



**Resumen en general del Permiso Familiar  
Pagado para el solicitante**  
Programa del Seguro Estatal de Incapacidad  
Departamento del Desarrollo del Empleo



# Cinco cosas que debe saber sobre el Permiso Familiar Pagado

1

Proporciona hasta 8 semanas de ausencia familiar parcialmente pagada durante un período de 12 meses. .

2

Tres tipos de solicitudes:  
Para proveer cuidado  
Para establecer un vínculo paternal  
Apoyo militar

3

Puede ser tomado de forma intermitente dentro de un período de 12 meses.

4

No hay período de espera. El pago empieza a partir del primer día de su ausencia familiar.

5

El empleado contribuye al Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés). No es un programa de asistencia gubernamental.



# Permiso Familiar Pagado y las personas que cuidan de un familiar enfermo

El **Permiso Familiar Pagado** (PFL, por sus siglas en inglés) de California les paga a los trabajadores elegibles hasta **ocho semanas** de beneficios para estar allí en los momentos que más se necesita.

El PFL para proveer cuidado proporciona ausencia familiar parcialmente pagada, si usted esta:

- ▶ Cuidando de un familiar que se encuentra gravemente enfermo o lesionado tal como un hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano o pareja doméstica debidamente registrada.
- ▶ Cuidando de un familiar que esta fuera del estado o fuera del país.

Recibe aproximadamente de un 70 a un 90 por ciento de sus sueldos mientras está recibiendo PFL.

# Permiso Familiar Pagado para establecer un vínculo paternal

El PFL para establecer un vínculo paternal proporciona hasta **ocho semanas** de ausencia familiar parcialmente pagada para que los padres puedan establecer vínculos paternales con un nuevo niño durante su primer año de vida.

- ▶ Puede ser utilizado para establecer un vínculo paternal con un niño biológico, adoptado o bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).
- ▶ Se requiere un documento que compruebe su relación con el niño, puede ser una copia del acta de nacimiento, registro de nacimiento, el acuerdo de colocación para adopción o el documento que certifique que ha sido aprobado para el cuidado del niño bajo el programa de crianza temporal (*foster care*).

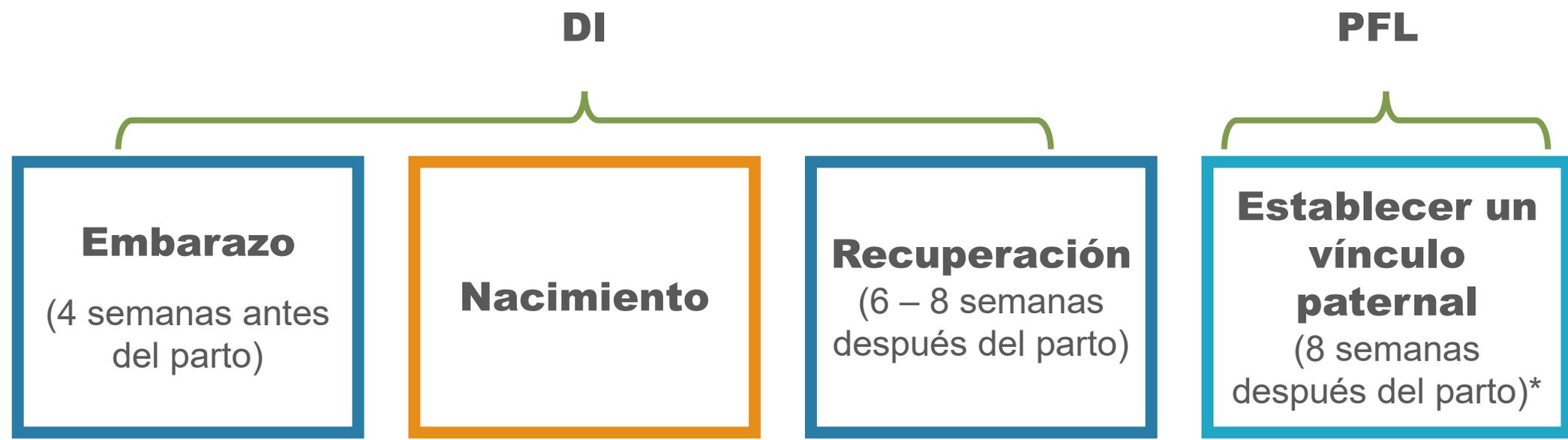
Usted puede recibir aproximadamente de un 70 a un 90 por ciento de sus sueldos mientras está recibiendo PFL.



# El Seguro de Incapacidad, Permiso Familiar Pagado y las nuevas madres o embarazadas



Las nuevas madres presentan una solicitud del DI seguido por el PFL, por ejemplo:



\* Puede dividir sus ocho semanas del PFL. No tiene que tomarlas todas al mismo tiempo. .



# Apoyo militar del Permiso Familiar Pagado

El apoyo militar del Permiso Familiar Pagado le paga a los trabajadores elegibles hasta **ocho semanas** de beneficios para asistir a un cónyuge, pareja doméstica debidamente registrada, padre, o un hijo en las fuerzas militares de los EE.UU. durante un evento militar aprobado.

- ▶ Un evento aprobado se define como un evento militar o como una necesidad esencial que resulta de una orden, llamado inminente, o notificación de un despliegue del familiar a un país extranjero.
- ▶ Requiere la documentación suplementaria militar y documentación de apoyo para el evento aprobado.

Usted puede recibir aproximadamente de un 70 a 90 por ciento de su sueldo mientras está recibiendo PFL.

# Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado

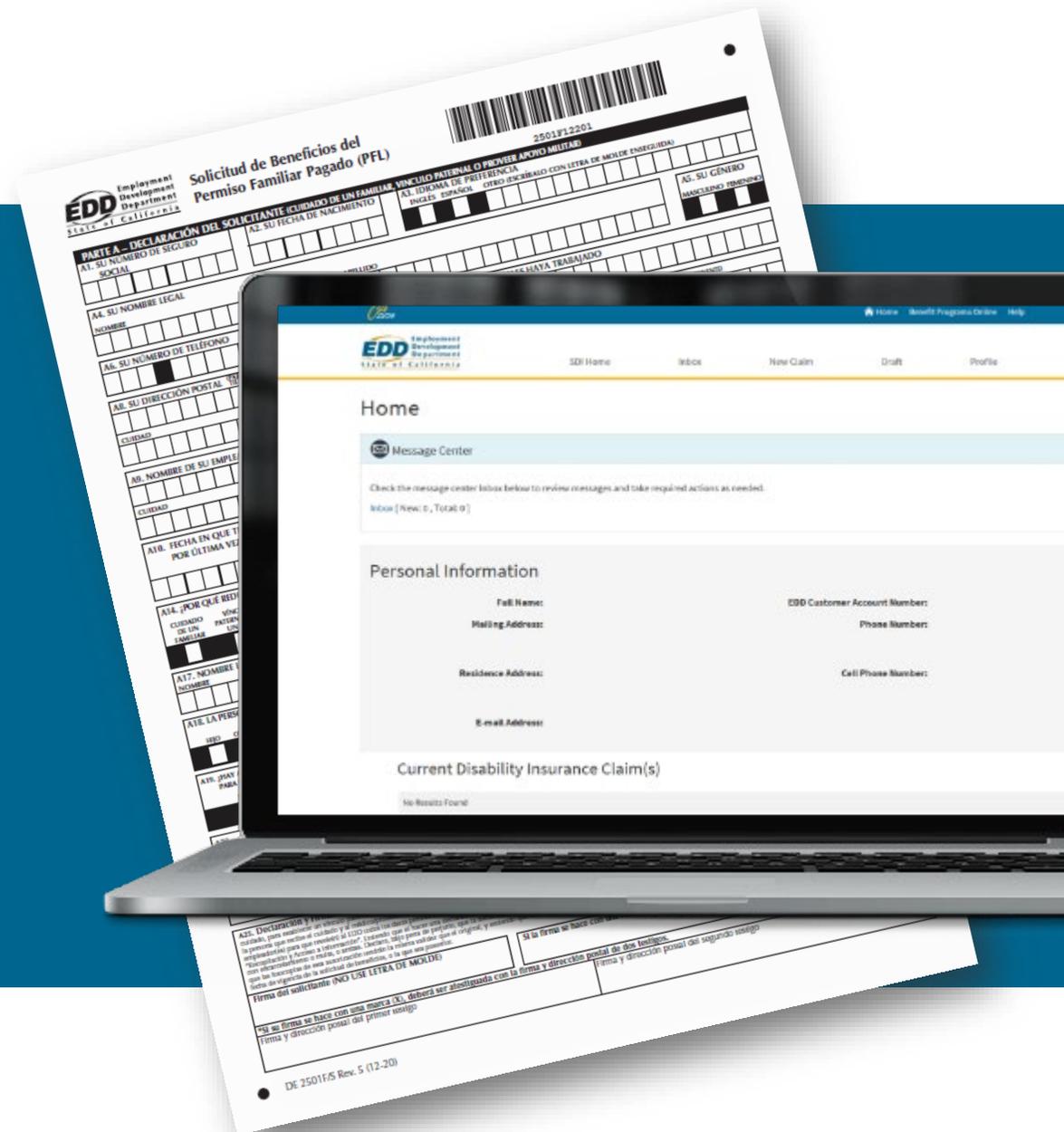
Usted debe completar y presentar su solicitud dentro de 41 días a partir de la fecha en que su ausencia familiar empieza, utilizando uno de los siguientes métodos:



**SDI Online:** Presentar la solicitud a través de SDI Online es lo más recomendable porque el proceso para revisar su solicitud es más rápido.



**Por correo postal**



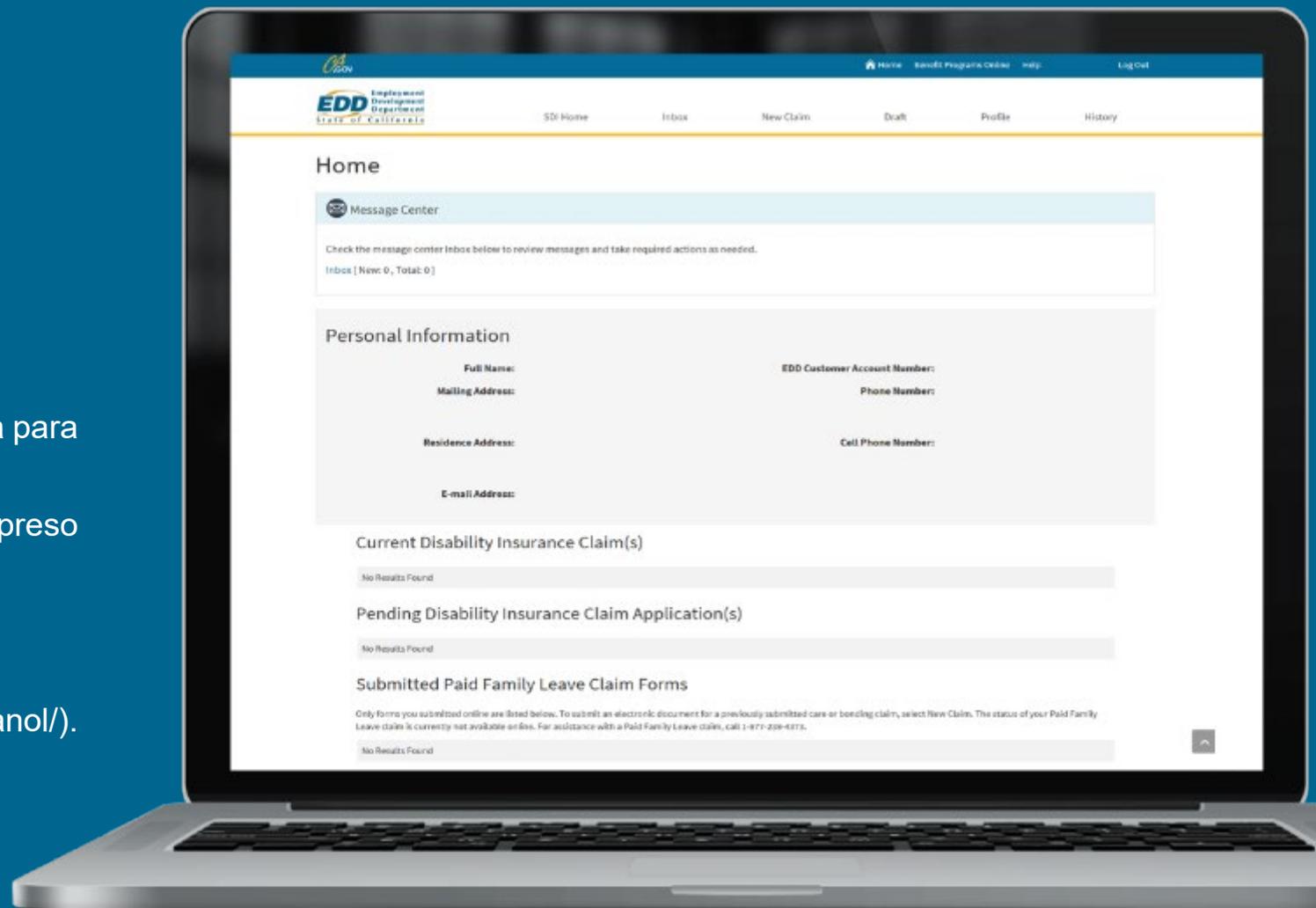
\*Una solicitud del PFL será enviada automáticamente a las nuevas madres por correo postal después de recibir su último pago de beneficios del DI por embarazo.

# Permiso Familiar Pagado y SDI Online

 Por internet

SDI Online es la manera rápida, conveniente y segura para presentar la solicitud del PFL por internet. Si lo hace electrónicamente, no tiene que enviar el formulario impreso por correo postal.

Para crear o acceder a su cuenta, visite [SDI Online](http://edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/SDI\_Online\_Espanol/).





2501F12201

<b>PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (CIUDADANO DE UN FAMILIAR, VÍNCULO PATERNAL O PROVEER APOYO MILITAR)</b>	
A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	A2. SU FECHA DE NACIMIENTO
A3. IDIOMA DE PREFERENCIA INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRÍBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEÑADA)	
A4. SU NOMBRE LEGAL NOMBRE INICIAL APELLIDO	A5. SU GÉNERO MASCULINO FEMENINO
A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO	A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, BAJO LOS CUALES HAYA TRABAJADO
A8. SU DIRECCIÓN POSTAL. (NO INCLUIR CAJAS DE CORREO PARTICULARES – NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL –)	
Ciudad	ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EL U.S.)
A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN DIRECCIÓN POSTAL	
Ciudad	ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
A10. FECHA EN QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ	A11. FECHA EN QUE DESEA QUE COMIENCE SU SOLICITUD DEL PFL
A12. FECHA EN QUE REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR	A13. ¿TRABAJO O CONTINUARÁ TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE AUSENCIA FAMILIAR? NO SI
A14. ¿POR QUÉ REDUJO O REDUCIRÁ SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJO DE TRABAJAR? CIUDAD VÍNCULO APOYO OTRO EMPLEADOR DE UN FAMILIAR PATERNAL CON UN LIBRO MILITAR OTRO EMPLEADOR	A15. ¿CUAL ES SU OCUPACIÓN? A16. SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> EDD DEBIT CARD™ <input type="checkbox"/> CHEQUE
A17. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE NECESITA CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR NOMBRE INICIAL APELLIDO	
A18. LA PERSONA ANTES MENCIONADA QUE REQUIERE CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR, ES SU: HIJO CÓNYUGE PADRE/MADRE SUEGRO ABUELO NIETO HERMANO OTRO (ESPECIFIQUE)	
A19. ¿HAY ALGÚN OTRO FAMILIAR LISTO, ANLENTE, DISPUESTO Y DISPONIBLE PARA PROVEER CUIDADO DURANTE EL MISMO PERÍODO EN QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DEL PFL? NO SI	A20. ¿HA SOLICITADO O PLANEA SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERÍODO CUBIERTO POR ESTA SOLICITUD? NO SI
A21. ¿TIENE USTED MÁS DE UN EMPLEADOR? NO SI	A22. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINÚAN O CONTINUARÁN PAGÁNDOLE DURANTE SU AUSENCIA FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO: ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (ESPECIFIQUE)
A23. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)? NO SI	A24. 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 SI
<p><b>A25. Declaración y Firma.</b> Por medio de mi firma en esta declaración, (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), y confirmo que, durante el período cubierto por esta solicitud, mease proporcionado cuidado, para establecer un vínculo parental, o participé en un evento aprobado con la persona mencionada anteriormente; (2) autorizo al EDD para que revele mi información personal, según se muestra en esta solicitud, a la persona que recibe el cuidado y al médico/proveedor médico a cargo del cuidado de la persona que recibe el cuidado, según se indica respectivamente en la Parte C y en la Parte D de esta solicitud; (3) autorizo a mi empleador(es) para que revele al EDD toda la información personal a mi empleo que sean de su conocimiento; y (4) autorizo la investigación y el uso de información, según se indica en la parte de este formulario designado como "Investigación y Acceso a Información". Entiendo que al 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 se castiga con multas o penas, o ambas. Declaro, bajo juramento, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que la acompañe, es verdadera, correcta y completa, a mi mejor saber y creencia. Acepto que las fotocopias de esta declaración tendrán la misma validez que el original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración se otorgan por un período de quince años a partir de la fecha de mi firma o de la fecha de vigencia de la solicitud de beneficios, o la que sea posterior.</p>	
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

# Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado para proveer cuidado

Por correo postal

Una solicitud debidamente completada del PFL incluye:

- ▶ **Parte A** – Declaración del solicitante
- ▶ **Parte C** – Declaración de la persona que recibe cuidado
- ▶ **Parte D** – Physician/Practitioner’s Certification

El formulario impreso, *Solicitud de Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) (DE 2501F/S)* está disponible en el sitio de EDD. Usted puede visitar Formularios y publicaciones sobre el [Permiso Familiar Pagado](#) ([edd.ca.gov/es/disability/PFL\\_Forms\\_and\\_Publications\\_En\\_Espanol/](http://edd.ca.gov/es/disability/PFL_Forms_and_Publications_En_Espanol/)) para descargar e imprimir el formulario.



2501F/S 2201

<b>PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (CIUDADANO DE UN FAMILIAR, VÍNCULO PATERNAL O PROVEER APOYO MILITAR)</b>			
A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		A2. SU FECHA DE NACIMIENTO	
A3. IDIOMA DE PREFERENCIA INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRÍBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEÑADA)			
A4. SU NOMBRE LEGAL NOMBRE INICIAL APELLIDO			A5. SU GÉNERO MASCULINO FEMENINO
A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO		A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, BAJO LOS CUALES HAYA TRABAJADO	
A8. SU DIRECCIÓN POSTAL (NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL – PMA# SI ES PERTINENTE)			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EL U.S.)
A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN DIRECCIÓN POSTAL			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
A10. FECHA EN QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ	A11. FECHA EN QUE DESEA QUE COMIENCE SU SOLICITUD DEL PFL	A12. FECHA EN QUE REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR	A13. ¿TRABAJO O CONTINUARÁ TRABAJANDO DURANTE SU PERIODO DE AUSENCIA FAMILIAR? NO SI
A14. ¿POR QUÉ REDUJO O REDUCIRÁ SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJÓ DE TRABAJAR? CIUDAD DE UN FAMILIAR VÍNCULO PATERNAL CON UN NIÑO APOYO MILITAR OTRO (ESPECIFIQUE)		A15. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?	
A16. SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> EDD DEBIT CARD™ <input type="checkbox"/> CHEQUE			
A17. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE NECESITA CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR NOMBRE INICIAL APELLIDO			
A18. LA PERSONA ANTES MENCIONADA QUE REQUIERE CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR, ES SU: HIJO CÓNYUGE PADRE/MADRE SUEGRO ABUELO NIETO HERMANO OTRO (ESPECIFIQUE)			
A19. ¿HAY ALGÚN OTRO FAMILIAR LISTO, ANLENTE, DISPUESTO Y DISPONIBLE PARA PROVEER CUIDADO DURANTE EL MISMO PERIODO EN QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DEL PFL? NO SI		A20. ¿HA SOLICITADO O PLANEA SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERIODO CUBIERTO POR ESTA SOLICITUD? NO SI	
A21. ¿TIENE USTED MÁS DE UN EMPLEADOR? NO SI	A22. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINÚAN O CONTINUARÁN PAGÁNDOLE DURANTE SU AUSENCIA FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO: ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (ESPECIFIQUE)	A23. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIO A SU(S) EMPLEADOR(ES)? NO SI	
A24. 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 SI			
A25. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta declaración, (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), y confirmo que, durante el período cubierto por esta solicitud, mease proporcionado cuidado, para establecer un vínculo paterno, o participo en un evento aprobado con la persona mencionada anteriormente; (2) autorizo al EDD para que revele mi información personal, según se muestra en esta solicitud, a la persona que recibe el cuidado y al empleador/proveedor médico a cargo del cuidado de la persona que recibe el cuidado, según se indica respectivamente en la Parte C, y en la Parte D de esta solicitud; (3) autorizo a mi empleador/proveedor para que revele al EDD toda la información pertinente a mi empleo que sean de su conocimiento; y (4) autorizo la investigación y el uso de información, según se indica en la parte de este formulario designada como "Investigación y Acceso a Información". Entiendo que al 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 se castiga con multas, sanciones, cárcel, o prisión, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que la acompañe, sea verdadera, correcta y completa, a mi mejor saber y voluntad. Acepto que las fotocopias de esta declaración tendrán la misma validez que el original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración se otorgan por un período de quince años a partir de la fecha de mi firma o de la fecha de vigencia de la solicitud de beneficios, o la 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			

# Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado para establecer un vínculo paterno



Por correo postal

Una solicitud debidamente completada del PFL para establecer un vínculo paterno incluye:

- ▶ **Parte A** – Declaración del solicitante
- ▶ **Parte B** – Certificación para establecer un vínculo paterno.
- ▶ Documento que compruebe la relación que usted tiene con el nuevo niño.

El formulario a completar DE 2501F/S está disponible en el sitio de

EDD. Usted puede visitar Formularios y publicaciones sobre el Permiso Familiar Pagado

([edd.ca.gov/es/disability/PFL\\_Forms\\_and\\_Publications\\_En\\_Espanol/](http://edd.ca.gov/es/disability/PFL_Forms_and_Publications_En_Espanol/)) para descargar e imprimir el formulario.



2501F/S 2201

<b>PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (CIUDADANO DE UN FAMILIAR, VÍNCULO PATERNAL O PROVEER APOYO MILITAR)</b>	
A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	A2. SU FECHA DE NACIMIENTO
A3. IDIOMA DE PREFERENCIA INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRÍBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEÑADA)	
A4. SU NOMBRE LEGAL NOMBRE INICIAL APELLIDO	A5. SU GÉNERO MASCULINO FEMENINO
A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO	A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, BAJO LOS CUALES HAYA TRABAJADO
A8. SU DIRECCIÓN POSTAL (NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL) PAÍS (SI ES PERTINENTE)	
Ciudad	ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EL LULU)
A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN DIRECCIÓN POSTAL	
Ciudad	ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
A10. FECHA EN QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ	A11. FECHA EN QUE DESEA QUE COMIENCE SU SOLICITUD DEL PFL
A12. FECHA EN QUE REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR	A13. ¿TRABAJO O CONTINUARÁ TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE AUSENCIA FAMILIAR? NO SI
A14. ¿POR QUÉ REDUJO O REDUCIRÁ SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJÓ DE TRABAJAR? CIUDAD DE UN FAMILIAR VÍNCULO PATERNAL CON UN LIBRO APOYO MILITAR OTRO (ESPECIFIQUE)	A15. ¿CUAL ES SU OCUPACIÓN?
A16. SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> EDD DEBIT CARD™ <input type="checkbox"/> CHEQUE	
A17. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE NECESITA CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR NOMBRE INICIAL APELLIDO	
A18. LA PERSONA ANTES MENCIONADA QUE REQUIERE CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR, ES SU: HIJO CÓNYUGE PADRE/MADRE SUEGRO ABUELO NIETO HERMANO OTRO (ESPECIFIQUE)	
A19. ¿HAY ALGÚN OTRO FAMILIAR LISTO, ANLENTE, DISPUESTO Y DISPONIBLE PARA PROVEER CUIDADO DURANTE EL MISMO PERÍODO EN QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DEL PFL? NO SI	A20. ¿HA SOLICITADO O PLANEA SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERÍODO CUBIERTO POR ESTA SOLICITUD? NO SI
A21. ¿TIENE USTED MÁS DE UN EMPLEADOR? NO SI	A22. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINUAN O CONTINUARÁN PAGÁNDOLE DURANTE SU AUSENCIA FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO: ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (ESPECIFIQUE)
A23. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)? NO SI	
A24. 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 SI	
<p><b>A25. Declaración y Firma.</b> Por medio de mi firma en esta declaración, (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), y confirmo que, durante el período cubierto por esta solicitud, mease proporcionado cuidado, para establecer un vínculo parental, o participar en un evento aprobado con la persona mencionada anteriormente; (2) autorizo al EDD para que revele mi información personal, según se muestra en esta solicitud, a la persona que recibe el cuidado y al médico/proveedor médico a cargo del cuidado de la persona que recibe el cuidado, según se indica respectivamente en la Parte C y en la Parte D de esta solicitud; (3) autorizo a mi empleador(es) para que revele al EDD toda la información que me sea de su conocimiento; y (4) autorizo la divulgación y el uso de esta información, según se indica en la parte de este formulario designado como "Divulgación y Acceso a Información". Entiendo que al 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 se castiga con multas o penas, cárcel, o ambas. Declaro, bajo juramento, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que la acompañe, es verdadera, correcta y completa, a mi mejor saber y creencia. Acepto que las fotocopias de esta declaración tendrán la misma validez que el original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración se otorgan por un período de quince años a partir de la fecha de mi firma o de la fecha de vigencia de la solicitud de beneficios, o la que sea posterior.</p>	
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

# Presentar una solicitud para apoyo militar del Permiso Familiar Pagado



Por correo postal

Una solicitud debidamente completada del PFL para el apoyo militar incluye:

- ▶ Parte A – Declaración del solicitante
- ▶ Parte E – Certificación de apoyo militar
- ▶ Documento suplementaria militar y documentación de apoyo para el evento aprobado.

El formulario a completar DE 2501F/S está disponible en el sitio de

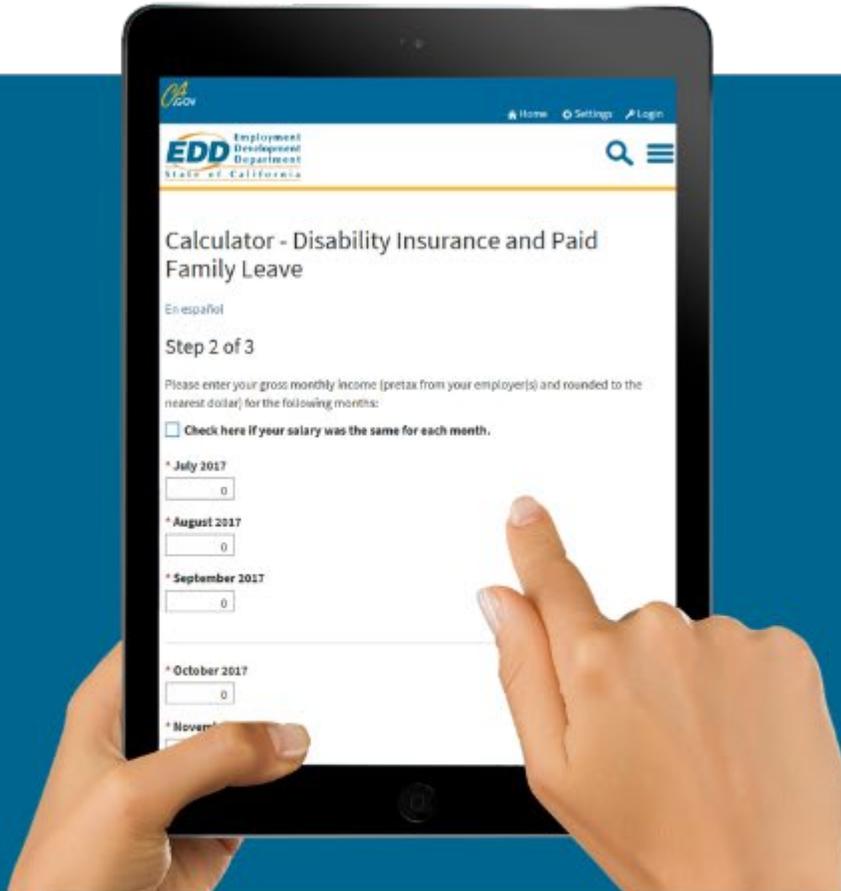
EDD. Usted puede visitar Formularios y publicaciones sobre el

[Permiso Familiar Pagado](#)

([edd.ca.gov/es/disability/PFL\\_Forms\\_and\\_Publications\\_En\\_Espanol/](http://edd.ca.gov/es/disability/PFL_Forms_and_Publications_En_Espanol/))

para descargar e imprimir el formulario.

# Cómo se calcula la cantidad de beneficios



La cantidad de beneficios semanal se basa en el trimestre con los ingresos más altos de su “período reglamentario” (sueldos sujetos al impuesto del SDI que ganó dentro de los 5 a 18 meses antes de la fecha de inicio de la solicitud).

El “período reglamentario” cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Por ejemplo, si su solicitud del PFL comienza en abril, mayo o junio, la cantidad de beneficios semanal se calcula basado en su trimestre con los ingresos más altos que ganó entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año anterior.

Para simplificar el proceso, visite [Calculadora – Pagos de Beneficios del Permiso Familiar Pagado y del Seguro de Incapacidad](https://edd.ca.gov/es/disability/PFL_Calculator_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/PFL\_Calculator\_Espanol/) para determinar un estimado de su cantidad de beneficios semanal.

# Cómo determinar su elegibilidad para el Permiso Familiar Pagado

¿Ha contribuido al programa del SDI de California (usualmente aparecen en el talón de cheque como CASDI) en los últimos 5 a 18 meses antes de ausentarse de su empleo?

- ▶ **“Sí”** – Es probable que sea elegible para recibir beneficios.
- ▶ **“No”** – No todos los empleados contribuyen al SDI, así que es posible que no sea elegible para estos programas.

---

Revise los talones de cheque antes de asumir que es elegible.

---

La elegibilidad **no** se basa en el tiempo que lleva de servicio o el número de empleados que su compañía tiene.

---

La ciudadanía y el estado migratorio no se toman en consideración para determinar su elegibilidad.

---

No se le puede garantizar que recibirá pagos de beneficios hasta que la solicitud sea aprobada por el EDD.

---

**Sólo puede solicitar ocho semanas de beneficios dentro de un período de 12 meses.**



# Estado de empleo y el Permiso Familiar Pagado



Su elegibilidad se determina si usted contribuyó al SDI de California en los últimos 5 a 18 meses



Los californianos desempleados, deben haber recibido beneficios del Seguro de Desempleo y/o estar activamente buscado trabajo para ser elegible para el PFL.

Si está trabajando por temporadas, tiempo parcial o se encuentra desempleado, puede ser elegible para el PFL.



Si trabaja por cuenta propia usted puede ser elegible si está contribuyendo para el programa de Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad (DIEC, por sus siglas en inglés).



# Protección de empleo

¿Proporciona el programa de SDI protección de empleo?

No, el programa del SDI no proporciona protección de empleo, solo pagos de beneficios.

Sin embargo, otras leyes estatales y federales pueden proteger su empleo mientras se encuentra en su ausencia familiar.

# Protección de empleo

Algunas leyes se pueden aplicar mientras recibe pagos de beneficios del DI o PFL, los cuales son:

- ▶ Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés)
- ▶ Ley de Derechos de la Familia de California (CFRA, por sus siglas en inglés)
- ▶ Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (FEHA, por sus siglas en inglés)
- ▶ *Pregnancy Disability Leave* (PDL) (solamente en inglés)

Hable con su empleador si necesita ausentarse de su empleo sin recibir pago y sin correr riesgo de perder su empleo. Para más información, visite los sitios web del Departamento de Derechos Civiles ([calcivilrights.ca.gov](http://calcivilrights.ca.gov)) y el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos ([dol.gov](http://dol.gov)).



## Para más información, visite:

### ▶ Permiso Familiar Pagado

([edd.ca.gov/es/disability/Paid\\_Family\\_Leave\\_e\\_Espanol/](http://edd.ca.gov/es/disability/Paid_Family_Leave_e_Espanol/))

## Comuníquese con el EDD

▶ Inglés: 1-877-238-4373

▶ Español: 1-877-379-3819

▶ TTY (teletipo): 1-800-445-1312





# Cuéntenos su historia sobre el Permiso Familiar Pagado

El PFL de California le permite estar presente en los momentos que importan.

Comparta su historia sobre el PFL en Instagram



@CA\_EDD (solamente en inglés)



#MomentsMatter  
#PFL  
#PaidLeave  
#CAPFL  
#CAPaidFamilyLeave



El 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 formato alternativo, comuníquese al 1-866-490-8879 o por TTY (teletipo) llame al Servicio de Relevo de California al 711.