

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

SSN:  
CED:  
MAILING DATE:

RETURN TO: **PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95899-7017  
1-877-238-4373**

If you are taking additional time off work to continue bonding with the same child named on your initial Paid Family Leave (PFL) bonding claim, please complete this form and mail it to the PFL address listed above. ***Please Note: You may lose benefits if this form is not received within 41 days from your requested bonding start date.***

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 that my benefits begin on \_\_\_\_\_ and be paid through \_\_\_\_\_
4. My last day worked was \_\_\_\_\_ . I expect to or did return to work on \_\_\_\_\_ .
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 LA SOLICITUD DEL  
PERMISO FAMILIAR PAGADO PARA ESTABLECER  
LAZOS AFECTIVOS**

No. de SS:

CED:

FECHA DE ENVÍO:

REGRÉSELO A: **PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95899-7017  
1-877-379-3819**

Si va a permanecer más tiempo fuera de su trabajo para continuar estableciendo lazos afectivos con el mismo hijo nombrado en su solicitud inicial de PFL, favor de completar este formulario y envíelo por correo a la oficina PFL en la dirección indicada arriba. **Nota: Usted puede perder beneficios si este formulario no es recibido dentro de 41 días a partir de la fecha que solicitó como la fecha de comienzo para establecer lazos afectivos.**

1. Yo certifico que me estoy ausentando de mi trabajo para establecer lazos afectivos con \_\_\_\_\_ (Nombre del niño)
2. La fecha de nacimiento de mi hijo es \_\_\_\_\_
3. Yo pido que mis beneficios comiencen el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_
4. El último día que trabajé fue el \_\_\_\_\_ . Espero regresar o ya regresé a trabajar el \_\_\_\_\_ .
5. ¿Trabajaría usted media jornada durante el período que está solicitando beneficios de PFL?    Sí    No
6. ¿Va a recibir usted sueldos de parte de su empleador/patrón durante el período que está solicitando beneficios 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 de PFL?    Sí    No
8. ¿Tiene usted más de un empleador/patrón?    Sí    No
9. ¿En cualquier tiempo durante el tiempo que ha recibido beneficios de PFL estará usted (o estaba) bajo custodia de las autoridades porque usted fue declarado culpable de infracción de la ley u 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 lazos afectivos con la persona siendo cuidada 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 de que tengan conocimiento; y (3) autorizo la divulgación y el uso de información como se indica en la parte de "Recopilación y Acceso a Información" de mi formulario original de solicitud. Comprendo que el hacer declaraciones falsas a sabiendas, o el ocultar hechos materiales para obtener beneficios, es una violación de 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 sea más después.

Firma \_\_\_\_\_  
(Solicitante, que está estableciendo lazos afectivos)

Fecha