

Certificado de Exención Religiosa

Yo certifico que dependo de la oración para la curación de acuerdo con mi práctica del credo, doctrina o principios de la organización o denominación que se nombra a continuación. Por lo tanto, solicito se me exente del requisito de retener las contribuciones del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) de mi salario, como lo requiere el Código de Seguro de Desempleo de California, sección 2902. Entiendo que, si se me concede tal exención, no seré elegible para recibir beneficios del Seguro de Incapacidad y Permiso Familiar Pagado.

Organización o denominación		
Nombre del solicitante (Escriba en letra de molde)		
Nombre	Inicial del 2° nombre	Apellido
Número de Seguro Social - -	Número de teléfono (Incluyendo el código de área)	
Calle y número de apartamento o PO Box		
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador		Número de cuenta del empleador
Nombre del negocio del empleador como se muestra en el formulario titulado en inglés <i>Quarterly Contribution Return and Report of Wages (Continuation)</i> (DE 9C)		
Dirección del empleador		
Ciudad	Estado	Código postal
Firma del solicitante		Fecha de firma

For Department Use Only	
Effective:	_____
VP:	Yes No
Approved:	_____
Initials:	_____

Instrucciones

Asegúrese de usar el nombre del negocio de su empleador que aparece en su formulario titulado en inglés *Quarterly Contribution Return and Report of Wages (Continuation)* (DE 9C). Si no está seguro de cuál es ese nombre, consulte con su empleador o supervisor.

Una vez que complete este Certificado, haga una copia para sus registros y envíe el original a la siguiente dirección:

Employment Development Department
Disability Insurance Branch
PO Box 826880
Sacramento, CA 94280-0001

Su solicitud será aprobada únicamente si usted se adhiere a la fe o la enseñanza de una secta, denominación u organización religiosa de buena fe cuyo credo, doctrina o principios requieran depender de la oración para la curación.

Si se aprueba, su exención no comenzará antes del primer día del trimestre calendario en el que el EDD reciba este formulario. Si desea seleccionar una fecha de inicio en el trimestre calendario anterior o en el trimestre calendario posterior a la presentación de esta declaración, adjunte una nota a esta declaración para explicar su solicitud/petición.

Nota: Una fecha de inicio en un trimestre calendario anterior puede aplicarse solo a los salarios que no se reportaron anteriormente.

Una vez que su solicitud sea aprobada, el EDD notificará a su empleador para que no se retengan de su salario las contribuciones al SDI. Si cambia de empleador, deberá presentar un nuevo formulario para sustentar el estatus de exención con el nuevo empleador.

Para cancelar su exención, envíe por correo postal su solicitud por escrito a la dirección indicada anteriormente.

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