

REQUEST TO RE-ESTABLISH A BONDING CLAIM FOR PAID FAMILY LEAVE

Complete this form if you are taking additional time off work to continue bonding with the **same** child named on your original Paid Family Leave (PFL) bonding claim.

You may submit your claim online through: [How to file a PFL Claim](http://edd.ca.gov/Disability/How_to_File_a_PFL_Claim_in_SDI_Online.htm) (edd.ca.gov/Disability/How_to_File_a_PFL_Claim_in_SDI_Online.htm) or you may choose to mail in the form to the PFL address listed below. If you choose to submit your form online **DO NOT** mail this form to the PFL office.

Note: Complete and return this form to the PFL Office no later than 41 days from the date you are requesting to re-establish a bonding claim or you may lose benefits.

Complete all the requested information below by typing or printing and sign where indicated.

Your full name

Your Social Security number:

Your current mailing address

Original claim start date:

City, State, ZIP Code

Return to: Paid Family Leave
PO Box 997017
Sacramento CA 95899-7017
1-877-238-4373

1. I certify that I am taking time off work to bond with: (Child's Name) _____ .
2. My child's date of birth is _____ .
3. I request my bonding benefits to begin on (date) _____ and end on (date) _____ .
4. My last day worked was (date) _____ . I expect to or did return to work on (date) _____ .
5. Will you work part-time during the period you are claiming PFL benefits? Yes No
6. Will you receive wages from your employer(s) during the period you are claiming PFL benefits? Yes No
If yes, indicate type of pay: Vacation Sick Leave Other
7. Have you claimed or do you plan to claim workers' compensation benefits for any period covered by your PFL claim? Yes No
8. Do you have more than one employer? Yes No
9. At any time during your receipt of PFL benefits, will you be (or were you) in the custody of law enforcement authorities because you were convicted of violating a law or ordinance? Yes No

Your Most Recent Employer (Name):		
Employer's Address:		
City:		
State:	ZIP Code:	Phone:

By my signature on this claim statement, I (1) claim Paid Family Leave benefits and certify that throughout the period covered by this claim I was/will be bonding with the care recipient named above (2) authorize my employer(s) to disclose to State Disability Insurance all facts concerning my employment that are within their knowledge; and (3) authorize release and use of information as stated in the "Information Collection and Access" portion of my initial claim form. I understand that willfully making a false statement or concealing a material fact in order to obtain payment of benefits is a violation of California law punishable by imprisonment or fine or both. I declare under penalty of perjury that the foregoing statement, including any accompanying statements or documents, is to the best of my knowledge and belief true, correct, and complete. I agree that photocopies of this authorization shall be as valid as the original and I understand that authorizations contained in this claim statement are granted for a period of fifteen years from the date of my signature or the effective date of this claim, whichever is later.

Signature _____
(Bonding Claimant)

Date

PETICIÓN PARA REESTABLECER UNA SOLICITUD DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO PARA ESTABLECER UN VÍNCULO PATERNAL

Complete este formulario si decidió ausentarse de su trabajo por un tiempo adicional para continuar creando un vínculo familiar o lazos afectivos con el **mismo** hijo menor nombrado en su solicitud original del Permiso Familiar Pagado (PFL) para establecer un vínculo paterno o lazos afectivos.

Usted puede presentar su solicitud por internet a través de: edd.ca.gov/Disability/How_to_File_a_PFL_Claim_in_SDI_Online_Espanol.htm o puede escoger enviar el formulario por correo postal a la dirección del PFL que aparece a continuación. Si elige presentar su solicitud por internet, **NO** envíe por correo postal este formulario a la oficina del PFL.

Nota: Complete y regrese este formulario a la Oficina del PFL dentro de 41 días a partir de la fecha en que decida reestablecer su solicitud para establecer lazos afectivos o un vínculo paterno, o podría perder los beneficios.

Complete toda la información requerida que aparece enseguida escribiendo o imprimiendo y firmando donde se indica.

Su nombre completo

Su no. de Seguro Social:

Su dirección postal actual

Fecha de envío original:

Ciudad, Estado, Código Postal

Regréselo a: Paid Family Leave
PO Box 997017
Sacramento CA 95899-7017
1-877-238-4373

1. Yo, certifico que me estoy ausentando de mi trabajo para establecer un vínculo paterno con: (Nombre del niño) _____
2. La fecha de nacimiento de mi hijo es _____
3. Yo, solicito que mis beneficios comiencen en _____ y terminan en _____
4. El último día que trabajé fue en _____ . Espero regresar o ya regresé a trabajar en _____
5. ¿Trabajaría usted media jornada durante el período en que está solicitando beneficios del PFL? Sí No
6. ¿Va a recibir sueldos de parte de su empleador/patrón durante el período en que está solicitando beneficios del PFL? Sí No
Si sí, indique el tipo de pago: Vacaciones Ausencia por enfermedad
Otro _____
7. ¿Ha solicitado o piensa solicitar beneficios de Compensación para Trabajadores (WC, por sus siglas en inglés) por cualquier período cubierto por su solicitud del PFL? Sí No
8. ¿Tiene usted más de un empleador/patrón? Sí No
9. ¿En cualquier tiempo, durante el tiempo que reciba beneficios de PFL, estará usted (o estaba) bajo custodia de las autoridades porque usted fue declarado culpable por la ley o alguna ordenanza? Sí No

Su empleador/patrón más reciente (Nombre):		
Dirección del empleador/patrón:		
Ciudad:		
Estado:	Código Postal:	Teléfono:

Por medio de mi firma en esta declaración de la solicitud, Yo (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) y certifico que, durante el período cubierto por esta solicitud, yo estaba/estaré entablando un vínculo paterno con la persona que recibe cuidado e indicada arriba (2) autorizo a mi(s) empleador(es)/patrón(es) a divulgar al Seguro Estatal de Incapacidad todos los hechos concernientes a mi empleo que tengan conocimiento; y (3) autorizo la divulgación y el uso de información como se indica en la parte de "Recopilación y Acceso a la Información" de la solicitud original. Comprendo que el hacer declaraciones falsas a sabiendas, o el ocultar hechos materiales para obtener beneficios, es una violación a la ley de California, penada con prisión, multa, o ambas. Declaro bajo pena de perjurio que esta declaración, junto con las declaraciones o documentos que la acompañan, son, según mi leal saber y entender, verdaderas, correctas y completas. Estoy de acuerdo que las fotocopias de esta autorización son tan válidas como el original. Comprendo que la autorización contenida en este documento es otorgada por un período de quince años después de la fecha que lo firme o de la fecha de vigencia de esta solicitud, cualquiera que sea posterior.

Firma _____

Fecha _____