

Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés), es un programa financiado por el trabajador, proporciona beneficios a los trabajadores que son elegibles y que han sufrido una pérdida total o parcial de sus sueldos porque necesitan tomar tiempo fuera de su empleo para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo o establecer un vínculo paternal con un niño.

Por favor lea las instrucciones y páginas de información (A hasta la D), antes de completar la solicitud.

Para un procesamiento más rápido, presente su solicitud a través de SDI Online en edd.ca.gov. Si la presenta por internet, NO envíe por correo postal el formulario en papel al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés).

No complete esta solicitud si cuenta con un Seguro Privado (voluntary plan) que le ofrece su empleador. Pregúntele a su empleador sobre los formularios apropiados que debe completar.

Si no puede completar esta solicitud debido a una discapacidad, o si usted es un representante autorizado que tramita la solicitud del PFL en nombre del solicitante que está incapacitado o que ha fallecido, llame al 1-877-379-3819.

CÓMO COMPLETAR EL 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 (SSN, por sus siglas en inglés) 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 en papel de la *Solicitud de Beneficios del Programa de Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F/S) en el sobre proporcionado al EDD. Presente su solicitud a más tardar en 41 días a partir de la fecha en que empezó su ausencia familiar. **Usted podría perder el derecho a recibir beneficios si presenta su solicitud tarde.**

1. Complete **todas** las preguntas en la sección “PARTE A - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE” y **firmo la casilla A24**. Si falta algún tipo de información o hay un error, podría causar que se regrese o atrase su solicitud de beneficios. 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”. Si su dirección es de un apartado postal, asegúrese de indicar las iniciales “PMB” al principio cuando proporcione su dirección en la casilla A8.

2. Para establecer un vínculo paternal con un niño, 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 usted va a presentar una solicitud para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo.

3. Para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, se debe completar lo siguiente:

- a. La persona que está recibiendo el cuidado debe leer y firmar la sección “AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O PERSONAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO”, en la página 2.
- b. 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 es una persona que está totalmente discapacitada, un representante autorizado puede completar esta parte.
- c. Haga que su médico/profesional médico complete y firme la sección “PART D – DOCTOR’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 conforme a la sección 2708 del Código del Seguro del Desempleo de California (CUIC, por sus siglas en inglés). Si la persona que atiende al familiar que está recibiendo el cuidado, es 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 1-877-379-3819. **No se aceptan firmas con un sello de goma.**

4. **Usted debe decidir cuidadosamente la fecha en que desea presentar e iniciar su solicitud, ya que esto puede afectar la cantidad que pueda recibir de beneficios.** Para más información, consulte la sección “CANTIDAD DE BENEFICIOS” en la página B.

5. Coloque el formulario completado y firmado dentro del sobre que viene adjunto. El trámite del formulario se lleva a cabo dentro de 14 días, si la solicitud es recibida por el EDD correctamente completada.

- o Para establecer un vínculo paternal con un niño, el formulario se considera completa cuando las partes A y B, y los documentos requeridos son recibidos por el EDD.
- o Para proporcionar cuidado a un familiar, el formulario se considera completa cuando las partes A, C y D son recibidas por el EDD.

6. Guarde estas instrucciones y las páginas de información (A hasta la D) para futuras referencias.

REQUISITOS BÁSICO DE ELEGIBILIDAD

Solo se pueden pagar beneficios del PFL después de que cumpla con todos los requisitos siguientes:

- Usted **no** puede hacer su trabajo regular o habitual porque **necesita proporcionar cuidado a un familiar o establecer un vínculo paternal con un nuevo niño.**
- Usted tiene que estar empleado o estar buscando empleo en forma activa cuando empiece su ausencia familiar.
- Si está trabajando, usted debe haber sufrido **una pérdida total de sus sueldos** porque estaba cuidado a un familiar gravemente enfermo o estableciendo un vínculo paternal con nuevo niño.
- Usted debe haber ganado al menos **\$300 en sueldos** 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”).
- Usted tiene que **completar y enviar el formulario en papel de la Solicitud de Beneficios del Programa de Permiso Familiar Pagado (PFL) (DE 2501F/S)** a más tardar dentro de 41 días después del primer día de inicio de su ausencia familiar o podría perder beneficios.

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, padres, cónyuge, pareja doméstica debidamente registrada, abuelos, nietos, hermanos o suegros.
- 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 usted está recibiendo los pagos de 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 solo si la solicitud del PFL es para establecer un vínculo paternal con un nuevo niño.

- Debe tomar tiempo libre fuera de su empleo 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 niño debe ser suyo o de su pareja domestica debidamente registrada, adoptado o colocado bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).

INELEGIBLE PARA BENEFICIOS

Usted 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 por 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

Conforme a las secciones 1143, 2101, 2116, 2122, y 3305 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), 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.

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted debe presentar su solicitud y otros formularios a tiempo, de forma completa y correcta. Si el formulario va llegar tarde, por favor incluya una explicación por escrito indicando la(s) razón(es) por la cual se tardó.
- Usted debe de leer cuidadosamente las instrucciones de este folleto y de todos los otros formularios que reciba del PFL. Si usted no está seguro sobre lo que se requiere, comuníquese con la oficina del PFL.
- Informar por escrito al PFL, si:
 - o Cambió su dirección o número de teléfono.
 - o Regresó a trabajar tiempo parcial o tiempo completo.
 - o Ya no está proporcionando cuidado a un familiar o estableciendo un vínculo paternal con su niño.
 - o Recibió algún tipo de sueldos.
- **Asegúrese de incluir su nombre y su número de Seguro Social en todas sus correspondencias.**

SUS DERECHOS

Toda la información acerca de su solicitud permanecerá confidencial, excepto para los propósitos permitidos por la ley. La sección 1798.34 del Código de Derecho Civil (*California Civil Code*) le otorga el derecho de revisar cualquier expediente personal que el EDD mantenga sobre usted. La sección 1798.35 le permite solicitar que su expediente sea corregido si cree que la información no es exacto, relevante, actualizada o completa. Ciertos tipos de información que por regla general, sería considerada de tipo personal, están exentas 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 (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil).

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. Usted puede solicitar una copia de su expediente, llamando al número de teléfono que aparece en el *Aviso de Computación* (DE 429D) que recibió por correo postal.

Usted 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. Usted 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 sueldos sujetos a los impuestos del SDI que se le pagaron dentro de los 5 a 18 meses antes de que su solicitud de PFL comenzara. El período reglamentario correspondiente a su solicitud no incluye los sueldos pagados después de la fecha en que empezó su ausencia familiar. Para que una solicitud del PFL sea válida, usted debe haber ganado al menos \$300 en sueldos durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud. Usted 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, termina 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, termina 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, termina 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, termina 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 sueldos 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/Disability/Calculating_PFL_Benefit_Payment_Amounts.htm.

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

- Si no tiene suficiente sueldos en el período reglamentario correspondiente, entonces podría establecer una solicitud válida utilizando una fecha de inicio posterior.
- Si no tiene suficiente sueldos 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 sueldos ganados

en trimestres anteriores.

- Si durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud, usted estaba prestando servicio militar, recibió pagos de beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) o no trabajó debido a una disputa laboral.

- Días festivos
- Pago por tomar tiempo libre fuera del empleo
- Sueldos por trabajo de tiempo parcial

Además, sus beneficios pueden ser reducidos debido a un sobrepago de beneficios del UI, DI, o PFL que recibió en el pasado o si debe pagos en relación a la manutención de menores, o de la pensión alimenticia para su cónyuge ordenados por la corte judicial.

CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS

Cuando su solicitud es recibida, la oficina del PFL le enviará una notificación informándole sobre la cantidad de beneficios semanales que posiblemente pueda recibir y se le pedirá más información necesaria para determinar si reúne los requisitos de elegibilidad. Si es elegible para recibir beneficios, tiene la opción sobre cómo quiere recibir sus pagos de beneficios. El EDD realizará los pagos de beneficios por medio de la tarjeta de débito EDD Debit Card o por cheque. La tarjeta de débito EDD Debit Card es la manera rápida y segura para recibir sus beneficios. Usted no tiene que aceptar la tarjeta de débito si no lo desea. Para recibir sus pagos de beneficios por cheque, el cual se le enviará por correo postal, espere de 7 a 10 días. La mayoría de las solicitudes son procesadas y los pagos son emitidos dentro de 14 días después de la fecha en que se recibe la solicitud completada correctamente.

Si es elegible para recibir beneficios adicionales, el EDD se encargará de enviarle automáticamente los otros pagos. A usted se le pagará 1/7 parte de su cantidad de beneficios semanales por cada día que sea elegible para recibir los beneficios, a menos que la cantidad de beneficios semanales sea reducida. (Vea la siguiente sección).

REDUCCIÓN DE DE BENEFICIOS

Bajo ciertas circunstancias, es posible que no sea elegible 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 pagos indicados a continuación deben ser reportados al EDD aunque no lleguen a afectar sus beneficios. El no reportar estos tipos de pagos, podría resultar en un sobrepago, sanción y/o un rechazo por haber hecho una declaración falsa.

- Ausencia por enfermedad
- Pago por vacaciones
- Pago recibido por trabajo realizado por cuenta propia
- Pago por servicio militar
- Comisiones
- Ingreso de tiempo parcial o trabajo modificado
- Pagos residuales
- Bonos
- Beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*)

INTERRUPCIÓN Y TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Usted recibirá 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 a 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 el formulario titulado en inglés *Paid Family Leave (PFL) Supplemental Claim Certification* (DE 2525XFA); el cual el solicitante tendrá que completar y firmar la sección titulada en inglés *PFL Claimant's Certification* y el médico/profesional médico que atiende al familiar que necesita el cuidado tiene que completar la sección titulada en inglés *Physician/Practitioner's Supplementary Certificate*.
- El familiar que estaba gravemente enfermo ya se recuperó. Si usted regresa a trabajar y el familiar que se encuentra gravemente enfermo necesita ser cuidado otra vez, inmediatamente presente una nueva solicitud y reporte los días que usted trabajó.

Usted recibirá el *Aviso del Agotamiento de sus Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2525AF/S), cuando usted 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 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 pago de impuestos en el estado 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 usted 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 se puede determinar

que no tiene la obligación de reembolsar el sobrepago. Pero si se llega a dar el caso que tiene la obligación de pagar, usted 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. Usted 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 usted reporta deliberadamente información incorrecta, omite o retiene información, será castigado por hasta 92 días si presenta una declaración falsa. Este castigo aplica, si recibió pagos de beneficios que incluye días por los cuales usted sabía que no se le debieron de haber pagado, por ejemplo, los días después de haber regresado a trabajar. Además cualquier sobrepago resultante podrá incrementarse con una multa de un 30 por ciento sobre la cantidad del sobrepago de recibió.

SITUACIONES ESPECIALES

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 niño. La madre nueva recibirá la solicitud titulada *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) – Maternidad* (DE 2501FP/S) por correo postal, cuando se le haya hecho su último pago de beneficios del DI que le corresponde.

Obligaciones de manutención de menores - Comuníquese con la oficina del fiscal del distrito que se encarga de la orden judicial.

Obligaciones de pensión alimenticia para su cónyuge - Si tiene alguna pregunta, dirija esas preguntas a la oficina del fiscal del distrito que se encarga de la orden judicial.

Entrenamiento laboral – Comuníquese con un Centro de Empleo de América en California (AJCC, por sus siglas en inglés) al 1-877-872-5627 o visite la página titulada en inglés CareerOneStop en serviceslocator.org, para servicios disponibles en su área.

En busca de empleo – Si quiere obtener información sobre las oportunidades de empleo y ayuda sobre cómo solicitar beneficios del UI, comuníquese con el EDD. También puede visitar las páginas indicadas a continuación:

- Para registrarse para buscar empleo, *CalJOBS* en caljobs.ca.gov.

- Para solicitar beneficios del UI, visite la página titulada en inglés *Unemployment Insurance* en edd.ca.gov/unemployment/.

Fallecimiento del solicitante - 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.

Fallecimiento del familiar que estaba recibiendo el cuidado o del niño con el que estaba estableciendo un vínculo paternal - Si el familiar que estaba recibiendo el cuidado o el niño 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 niño, 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 titulada en inglés *Wage and Hour Division* (WHD) en dol.gov/whd/fmla/. Para más información sobre CFRA, comuníquese al 1-800-884-1684 o visite el sitio titulado en inglés *California Department of Fair Employment and Housing* en dfeh.ca.gov.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El EDD requiere la divulgación de los números de Seguro Social para que cumpla con las condiciones reglamentarias indicadas en las secciones 1253 y 2627 del Código del Seguro de Desempleo de California; las secciones 1085, 1088, y 1326, Título 22 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés); la Parte 604, Título 20 del Código Federal de Regulaciones; y con las secciones 1621, 1641, y 1642, Título 8 del Código de los Estados Unidos.

RECOPILACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN. La ley estatal requiere que se proporcione la información indicada a continuación cuando se le requiera a una persona.

<p>Nombre de la agencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)</p>	<p>Título del oficial responsable de mantener la información: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) del EDD</p>
<p>Persona de contacto local: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) del EDD</p>	<p>Información de Contacto: Usted puede comunicarse con el Permiso Familiar Pagado (PFL), llamando al 1-877-379-3819. Si necesita una lista de las ubicaciones de las oficinas locales del Permiso Familiar Pagado (PFL), la puede encontrar en edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm. La dirección y número de teléfono del Permiso Familiar Pagado (PFL) aparecen en el <i>Notificación de Cálculo de Beneficios</i> (DE 429D), el cual se le envió cuando se determinó su elegibilidad para recibir beneficios.</p>
<p>El mantenimiento de la información es autorizada por: Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), secciones 2601 hasta 3306. Código de Reglamentos de California (CCR), Título 22, secciones 2706-2, 2706-3, 2708-1.</p>	
<p>Consecuencias de no proporcionar toda o parte de la información solicitada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El no proporcionar toda o parte de la información solicitada, puede causar una demora en recibir los beneficios o puede ocasionar que se le niegue los pagos de beneficios, los cuales tiene derecho a recibir. • Si usted intencionalmente hace una declaración o representación falsa, u oculta un hecho importante con el fin de obtener o aumentar la posibilidad de un mejor beneficio o pago, el EDD determinará que usted no puede recibir pagos de beneficios y/o servicios, y posiblemente puede iniciar un proceso criminal en su contra. 	
<p>Propósito principal para el cual se utiliza la información recopilada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para determinar la elegibilidad de cada solicitante para recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL). • Para resumir y publicar de forma estadística el uso e información de las agencias gubernamentales y públicas. (Ni su nombre e identificación ni el nombre e identificación de las personas que está recibiendo el cuidado o del niño con quien está estableciendo un vínculo paternal serán publicados). • Para localizar a ciertos individuos que están siendo buscados por no pagar la manutención de menores o cónyuge. • Para ser utilizada por otras agencias gubernamentales, y para ayudarles a determinar la elegibilidad de un individuo a los servicios sociales disponibles al público de acuerdo a las estipulaciones de la División 9 del Código de Asistencia Pública e Instituciones de California (<i>California Welfare and Institutions Code</i>). • Para ser utilizado por el EDD y para llevar a cabo sus responsabilidades de acuerdo al Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC). • Para el intercambio de información, conforme con la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) y la sección 1798.24 del 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 de Seguro de Desempleo. (2) La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo o 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 (<i>workers' compensation</i>). (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 el mandato de la ley estatal o federal. Declaraciones conforme a la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), 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 (CUIC): (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. • 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 (CUIC). 	

El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) ofrece igualdad de oportunidad al empleo, acceso a sus programas y servicios. Servicios de asistencia para las personas con discapacidades están disponibles cuando se soliciten. Para pedir servicios, asistencia y/o formatos alternos, comuníquese al **1-866-490-8879** (voz). Los usuarios de TTY (teletipo), por favor marquen el **711**.



2501F07201

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS (PROVEEDOR DE CUIDADO O PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS)

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 SEXO HOMBRE MUJER

A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO	A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, CON LOS QUE UD. HA TRABAJADO

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

A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN	DIRECCIÓN POSTAL
CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL NO. 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 OTRO (EXPLIQUE)	A15. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

A16. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA A LA QUE UD. ESTÁ CUIDANDO O CON QUIEN UD. ESTÁ ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS (PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O CON QUIEN SE ESTÁN ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS) NOMBRE INICIAL APELLIDO

A17. LA PERSONA QUE ESTÁ RECIBIENDO EL CUIDADO O CON QUIEN SE ESTÁN ENTABLANDO LAZOS AFECTIVOS, MENCIONADA ARRIBA ES SU: HIJO(A) CÓNYUGE PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA PADRE/MADRE SUEGRO ABUELO NIETO HERMANO OTRO (EXPLIQUE)

A18. ¿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	A19. ¿HA SOLICITADO O PLANEA SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERÍODO CUBIERTO POR ESTA SOLICITUD? NO SÍ

A20. ¿TIENE USTED MÁS DE UN EMPLEADOR? NO SÍ	A21. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINUAN O CONTINUARÁN PAGÁNDOLE DURANTE SU AUSENCIA FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO: ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (EXPLIQUE)	A22. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)? NO SÍ

A23. 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

A24. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta declaración de solicitud de beneficios, Yo (1) solicito beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado (PFL), y certifico que a lo largo del período cubierto por esta solicitud de beneficios, estaba proporcionando cuidado a o entablado lazos afectivos con la persona que recibió dicho cuidado, mencionada anteriormente; (2) autorizo al EDD para que revele mi información personal, según se muestra en esta solicitud de beneficios, a la persona que reciba el cuidado y al doctor médico/profesional (médico) a cargo del tratamiento de la persona que recibe el cuidado, según se indican respectivamente en la Parte C y en la Parte D de esta solicitud de beneficios; (3) autorizo a mi(s) empleador(es) a que divulgue(n) al EDD todos los datos pertinentes a mi empleo, según se los permita 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 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 por 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 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	

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O PERSONAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

Yo autorizo a mi doctor médico/profesional (médico), o a la persona que ejerce la medicina, según se identifica en la Parte D de esta solicitud de beneficios, a que revele mi información médica o personal actual a mi proveedor(a) de cuidado, según se identifica en la Parte A de esta solicitud de beneficios, y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) de California.

Yo entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi condición actual, la fecha en que comenzó, así como un cálculo de la cantidad de cuidado que requiero de mi proveedor(a) de cuidado, como resultado de mi condición actual. Además, entiendo que la revelación de mi información médica o personal podría incluir mi situación con respecto al SIDA/VIH, drogadicción o alcoholismo o a cualquier otra condición física o mental.

Yo entiendo que es posible que el EDD revele esta información, según lo autorice el Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), y que dicha información revelada de nuevo posiblemente ya no esté protegida más. Acepto que las fotocopias del formulario de autorización, conjuntamente con mi firma en la Parte C, del Inciso 6, en la Página 3, de deberán ser tan válidas como la original.

Yo entiendo que, a menos que yo le informe al EDD, por escrito, al PO Box 989315, West Sacramento, CA 95798-9315, que yo deseo revocar esta autorización, ésta será válida durante 10 años, a partir de la fecha en que el EDD la reciba, o la fecha vigente de esta solicitud de beneficios, lo que sea posterior. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de un formulario de autorización del EDD, si solicito una, por escrito.

Yo hago esta autorización, para sustentar la solicitud de beneficios de mi proveedor(a) de cuidado, para recibir beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado. Yo entiendo que no puedo revocar mi autorización, para evitar un enjuiciamiento, o para evitar la recuperación de dineros del EDD, a los que tenga derecho legalmente.

NO PODEMOS TRAMITAR ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS, A MENOS QUE UD. FIRME, TANTO ESTA PÁGINA, COMO LA PARTE C, DEL INCISO C6, EN LA PÁGINA 3.

Nombre de la persona que recibe el cuidado
(Escriba su nombre con letra de molde)

Fecha de la firma

Firma de la persona que recibe el cuidado
(Firme su nombre)



2501F07202

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)
DECLARACIÓN DE PATERNIDAD, CS-909
REGISTRO DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL, SOC-815
ACUERDO DE COLOCACIÓN PARA ADOPCIÓN, AD-907
ACUERDO DE COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN INDEPENDIENTE, AD-924
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 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

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 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 WITH A CHILD.)															
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 (M M D D Y Y Y Y)					

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.