Solicitud de

beneficios por incapacidad

Employment Development Department
State of California

El programa de beneficios por incapacidad de California ofrece hasta 52 semanas de pagos de beneficios.

Si usted no puede hacer su trabajo habitual a causa de una incapacidad, puede ser elegible para recibir beneficios.

Una incapacidad incluye:

- Una enfermedad o lesión, ya sea física o mental.
- Cirugía, incluyendo una cirugía electiva.
- Embarazo y parto.

Cuándo solicitar beneficios

Usted puede solicitar beneficios nueve días después de que no pudo hacer su trabajo habitual a causa de su incapacidad. Envíe su solicitud en un plazo de 49 días a partir de esta fecha para evitar la pérdida de beneficios.

Cómo completar su solicitud

Cuando complete su solicitud:

- Utilice únicamente tinta negra.
- Escriba claramente y con letra de molde sus respuestas dentro de las casillas.
- Escriba su número de Seguro Social (SSN) en todas las páginas de la solicitud, así como en cualquier documento que adjunte. Si no tiene un número de Seguro Social, puede dejar las casillas en blanco.

Cómo enviar su solicitud

Envíenos por correo postal su solicitud completa en el sobre proporcionado. Si no envía su solicitud a tiempo, tiene errores o le falta información, se podría retrasar el proceso o se le puede negar que reciba beneficios.

Después de que hayamos recibido su solicitud, incluyendo la Parte A y la Parte B, usted recibirá información por correo postal dentro de aproximadamente dos semanas. El tiempo de trámite de una solicitud puede variar. Para que el proceso sea más rápido, puede solicitar beneficios utilizando el servicio de **SDI Online** en la página edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/.

Si no puede completar su solicitud debido a una incapacidad, o si es un representante autorizado para presentar la solicitud de la persona con incapacidad o fallecida, llame al 1-800-480-3287, o envíenos un mensaje utilizando el servicio de **Ask EDD** en la página askedd.edd.ca.gov (en inglés).

El EDD es un empleador o programa de igualdad de oportunidades. Los servicios y asistencia auxiliar para las personas con discapacidades están disponibles cuando se soliciten.

Las solicitudes de servicios, asistencia o formatos alternos se deben hacer antes del evento llamando al 1 (866) 490-8879 (voz). Si utiliza TTY (teletipo), por favor, llame al 711 para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California

La solicitud tiene dos partes.
Para que su solicitud esté completa,
debemos recibir la Parte A y la Parte B.

Parte A –
Declaración del solicitante

Debe completar y firmar la Parte A.

- En la casilla A13, si usted tiene un buzón de correo postal privado, escriba las iniciales “PMB” al inicio de su dirección.
- Para obtener ayuda con las preguntas A18 y A19, consulte la sección “Montos de sus beneficios” en la página 2. Para la pregunta A18, el primer día en el que no pudo hacer su trabajo habitual es el día de inicio de su incapacidad.
- Si tiene una incapacidad relacionada con el trabajo, conteste las preguntas A31 hasta A38. Si su solicitud para el programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) ha sido aceptada, negada o se ha retrasado, incluya la carta en donde la compañía aseguradora le informa sobre el estatus de su solicitud.

Nota: No complete esta solicitud si usted:

- Tiene un seguro de plan voluntario. Solicite información a su empleador sobre cómo hacer su solicitud.
- Es un empleado del gobierno estatal que pertenece a la unidad de negociación 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 18 o 19. Consulte el formulario *Claim for Nonindustrial Disability Insurance (NDI)* (DE 8501), en inglés.

Parte B –
Certificación del médico o profesional médico

Su médico o profesional médico debe completar y firmar la sección “Certificación del médico o profesional médico”, y puede hacerlo utilizando los servicios de SDI Online o la **Parte B** de esta solicitud. Si utiliza la Parte B, usted tiene que asegurarse de que la envía junto con la Parte A.

Si está bajo el cuidado de un médico practicante religioso acreditado, éste debe completar el formulario *Claim for Disability Insurance Benefits - Religious Practitioner's Certificate* (DE 2502), en inglés. Para obtener el formulario DE 2502, llame al 1-800- 480-3287

No aceptamos firmas con sello.

Elegibilidad básica

Para ser elegible para recibir beneficios por incapacidad, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- No poder hacer su trabajo habitual durante al menos ocho días consecutivos.
- Tener empleo o haber estado buscando empleo en forma activa cuando inició su incapacidad.
- Haber sufrido pérdida de salario a causa de su incapacidad. Si estaba desempleado, tiene que haber estado buscando empleo de manera activa.
- Haber ganado por lo menos $300, de los cuales se hayan hecho deducciones del SDI durante los pasados 5 a 18 meses. Consulte la sección "Montos de sus beneficios" más abajo.
- Durante los primeros ocho días de su incapacidad, haber estado bajo el cuidado y recibido tratamiento de un médico o profesional médico con licencia. La fecha inicial de su solicitud puede ajustarse para cumplir con este requisito. Usted debe permanecer bajo cuidado y tratamiento para seguir recibiendo beneficios.
- Enviar su solicitud de beneficios en un plazo de 49 días a partir de la fecha en la que inició su incapacidad, o podría perder beneficios.

Su médico o profesional médico tiene que completar la certificación médica de su incapacidad. Para incapacidades relacionadas con embarazo o parto normal, una partera autorizada o enfermera partera puede completar la certificación médica.

Si está bajo el cuidado de un practicante religioso, éste debe completar y firmar el formulario *Claim for Disability Insurance Benefits - Religious Practitioner's Certificate* (DE 2502). Para obtener un formulario DE 2502, llame al 1-800-480-3287. 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.

No elegible

Solicite beneficios incluso si no está seguro si es elegible. Si determinamos que no es elegible para el total o una parte del periodo de su solicitud, se lo informaremos. Es posible que no sea elegible si:

- Está solicitando o recibiendo beneficios por desempleo o del Permiso Familiar Pagado.
- Su incapacidad inició después de cometer un crimen que resultó en una condena por delito grave.
- Está recibiendo beneficios del programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) por una cantidad semanal igual o mayor que la cantidad del SDI.
- Está encarcelado o en prisión porque fue condenado por cometer un crimen.
- Es residente en un centro de rehabilitación de alcoholismo y drogadicción que no cuenta con licencia ni certificación del estado.
- No presentó un examen médico independiente, si es que se le solicitó.

Fraude

Es un delito hacer falsas declaraciones u ocultar información intencionalmente con el fin de recibir beneficios. Las sanciones por lo anterior pueden incluir multas, pérdida de beneficios y acciones penales. Para identificar y desalentar fraudes, revisamos continuamente las solicitudes, investigamos actividades sospechosas y procuramos la restitución y condena a través de enjuiciamiento (CUIC, secciones 2101, 2116 y 2122).

Sus responsabilidades

- Enviar su solicitud en un plazo de 49 días a partir de la fecha en la que inició su incapacidad. Si no envía su solicitud a tiempo, incluya una explicación del motivo por escrito.
- Leer las instrucciones de todos los formularios que reciba. Si no está seguro de lo que tiene que hacer, comuníquese o acuda a una **oficina del Seguro de Incapacidad** (edd.ca.gov/es/Office_Locator).
- Informarnos por escrito, a través de SDI Online o por teléfono, sobre lo siguiente:
  - Cambio de dirección o número telefónico.
  - Regreso a empleo de tiempo completo o de tiempo parcial.
  - Recuperación de su incapacidad.
  - Pago de cualquier tipo de salario.

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

- **Incluir en toda la correspondencia su nombre, el número de solicitud y el número de Seguro Social que utilizó para obtener beneficios.**

Sus derechos

La información acerca de su solicitud es confidencial, salvo para los propósitos permitidos por la ley. Tiene derecho a revisar cualquier expediente personal que tengamos sobre usted y solicitar que corrijamos nuestros datos si cree que no son correctos, relevantes, puntuales o no están completos (Código Civil, sección 1798.34 y 1798.35).

Es posible que no se le muestre cierto tipo de información:

- Expedientes médicos o psicológicos en los que el conocimiento del contenido puede ser perjudicial para el sujeto.
- Expedientes de investigaciones activas criminales, civiles o administrativas.

Si se le niega el acceso a expedientes a los que cree tener derecho a revisar, o si se le niega la petición para corregir sus expedientes, puede presentar una apelación en una oficina del SDI. Puede solicitarnos una copia de su expediente llamando al 1-866-480-3287 (Código Civil, sección 1798.40).

También tiene el derecho de apelar cualquier descalificación, sobrepago de beneficios o sanción. Se le darán instrucciones sobre cómo apelar en los mismos documentos que puedan ser apelables. Si presenta una apelación y su incapacidad continúa, tiene que completar y devolver certificaciones de solicitud de beneficios continuos.

Montos de sus beneficios — Generalmente, su solicitud comienza en el día en el que comienza su incapacidad. El primer día en el que no puede hacer su trabajo habitual es el día en el que inicia su incapacidad.

Calculamos su **monto de beneficios semanal** utilizando su periodo reglamentario. La fecha de inicio de su incapacidad determina el periodo reglamentario, a menos que ajustemos la fecha de vigencia de la solicitud. Si desea que su solicitud comience en una fecha posterior para tener un periodo reglamentario diferente, llame al 1-800-480-3287 antes de enviar su solicitud.

Su periodo reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Incluye los salarios sujetos a impuestos del SDI que se le pagaron aproximadamente de 5 a 18 meses antes de que iniciara su solicitud para recibir beneficios por incapacidad. Su periodo reglamentario no incluye salarios pagados al momento en el que comenzó su incapacidad.

Utilice la siguiente información para determinar su periodo reglamentario.

- Si su solicitud comienza en enero, febrero o marzo, su periodo reglamentario abarca los 12 meses y termina el pasado 30 de septiembre.
- Si su solicitud comienza en abril, mayo o junio, su periodo reglamentario abarca los 12 meses y termina el pasado 31 de diciembre.
- Si su solicitud comienza en julio, agosto o septiembre, su periodo reglamentario abarca los 12 meses y termina el pasado 31 de marzo.
- Si su solicitud comienza en octubre, noviembre o diciembre, su periodo reglamentario abarca los 12 meses y termina el pasado 30 de junio.

El trimestre de su periodo reglamentario, en el cual se le pagaron los salarios más altos, determina su monto de beneficios semanal. No puede cambiar la fecha de inicio de la solicitud o ajustar su periodo reglamentario una vez que ha iniciado una solicitud válida.

Su **monto de beneficios diario** son sus beneficios semanales divididos entre siete. Su **monto de beneficios máximo** es 52 veces su monto de beneficios semanal o los salarios totales sujetos a impuestos del SDI pagados en su periodo reglamentario, cualquiera que sea el menor. Las siguientes son las excepciones:

- Para empleadores y personas que trabajan por cuenta propia y que eligen cobertura del SDI, el monto de beneficios máximo es 39 veces la cantidad semanal.
- Para residentes de centros de rehabilitación de alcoholismo y drogadicción con licencia y certificación del estado, el periodo máximo a pagar es de 90 días. Sin embargo, no tienen esta limitación las incapacidades relacionadas con o causadas por alcoholismo agudo o crónico o por uso excesivo de drogas y las cuales estén siendo médicamente tratadas.

Comuníquese o acuda a una **oficina del SDI** (edd.ca.gov/es/Office_Locator) para obtener más información si:

- No tiene suficientes salarios en el periodo reglamentario y su incapacidad continúa. Puede indicar una fecha de inicio posterior en su solicitud.
- No tiene suficientes salarios del periodo reglamentario y estaba activamente buscando trabajo por 60 días o más en cualquier trimestre del periodo reglamentario. Puede sustituir salarios pagados en trimestres anteriores.
- Durante su periodo reglamentario estaba en el servicio militar de Estados Unidos, recibió beneficios del programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) o no trabajó por motivo de una disputa laboral. Puede estar autorizado para sustituir salarios pagados en trimestres anteriores, ya sea para validar su solicitud o para incrementar el monto de sus beneficios.

Cómo se pagan los beneficios

Cuando recibimos su solicitud completa, le enviaremos por correo postal una *Notificación de Cálculo de Beneficios* (DE 429D/S), en la cual se le informará cuáles podrían ser sus pagos semanales. Es posible que le solicitemos más información para determinar su elegibilidad.

Si es elegible para recibir beneficios, tiene la opción de recibir pagos por medio de depósito directo, tarjeta de débito o cheque. **El depósito directo es la manera más segura y más rápida de recibir sus pagos.** *Para recibir sus pagos mediante depósito directo, debe hacer una solicitud a través de* **SDI Online** (edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/).

No tiene que aceptar pagos mediante depósito directo o tarjeta de débito. Para recibir sus pagos por cheque, espere de 7 a 10 días para que el correo postal de Estados Unidos se los entregue. Seleccione su método de pago preferido en la pregunta A39.

La mayoría de las solicitudes son procesadas y los pagos son emitidos en un plazo de 14 días a partir de la fecha en la que se reciban la Parte A y la Parte B de la solicitud. **Los primeros siete días de su solicitud se consideran un periodo de espera que no se le pagará.**

Si es elegible para recibir más beneficios, le enviaremos los pagos automáticamente o adjuntaremos un formulario de certificación de beneficios continuos para el siguiente periodo. Normalmente, los periodos de certificación son de dos semanas; sin embargo, el periodo puede variar bajo ciertas circunstancias.

Se le pagará 1/7 de su monto de beneficios semanal por cada día calendario en el que usted sea elegible, a menos que los beneficios se reduzcan. Consulte la sección “Reducciones de beneficios” más abajo. Si recibe beneficios por incapacidad en vez de beneficios por desempleo o del Permiso Familiar Pagado, los montos pagados serán reportados al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Para obtener información específica acerca de sus impuestos, comuníquese con el **IRS** (irs.gov/es).

Reducciones de beneficios

Bajo ciertas circunstancias, es posible que no sea elegible para recibir beneficios por un periodo de su solicitud, o es posible que sólo se le autoricen beneficios parciales. Nosotros determinaremos si los beneficios deben ser reducidos. Debe reportarnos los siguientes tipos de salarios aunque no siempre afecten sus beneficios:

- Pago por ausencia por enfermedad
- Salarios de empleo por cuenta propia
- Pago militar
- Comisiones
- Salarios, incluyendo los salarios de deberes modificados (*duty wages*)
- Residuales
- Salario de trabajo de tiempo parcial
- Bonos
- Beneficios del programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*)
- Convenios con compañías de seguros
- Pago por días festivos

El hecho de no reportar sus salarios podría resultar en un sobrepago de beneficios, sanciones, y en una descalificación de beneficios por declaración falsa. Además, sus beneficios pueden ser reducidos a causa de un sobrepago de beneficios anterior por desempleo, Permiso Familiar Pagado o incapacidad, o por incumplimiento de pagos de manutención por orden judicial.

Interrupción y terminación de beneficios

Le enviaremos una *Notificación de Pago Final* cuando nuestros datos indiquen lo siguiente:

- Se le han pagado beneficios hasta la fecha de recuperación calculada por su médico o profesional médico. Si su incapacidad continúa, solicite a su médico o profesional médico que complete y envíe por correo el *Certificado Suplemental de Médico/Profesional (Médico)* (DE 2525XX/S) adjunto a la *Notificación de Pago Final*.
- Se ha recuperado o ha regresado a trabajar. Si regresa a trabajar, pero una vez más no puede hacer su trabajo a causa de una incapacidad, envíe inmediatamente una solicitud y reporte las fechas en las que trabajó.

Sobrepago de beneficios

Un sobrepago de beneficios ocurre cuando recibe beneficios por incapacidad que no era elegible para recibir. Una vez que determinamos que recibió un sobrepago de beneficios, nos comunicaremos con usted para que nos explique el motivo. Es importante que complete y devuelva toda la información que se le pida, porque hay ocasiones en que los sobrepagos se puedan condonar.

Si determinamos que recibió un sobrepago que no puede condonarse, deberá reembolsar el dinero. Los pagos emitidos después de un sobrepago de beneficios pueden reducirse de un 25 a un 100 por ciento para cobrarle su sobrepago de beneficios. Le enviaremos una *Notificación para Anular Sobrepagos de Beneficios* (DE 826/S), si su monto de beneficios semanales es reducido ya sea por un sobrepago de beneficios por incapacidad, Permiso Familiar Pagado o por desempleo.

Descalificación

Tomaremos en cuenta toda la información disponible antes de pagar o descalificar su solicitud. Los beneficios sólo serán pagados por los días en los que usted es elegible. Si un pago de beneficios es negado o reducido, se le enviará una *Notificación de Decisión* (DE 2517/S), indicando el motivo de la descalificación y el periodo de tiempo.

Si deliberadamente reporta información incorrecta o intencionadamente omite información, podemos emitir una descalificación de beneficios por declaración falsa de hasta 92 días. Lo anterior puede entrar en vigor si usted acepta pagos de beneficios de incapacidad que sabe que incluyen días que no se le deben pagar, tales como los días después de que volvió al trabajo. Además, cualquier sobrepago aumentará por una sanción del 30 por ciento.

Circunstancias especiales

- Si ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, repórtela a su empleador y haga que su médico o profesional médico con licencia envíe un reporte a la compañía de seguros del programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) de su empleador. Si dicha compañía retrasa los pagos o se niega a hacerlos, podemos pagarle beneficios mientras su caso está pendiente. Sin embargo, solamente pagaremos beneficios por el periodo de su incapacidad y presentaremos un derecho de retención de salarios para recuperar los beneficios pagados.

  Nota: El Seguro Estatal de Incapacidad y el programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) son dos programas separados. Legalmente, no se le pueden pagar beneficios completos de ambos programas por el mismo periodo. Sin embargo, si la cantidad de beneficios del programa de compensación para trabajadores es menor que la cantidad del SDI, podemos pagarle la diferencia.

  Para obtener información sobre el programa de compensación para trabajadores, comuníquese con su oficina local de la Junta de Apelaciones correspondiente (dir.ca.gov).

- Para el caso de embarazo, su incapacidad comienza el primer día en el que no puede hacer su trabajo habitual. Los beneficios por incapacidad se pagarán por el periodo de tiempo reportado en la certificación de su médico o profesional médico. Las solicitudes de beneficios de incapacidad por embarazo **no deben enviarse** sino hasta después del octavo día posterior a la fecha en la que su médico o profesional médico certifique que tiene una incapacidad. Le enviaremos una Solicitud de Beneficios para el *Permiso Familiar Pagado - Madre Primeriza* (DE 2501FP/S) junto con su pago final por incapacidad para que lleve a cabo la transición a una solicitud para establecer un vínculo materno.
- Si tiene preguntas sobre manutención de hijos, comuníquese con el Department of Child Support Services al 1-866-249-0773.
- Si tiene preguntas sobre apoyo conyugal o de padres, comuníquese con la oficina de la Fiscalía del Distrito que administra la orden judicial.
- Si un miembro de la familia tiene que dejar de trabajar para cuidar de usted o si usted deja de trabajar para cuidar a un miembro de la familia que está gravemente enfermo, visite edd.ca.gov/PaidFamilyLeave o comuníquese con el programa al 1-877-238-4373 para obtener más información.
- Si cree que su incapacidad será de larga duración o permanente, comuníquese con la Administración del Seguro Social antes de que termine de recibir sus beneficios por incapacidad. Para obtener más información, llame gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.
- Si tiene una incapacidad que le impide obtener o mantener un empleo, el Departamento de Rehabilitación puede asistirle con entrenamiento vocacional, educación, oportunidades profesionales, maneras de vivir independientemente y utilización de tecnologías de asistencia.
- Si la persona que recibe beneficios por incapacidad muere, un heredero o representante legal debe reportarnos su muerte. Los beneficios se pagan hasta la fecha de la muerte.

Información sobre la tarjeta de débito prepagada

Formulario corto del Programa de Desembolso del Gobierno Estatal Money Network®

No está obligado a aceptar esta tarjeta de beneficios. Pregunte sobre otras formas de recibir sus beneficios.			
Cargo mensual **$0**	**Por compra** **$0**	**Retiro en cajeros** **$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. Los siguientes son dos de ellos:			
Retiros en cajeros automáticos internacionales — $1.00 | Envíos prioritarios — $8.00			
Sin característica de sobregiro/crédito: Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC. Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid. Consulte los detalles y las condiciones de todos los cargos y servicios en el Acuerdo del titular de la tarjeta.			

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 (FDIC, en inglés), 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 un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional a las transacciones internacionales.
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 un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional a las transacciones internacionales.
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, utilice 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” se refiere a los cajeros automáticos que no son cajeros automáticos dentro de la red. Para encontrar cajeros automáticos dentro de la red, utilice 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 automático | 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 de 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 un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional a las transacciones internacionales.
Cargo bancario por transferencia a cliente	**$0.00**	Las transacciones nacionales efectuadas a través de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH, por sus siglas en inglés) están sujetas a condiciones adicionales que se informan al iniciar una transacción.
Cargo por retiro ACH internacional	**$0.00** más 0% de la tasa de cambio	Esta transacción le permite 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 terminar 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.

Lista de todos los cargos (formulario largo) del Programa de Desembolso del Gobierno Estatal Money Network®
(continúa)

Todos los cargos	Cargos del programa	Detalles
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), de 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 dentro de la red, utilice 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 Estados Unidos (transacciones internacionales)		
Cargo por retiros 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 fuera 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 aplicara 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 Estados Unidos 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 aplicara 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 Estados Unidos 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.
Transferencia de efectivo de emergencia	**$15.00**	Esta es nuestra tarifa para que usted obtenga una Transferencia de Efectivo de Emergencia, la cual debe iniciarse a través del Servicio al Cliente y está sujeta a las pautas de Transferencia de Efectivo de Emergencia.

Información adicional

Sus fondos son elegibles para el seguro de depósito, hasta los límites aplicables estipulados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC, por sus siglas en inglés). 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. Visite fdic.gov/espanol/como-funciona-el-seguro-de-deposito-de-la-fdic para obtener más detalles.

Sin característica de sobregiro/crédito.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-800-684-7051, por correo a la dirección 2900 Westside Parkway, Alpharetta, GA 30004, o visite nuestro sitio web moneynetwork.com/edd/es/index.html.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite consumerfinance.gov/es/herramientas-del-consumidor/tarjetas-prepagadas/.

Si tiene quejas sobre alguna cuenta prepagada, llame a la Oficina de Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.

©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

Requerimos la información de los números de Seguro Social para cumplir con las Secciones 1253 y 2627 del Código de Seguro de Desempleo de California; con el Título 22, secciones 1085, 1088 y 1326, del Código de Reglamentos de California; con el Título 20, Parte 604, del Código Federal de Regulaciones; y con el Título 8, secciones 1621, 1641 y 1642, del Código de los Estados Unidos.

Recopilación y acceso a información

La ley estatal requiere que las personas proporcionen la siguiente información cuando esté siendo recopilada:

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 en edd.ca.gov/es/disability/Contact_SDI_Espanol/. 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.

Se autoriza mantener la información por parte de:

Código del Seguro de Desempleo de California, Secciones 2601 a 3272.
Código de Reglamentos de California, Titulo 22, Secciones 2706-1, 2706-3, 2708-1 y 2710-1.

Consecuencias de no proporcionar toda o parte de la información solicitada:

- 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 los que tiene derecho.
- Si intencionalmente hace una declaración o presentación de documentos 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 o servicios, y posiblemente puede iniciar un proceso criminal en su contra.

Propósitos principales para los que se utiliza la información recopilada:

- 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 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 una persona para los servicios sociales disponibles al público de acuerdo a las estipulaciones de la División 9 del Código de Asistencia Pública e Instituciones de California.
- Para ser utilizada 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 Código Civil de California, con otros departamentos y agencias gubernamentales, tanto federales y estatales, los cuales tienen que ver con cualquiera de los siguientes puntos:
  (1) Administración de un programa del Seguro de Desempleo.
  (2) 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) Investigación de violaciones de la ley laboral o acusaciones de discriminación ilegal en el empleo.
  (5) 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. Las 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 que sea necesario, con el director de Servicios Sociales o sus representantes, o con el director de Servicios de Manutención de Menores o sus representantes; (2) la identidad del solicitante puede dársele a conocer 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.

Employment Development Department
State of California

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: 000000000

Nombre del solicitante: Sample
Segundo nombre (inicial):
(Apellido): Claimant

Yo autorizo a
Geoff Booker

(persona u organización que proporcionará la información) para que facilite y dé a conocer toda mi información médica, permita la revisión y ofrezca fotocopias de cualquier expediente médico, de rehabilitación profesional o de facturación relativos a mi incapacidad, las cuales son la base de esta 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), supervisores o administradores directos y cualquier otro empleado del EDD que pueda necesitar el acceso a dicha información a fin de procesar mi solicitud o determinar mi elegibilidad para recibir beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI).

Entiendo que el EDD no es un plan médico ni tampoco un proveedor de salud, así que es probable que la información revelada al EDD no esté 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 tendrán la misma validez que los documentos originales.

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

Entiendo que, a menos que la anule por escrito, esta autorización es válida durante 15 años a partir de la fecha en la que el EDD la reciba o de la fecha de vigencia de la solicitud, cualquiera que sea posterior. Entiendo que no puedo anular esta autorización para evitar ser enjuiciado o para evitar que el EDD recupere dinero al 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. Negarme a firmar esta autorización podría 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)	Fecha en la que firmó
Sample Claimant	01252025

MUESTRA, esta página solo como referencia

También puede presentar su solicitud por internet en edd.ca.gov

Escriba en letra de molde y con tinta negra.

Parte A – Declaración del solicitante

A1. Su número de Seguro Social: 000000000

A2. Si se le ha asignado anteriormente un número de cuenta de cliente del EDD, escríbalo aquí: No

A3. Número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California: Z12345667

A4. Género: Hombre [ ] Mujer [X]

A5. Si alguna vez ha utilizado otros números de Seguro Social, escríbalos abajo:

A6. Empleado estatal (si su respuesta es Sí, indique el número de unidad negociadora): Sí [ ] No [X] Unidad #

A7. Su fecha de nacimiento: 01011900

A8. Su nombre legal completo (Primer nombre) Segundo nombre (inicial) Apellido Sufijo: Sample Claimant

A9. Si ha trabajado utilizando otros nombres, escríbalos abajo (por ejemplo, nombre de soltero o soltera o nombre elegido)
(Primer nombre) Segundo nombre (inicial) Apellido Sufijo:
(Primer nombre) Segundo nombre (inicial) Apellido Sufijo:

A10. Código de área y número de teléfono de su casa: 999 0236789

A11. Código de área y número de su teléfono celular: 111 0020047

A12. Idioma de preferencia
Inglés [X] Español [ ] Cantonés [ ] Vietnamita [ ] Armenio [ ] Punjabi [ ] Tagalo [ ] Otro [ ]

A13. Su dirección postal. Escriba una dirección de PO Box o la calle, departamento, suite, número de espacio o número de buzón de correo privado (PMB, por sus siglas en inglés): 123 Any Street
Ciudad: Anytown Estado: CA Código postal: 12345 País (si no es Estados Unidos):

A14. La dirección donde vive, la cual es requerida si es distinta a su dirección postal. Número, calle, departamento o número de espacio:
Ciudad: Estado: Código postal: País (si no es Estados Unidos):

A15. Su último o actual empleador - Si su último o actual empleo es por cuenta propia, escriba "por cuenta propia" y llene esta opción. [ ] Cuenta propia
Nombre de su empleador (empleados del gobierno estatal: escriban el nombre de la agencia, por ejemplo, CalTrans): Roadrunner Pastries
Número, calle, número de suite (empleados del gobierno estatal: por favor, escriban la dirección de su oficina de personal): 647 Armistice Way
Ciudad: Anywhere Estado: CA Código postal: 66222 País (si no es Estados Unidos):
Número de teléfono del empleador: 499 3111111

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? Sí [ ] No [X]

A17. Antes de que comenzara su incapacidad, ¿en qué fecha trabajó por última vez? 01252025

A18. ¿Cuándo comenzó su incapacidad? 01252025

A19. Fecha en la que desea que comience su solicitud, si es distinta de la fecha escrita 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? Sí [ ] No [X]

A21 A. Si se recuperó, escriba la fecha en la que se recuperó: M M D D A A A A

A21 B. Si regresó a trabajar, escriba la fecha en la que regresó a trabajar: M M D D A A A A

Parte A – Declaración del solicitante - continúa

A22. Escriba su número de Seguro Social: 000000000

A23. ¿Cuál es su ocupación habitual? Pastry Chef

A24. ¿Por qué dejó de trabajar? (Seleccione sólo una casilla)

- [X] Enfermedad, lesión o embarazo
- [ ] Despido
- [ ] Permiso para ausentarse del trabajo sin goce de sueldo
- [ ] Renuncia voluntaria o jubilación
- [ ] Cesado
- [ ] Otra razón

A25. ¿Cómo describiría o clasificaría su empleo?

- [ ] La mayor parte del tiempo está sentado; ocasionalmente se pone de pie o camina; ocasionalmente se levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan 10 libras o menos.
- [ ] La mayor parte del tiempo camina o está de pie; ocasionalmente se pone de pie o camina; ocasionalmente se levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan hasta 20 libras.
- [ ] Constantemente levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan hasta 10 libras; frecuentemente hasta 20 libras; ocasionalmente hasta 50 libras.
- [X] Constantemente levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan hasta 20 libras; frecuentemente hasta 50 libras; ocasionalmente hasta 100 libras.
- [ ] Constantemente levanta, carga, empuja, jala o mueve 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:

Enfermedad [ ] Vacaciones [ ] Tiempo libre pagado (PTO) [ ] Pago anual [ ] Otro (explique)

A27. ¿Nos autoriza darle(s) a conocer a su(s) empleador(es) información del pago de beneficios?

Sí [ ] No [ ]

A28. Nombre del segundo empleador (si tiene más de un empleador)

Cosmic Cookies

Número, calle, número de suite

469 Thrifty Way

Ciudad: Bluebell Estado: CA Código postal: 84369 País (si no es Estados Unidos):

Antes de que comenzara su incapacidad, ¿qué día trabajó por última vez para este empleador? 01252025

Número de teléfono del empleador:

A29. Si tiene más de 2 empleadores, marque esta casilla. [ ]

A30. Si es residente de un establecimiento de recuperación de alcoholismo o de un establecimiento residencial libre de drogas, proporcione la siguiente información:

Nombre del establecimiento

Número, calle, número de suite

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono del empleador

A31. ¿Ha presentado o pretende presentar una solicitud de beneficios de compensación para trabajadores?

- [ ] Sí - complete las cláusulas A32 hasta la A38
- [ ] No - Ignore las cláusulas A33 hasta A38

A32. ¿Esta incapacidad fue ocasionada por su empleo?

- [ ] 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, número de suite

Ciudad Estado Código postal Número de la solicitud de beneficios de compensación para trabajadores

Part A - Declaración del solicitante - continúa

A35. Escriba su número de Seguro Social 0 0 0 0 0 0 0 0 0

A36. Nombre del ajustador del seguro de compensación para trabajadores | Código de área y número de teléfono | Extensión (si la hay)

A37. Nombre del empleador tal como aparece en su solicitud de compensación para trabajadores | Código de área y número de teléfono | Extensión (si la hay)

A38. Si lo tiene, nombre del abogado de su caso de compensación para trabajadores | Código de área y número de teléfono | Extensión (si la hay)

Dirección del abogado, número, calle, número de suite

Ciudad | Estado | Código postal | Número de caso de adjudicación o de junta de apelaciones de compensación para trabajadores

A39. Seleccione el método de pago de preferencia: ☐ Tarjeta de débito ☐ Cheque

A40. Declaración y firma. Por medio de mi firma en esta declaración solicito beneficios y certifico que, durante el periodo cubierto por esta solicitud de beneficios, estuve desempleado e incapacitado. Entiendo que 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 dicha violación se castiga con encarcelamiento o multa, o ambas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que le acompañe, es verdadera, correcta y completa, a mi mejor saber y entender.

Por medio de mi firma en esta declaración de solicitud de beneficios, autorizo al Departamento de Relaciones Industriales de California y a mi empleador para que proporcionen y revelen al Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) todos los hechos concernientes a mi incapacidad, salarios o ingresos, así como del pago de beneficios, que sean de su conocimiento.

Por medio de mi firma en esta declaración de solicitud de beneficios, autorizo la revelación y el uso de información, conforme se indica en la parte de este formulario titulada "Recopilación y acceso a información" (vea las instrucciones de información en la página D). 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 15 años a partir de la fecha de mi firma o de la fecha vigente de la solicitud de beneficios, cualquiera que sea posterior.

Firma del solicitante (no utilizar letra de molde) o firma con una marca (x): Sample Claimant

Fecha en la que firmó: 0 1 3 1 2 0 2 5

A41. Si su firma es una marca (x), marque esta casilla. Dos testigos tienen que dar fe de su firma, escribiendo sus direcciones. ☐

Firma del primer testigo (escriba en letra de molde y firme) | Fecha en la que firmó M M D D A A A A

Número, calle, número de departamento o número de espacio. No se aceptan direcciones de PO Box o buzón privado.

Ciudad | Estado | Código postal

Firma del segundo testigo (escriba en letra de molde y firme) | Fecha en la que firmó M M D D A A A A

Número, calle, número de departamento o número de espacio. No se aceptan direcciones de PO Box o buzón privado.

Ciudad | Estado | Código postal

A42. ☐ Si usted es el representante personal y firma en nombre del solicitante de beneficios, marque esta casilla y complete lo siguiente:

Yo, (Primer nombre) (Segundo nombre (inicial)) (Apellido), represento al solicitante en este asunto, según me lo autoriza

☐ La declaración de una persona que solicita beneficios del Seguro de Incapacidad que se le deben pagar al solicitante con incapacidad o fallecido

☐ Poder notarial (adjunte copia)

Firma del representante personal (no utilice letra de molde) | Fecha en la que firmó M M D D A A A A

MUESTRA, esta página solo como referencia

Solicitud de beneficios del Seguro de Incapacidad (DI) – Certificado del médico o profesional médico

Escriba en letra de molde y con tinta negra.

Parte B - Certificado del médico o profesional médico

B1. Número de Seguro Social del paciente: 000000000

B2. Número de archivo del paciente: 69-642-38

B3. Si conoce el número de recibo electrónico del paciente, escríbalo abajo: R

B4. Fecha de nacimiento del paciente: 01011900

B5. Primer nombre del paciente: Sample — Segundo nombre (inicial): — (Apellido): Claimant

B6. Número de licencia del médico o profesional médico: 634-027930

B7. Estado **o** país (fuera de Estados Unidos) en el que expidió el número de licencia que escribió en B6: Estado CA — País:

B8. Tipo de licencia del médico o profesional médico: MD

B9. Especialidad (si la tiene):

B10. Nombre del médico o profesional médico tal como aparece en su licencia
Primer nombre: Geoff — Segundo nombre (inicial): — (Apellido): Booker — Sufijo:

B11. Dirección del médico o profesional médico
Dirección postal, PO Box o número, calle, número de suite: 269 Commerce
Ciudad: Anywhere — Estado: CA — Código postal: 72694 — País (si no es Estados Unidos):

Dirección del edificio de gobierno o del hospital del condado
Nombre del edificio (si aplica):
Dirección del edificio, número, calle, número de suite:
Ciudad: — Estado: — Código postal: — País (si no es Estados Unidos):

B12. Este paciente ha estado bajo mi cuidado y tratamiento por esta condición médica
De 01252025 a MMDDAAAA
[X] Marque esta casilla para indicar que aún da tratamiento al paciente
Intervalos de tratamiento: [ ] Diario [ ] Semanal [X] Mensual [ ] De necesitarlo [ ] Otro

B13. En algún momento de su atención a este problema médico, ¿el paciente fue incapaz de hacer su trabajo habitual?
[X] Sí - Fecha de inicio de incapacidad 01252025 [ ] No - pase a B33
¿La incapacidad fue ocasionada por un accidente o trauma? [ ] Sí [ ] No
MMDDAAAA Si su respuesta es Sí, indique la fecha en la que ocurrió el accidente o trauma.

B14. Fecha en la que dio de baja o anticipa dar de baja a su paciente para que regrese a hacer su trabajo habitual
(No se acepta escribir "desconocida", "indefinida", etcétera). MMDDAAAA
[ ] Marque esta casilla para indicar que la incapacidad del paciente es permanente y que nunca podrá anticipar darle de baja para que regrese a hacer su trabajo habitual

B15. Si la paciente está embarazada o ha estado embarazada, por favor, marque la casilla correspondiente y complete lo siguiente:
[ ] Fecha posible de parto: MMDDAAAA [ ] Fecha en la que terminó el embarazo: MMDDAAAA
Tipo de parto, si la paciente ha dado a luz: [ ] Natural [ ] Cesárea

Parte B - Certificado del médico o profesional médico – continúa

B16. Escriba el número de Seguro Social del paciente: 0 0 0 0 0 0 0 0 0

B17. Si la paciente no ha dado a luz y usted no anticipa darla de baja para que regrese a hacer su trabajo habitual antes de la fecha posible de parto, escriba **el número de días** en los que la paciente estará incapacitada para trabajar después del parto, según corresponda a cada tipo de parto:

Parto natural ☐☐ Parto por cesárea ☐☐

B18. En caso de un embarazo o parto anormal, anote las complicaciones que causaron incapacidad maternal

B19. Códigos de diagnóstico ICD para la condición de incapacidad que impidió que el paciente hiciera su trabajo habitual (requerido)

(Marque solo una casilla)

Ejemplo de cómo completar los códigos ICD

ICD-9	3	2	0	▪	1			
ICD-10	G	0	0	▪	1			

☐ ICD-9

☒ ICD-10

Principal	5	5	2	▪	9	2	X	A
Secundaria				▪				
Secundaria				▪				
Secundaria				▪				

B20. Diagnóstico (requerido) – Si no se ha determinado un diagnóstico, escriba una declaración detallada de síntomas

Roto antebrazo izquierdo fractura cerrada

B21. Resultados – naturaleza, gravedad y nivel de la enfermedad o lesión que causó la incapacidad, incluyendo cualquier otra condición de incapacidad

Incapaz de usar el brazo y la mano izquierdos

B22. Tipo de tratamiento o medicamento prescrito al paciente

Fundir inmovilizar brazo

B23. Si el paciente fue hospitalizado, proporcione las fechas de ingreso y dada de alta M M D D A A A A a M M D D A A A A

☐ Marque esta casilla para indicar que el paciente aún está hospitalizado

B24. ☐ Marque esta casilla si el paciente ha muerto, y escriba la fecha de la muerte M M D D A A A A

Ciudad | Condado | Estado

Parte B - Certificado del médico o profesional médico – continúa

B25. Escriba el número de Seguro Social del paciente 0 0 0 0 0 0 0 0 0

B26. ¿El paciente había sido atendido previamente por otro médico o profesional médico o en un edificio médico para tratar su incapacidad, enfermedad o lesión actual?

☐ Sí ☒ No ☐ Se desconoce

Si su respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha del primer tratamiento? M M D D A A A A

B27. Fecha y tipo de cirugía o procedimiento llevado a cabo más recientemente o en vías de llevarse a cabo

M M D D A A A A

¿El paciente no pudo trabajar inmediatamente después de la cirugía o procedimiento? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es Sí, escriba la primera fecha en la que el paciente no pudo trabajar antes de la cirugía o procedimiento M M D D A A A A

B28. Código(s) de procedimiento ICD ☐ ICD-9 ☐ ICD-10

Código(s) CPT (no incluir modificadores)

B29. ¿Esta condición de incapacidad fue causada o se agravó debido al trabajo habitual del paciente? ☐ Sí ☒ No

B30. ¿Está completando este formulario con el único propósito de referir o recomendar un establecimiento de rehabilitación de alcoholismo o un edificio residencial libre de drogas, como lo indicó el paciente en la pregunta A30? ☐ Sí ☒ No

B31. Escriba la fecha en la que su paciente comenzó a residir en un establecimiento de rehabilitación de alcoholismo o uso de drogas (si es que la sabe) M M D D A A A A

B32. ¿Dar a conocer la información de este formulario sería médica o psicológicamente perjudicial para su paciente? ☐ Sí ☐ No

B33. **De parte del médico o profesional médico:** Bajo pena de perjurio, certifico que el paciente no puede hacer su trabajo habitual debido a la(s) condición(es) de incapacidad arriba enlistadas. He realizado un examen médico o dado tratamiento al paciente. Estoy autorizado para certificar una incapacidad de un paciente o una condición de salud grave de acuerdo al Código del Seguro de Desempleo de California, sección 2708.

Firma original del médico o profesional médico - **no se aceptan sellos**	Fecha en la que firmó	Código de área y número de teléfono
Geoff Booker	01252025	423 0024693

De acuerdo a las secciones 2116 y 2122 del Código del Seguro de Desempleo de California, es una violación a la ley que cualquier individuo con intenciones de cometer fraude certifique falsamente la condición médica de cualquier persona con el fin de obtener beneficios del Seguro de Incapacidad, ya sea para sí mismo o para cualquier otra persona, y está sujeto a ser castigado con prisión o con una multa que no exceda $20,000. La sección 1143 requiere sanciones administrativas adicionales.