obtener, organizar o apelar cualquier trámite relacionado con los beneficios del servicio militar, o asistir a cualquier evento patrocinado por las organizaciones militares o del servicio militar.

**FAVOR DE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN SUPLEMENTARIA, SI APLICA
(Adjunte una hoja adicional si se requiere más espacio)**

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SU NOMBRE LEGAL	
	NOMBRE	INICIAL APELLIDO

NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN SE REUNIRÁ EL SOLICITANTE:

TÍTULO:

ORGANIZACIÓN:

NÚMERO DE TELÉFONO (proporcione código de área o código del país):

NÚMERO DE FAX (proporcione código de área o código del país):

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN POSTAL

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

País (si no es EE.UU)

DESCRIBA EL MOTIVO DE LA REUNIÓN, INCLUYA FECHAS, SI LO SABE: