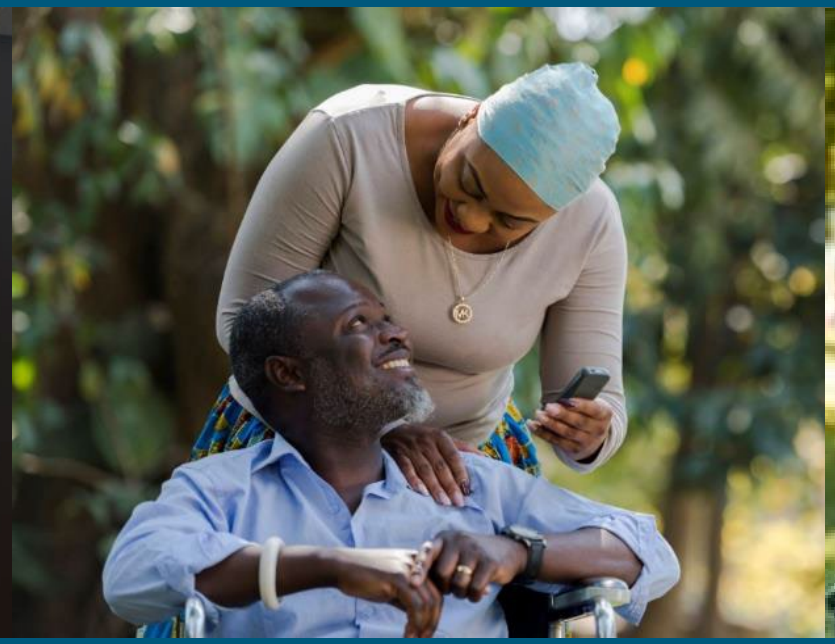




Resumen en General del Permiso Familiar Pagado para el Solicitante

Programa del Seguro Estatal de Incapacidad

Octubre 2026



Cinco cosas que debe saber sobre el Permiso Familiar Pagado

1

Proporciona hasta 8 Semanas de ausencia familiar parcialmente pagada dureant us period de 12 meses.

2

Tres tipos de solicitudes:

- Para establecer un vinculo paternalBonding
- Para proveer cuidado
- Apoyo militar

3

Puede ser tomado de forma intermitente dentrode un period de 12 meses.

4

No hay period de espera. El pago empieza a partir del primar dia se su ausecia familiar.

5

El empleado contribuye al Seguro Estatal de Incapacidad. No es un programa de asisttencia guberamantal.



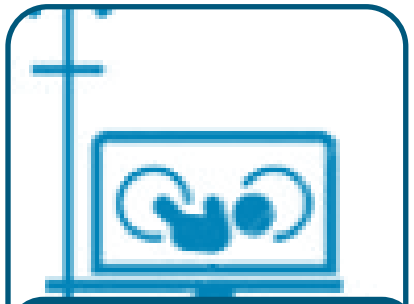
El Seguro de Incapacidad, Permiso Familiar Pagado y las nuevas madres o embarazadas

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



Embarazo

4 Semanas antes del parto



Nacimiento



Recuperacion

6-8 Semanas despues del parto



Establecer un vincolo paternal

8 Semanas despues del parto*

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

Permiso Familiar Pagado para establecer un vínculo paternal



El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés) 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 60 a un 70 por ciento de sus sueldos mientras está recibiendo PFL.

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



El PFL 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 60 a un 70 por ciento de sus sueldos mientras está recibiendo PFL.

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.

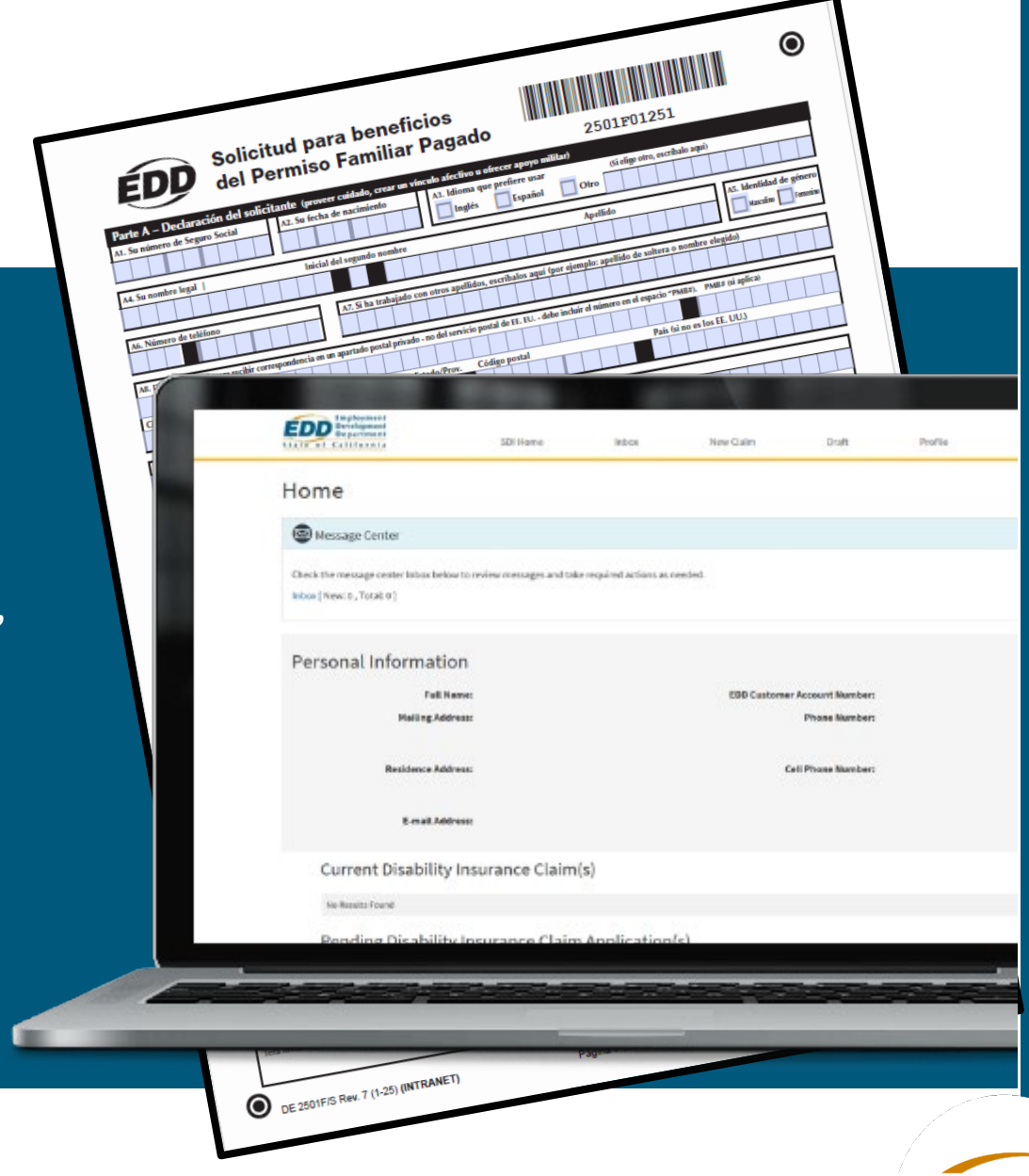
- Requiere la documentación suplementaria militar y documentación de apoyo para el evento aprobado.

Usted puede recibir aproximadamente de un 60 a 70 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**

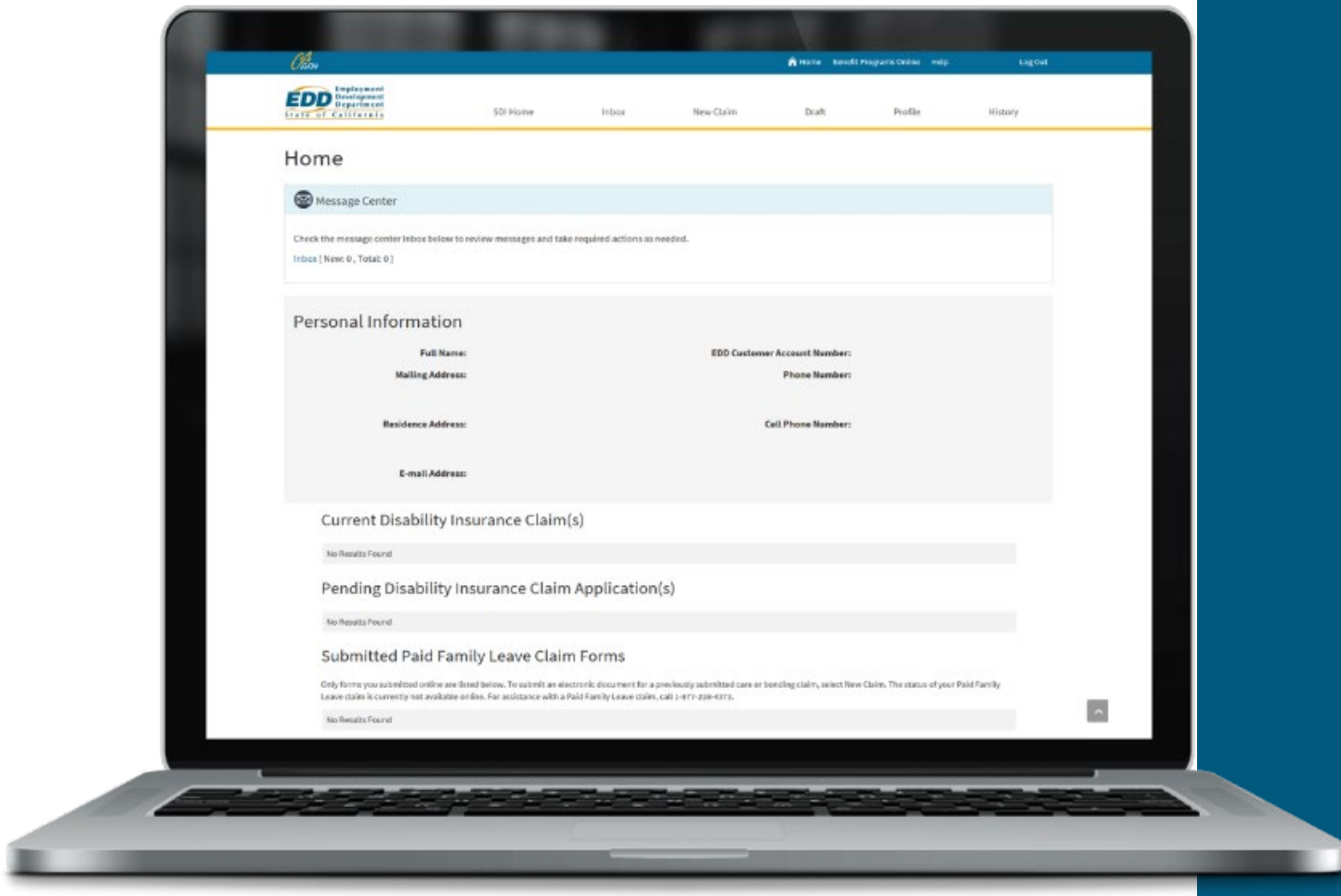


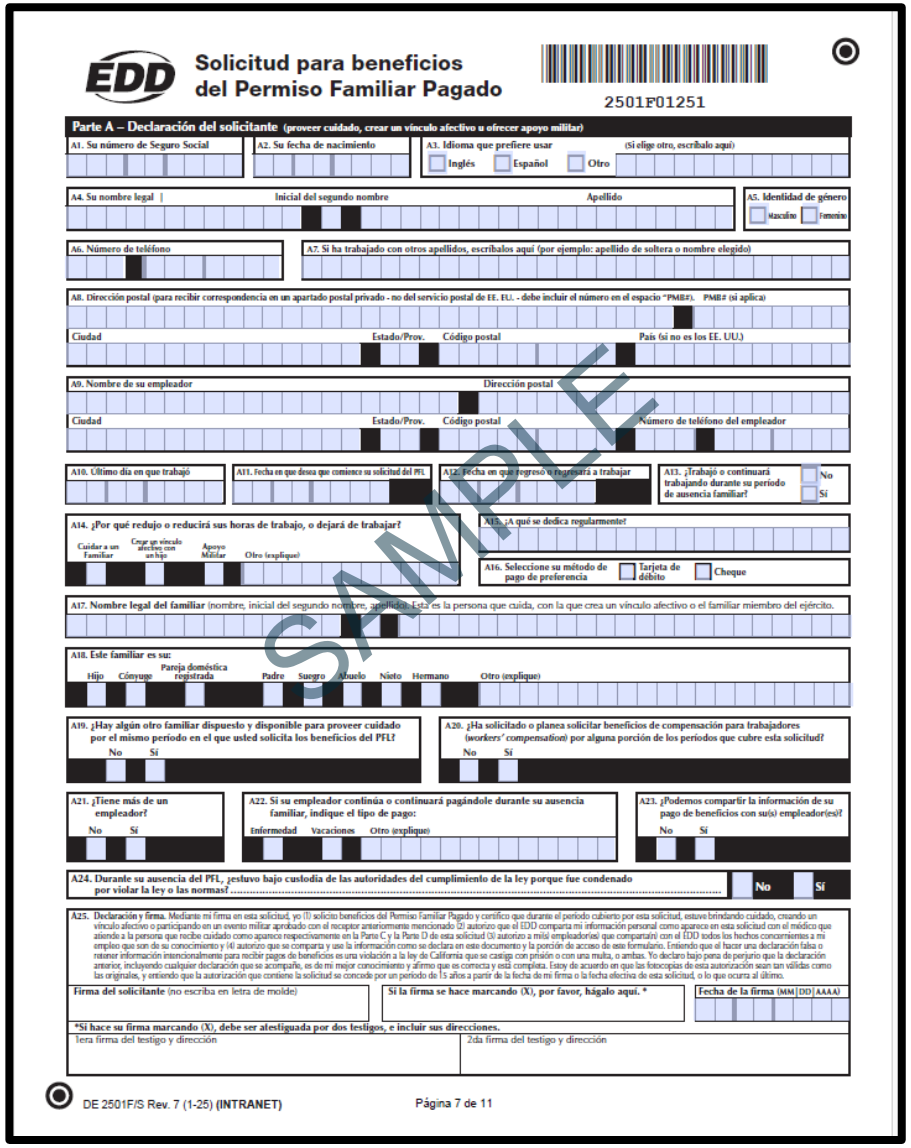
*Una solicitud del PFL será enviada automáticamente a las nuevas madres por correo postal después de recibir su último pago de beneficios del DI por embarazo.

Permiso Familiar Pagado y SDI Online

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 (edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/).





Solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado

2501F01251

Parte A – Declaración del solicitante (proveer cuidado, crear un vínculo afectivo u ofrecer apoyo militar)

A1. Su número de Seguro Social | A2. Su fecha de nacimiento | A3. Idioma que prefiere usar: Inglés, Español, Otro (Si elige otro, escríbalo aquí)

A4. Su nombre legal | Inicial del segundo nombre | Apellido | A5. Identidad de género: Masculino, Femenino

A6. Número de teléfono | A7. Si ha trabajado con otros apellidos, escríbalos aquí (por ejemplo: apellido de soltera o nombre elegido)

A8. Dirección postal (para recibir correspondencia en un apartado postal privado - no del servicio postal de EE. EU. - debe incluir el número en el espacio "PMB#"). PMB# (si aplica)

Ciudad | Estado/Prov. | Código postal | País (si no es los EE. UU.)

A9. Nombre de su empleador | Dirección postal

Ciudad | Estado/Prov. | Código postal | Número de teléfono del empleador

A10. Último día en que trabajó | A11. Fecha en que desea que comience 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 redujo o reducirá sus horas de trabajo, o dejará de trabajar? Cuidar a un Familiar, Crear un vínculo afectivo con un hijo, Apoyo Militar, Otro (explique)

A15. ¿A qué se dedica regularmente?

A16. Seleccione su método de pago de preferencia: Tarjeta de débito, Cheque

A17. Nombre legal del familiar (nombre, inicial del segundo nombre, apellido). Esta es la persona que cuida, con la que crea un vínculo afectivo o el familiar miembro del ejército.

A18. Este familiar es su: Hijo, Cónyuge, Pareja doméstica registrada, Padre, Suegro, Abuelo, Nieto, Hermano, Otro (explique)

A19. ¿Hay algún otro familiar dispuesto y disponible para proveer cuidado por el mismo período en el que usted solicita los beneficios del PFL? No, Sí

A20. ¿Ha solicitado o planea solicitar beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) por alguna porción de los períodos que cubre esta solicitud? No, Sí

A21. ¿Tiene más de un empleador? No, Sí

A22. Si su empleador continúa o continuará pagándole durante su ausencia familiar, indique el tipo de pago: Enfermedad, Vacaciones, Otro (explique)

A23. ¿Podemos compartir la información de su pago de beneficios con su(s) empleador(es)? No, Sí

A24. Durante su ausencia del PFL, ¿estuvo bajo custodia de las autoridades del cumplimiento de la ley porque fue condenado por violar la ley o las normas? No, Sí

A25. Declaración y firma. Mediante mi firma en esta solicitud, yo (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado y certifico que durante el período cubierto por esta solicitud, estuve brindando cuidado, creando un vínculo afectivo o participando en un evento militar aprobado con el receptor anteriormente mencionado (2) autorizo que el EDD comparta mi información personal como aparece en esta solicitud con el médico que atiende a la persona que recibe cuidado como aparece respectivamente en la Parte C y la Parte D de esta solicitud (3) autorizo a mis(s) empleador(es) que comparta(n) con el EDD todos los hechos concernientes a mi empleo que son de su conocimiento y (4) autorizo que se comparta y use la información como se declara en este documento y la porción de acceso de este formulario. Entiendo que el hacer una declaración falsa o retener información intencionalmente para recibir pagos de beneficios es una violación a la ley de California que se castiga con prisión o con una multa, o ambas. Yo declaro bajo pena de perjurio que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que se acompañe, es de mi mejor conocimiento y afirmo que es correcta y está completa. Estoy de acuerdo en que las fotocopias de esta autorización sean tan válidas como las originales, y entiendo que la autorización que contiene la solicitud se concede por un período de 15 años a partir de la fecha de mi firma o la fecha efectiva de esta solicitud, o lo que ocurra al último.

Firma del solicitante (no escriba en letra de molde) | Si la firma se hace marcando (X), por favor, hágalo aquí. * | Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

*Si hace su firma marcando (X), debe ser atestiguada por dos testigos, e incluir sus direcciones.

1era firma del testigo y dirección | 2da firma del testigo y dirección

DE 2501F/S Rev. 7 (1-25) (INTRANET) Página 7 de 11

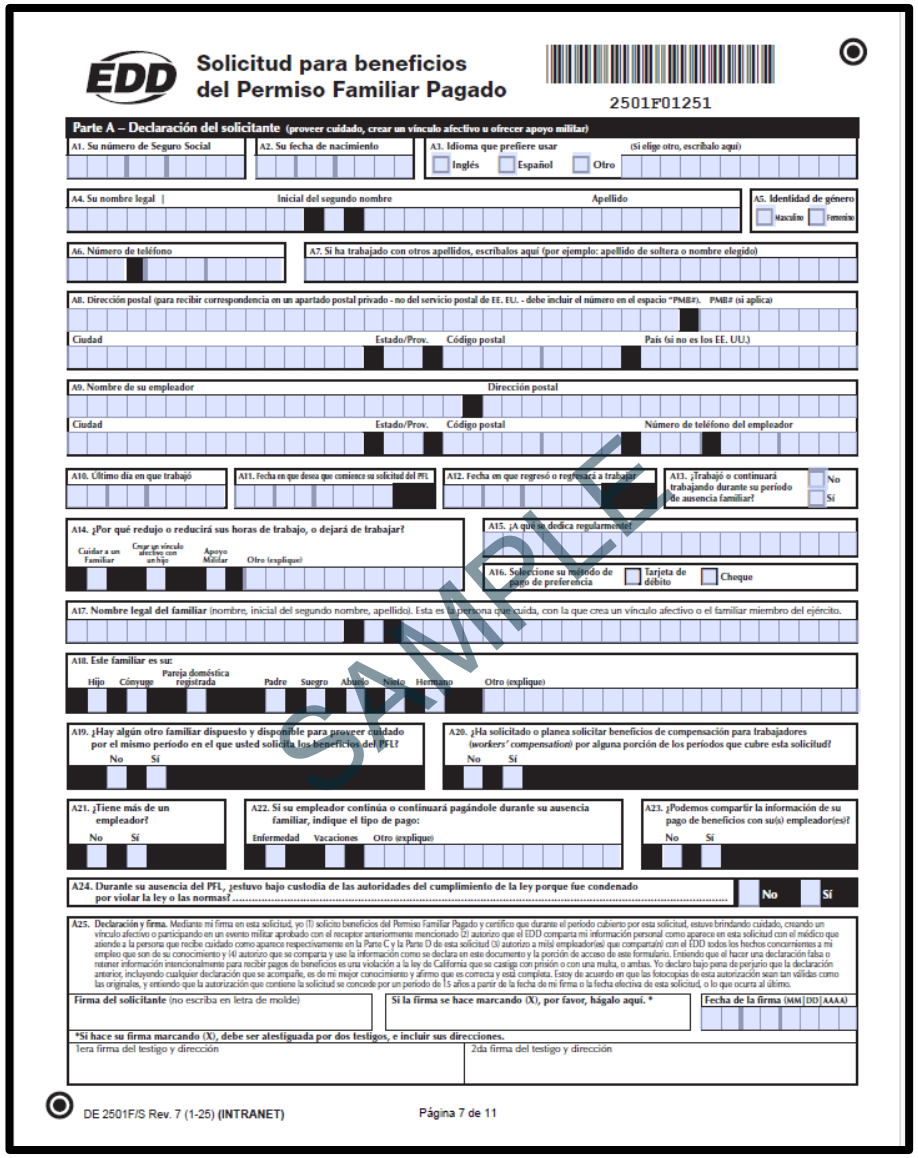
SAMPLE

Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado para establecer un vínculo paternal

Una solicitud debidamente completada del PFL para establecer un vinculo paternal incluye:

- **Parte A** – Declaración del solicitante
- **Parte B** – Certificación para establecer un vínculo paternal.
- **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/) para descargar e imprimir el formulario.



EDD Solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado

2501F01251

Parte A – Declaración del solicitante (proveer cuidado, crear un vínculo afectivo u ofrecer apoyo militar)

A1. Su número de Seguro Social | A2. Su fecha de nacimiento | A3. Idioma que prefiere usar: Inglés, Español, Otro (Si elige otro, escríbalo aquí)

A4. Su nombre legal | Inicial del segundo nombre | Apellido | A5. Identidad de género: Masculino, Femenino

A6. Número de teléfono | A7. Si ha trabajado con otros apellidos, escríbalos aquí (por ejemplo: apellido de soltera o nombre elegido)

A8. Dirección postal (para recibir correspondencia en un apartado postal privado - no del servicio postal de EE. EU. - debe incluir el número en el espacio "PMB#"). PMB# (si aplica)

Ciudad | Estado/Prov. | Código postal | País (si no es los EE. UU.)

A9. Nombre de su empleador | Dirección postal

Ciudad | Estado/Prov. | Código postal | Número de teléfono del empleador

A10. Último día en que trabajó | A11. Fecha en que desea que comience 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 redujo o reducirá sus horas de trabajo, o dejará de trabajar? Cuidar a un Familiar | Crear un vínculo afectivo con un hijo | Apoyo Militar | Otro (explique)

A15. ¿A qué se dedica regularmente?

A16. Seleccione su método de pago de preferencia: Tarjeta de débito, Cheque

A17. Nombre legal del familiar (nombre, inicial del segundo nombre, apellido). Esta es la persona que cuida, con la que crea un vínculo afectivo o el familiar miembro del ejército.

A18. Este familiar es su: Hijo | Cónyuge | Pareja doméstica registrada | Padre | Suegro | Abuelo | Nieto | Hermano | Otro (explique)

A19. ¿Hay algún otro familiar dispuesto y disponible para proveer cuidado por el mismo período en el que usted solicita los beneficios del PFL? No, Sí

A20. ¿Ha solicitado o planea solicitar beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) por alguna porción de los períodos que cubre esta solicitud? No, Sí

A21. ¿Tiene más de un empleador? No, Sí

A22. Si su empleador continúa o continuará pagándole durante su ausencia familiar, indique el tipo de pago: Enfermedad | Vacaciones | Otro (explique)

A23. ¿Podemos compartir la información de su pago de beneficios con su(s) empleador(es)? No, Sí

A24. Durante su ausencia del PFL, ¿estuvo bajo custodia de las autoridades del cumplimiento de la ley porque fue condenado por violar la ley o las normas? ..... No, Sí

A25. Declaración y firma. Mediante mi firma en esta solicitud, yo (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado y certifico que durante el período cubierto por esta solicitud, estuve brindando cuidado, creando un vínculo afectivo o participando en un evento militar aprobado con el receptor anteriormente mencionado (2) autorizo que el EDD comparta mi información personal como aparece en esta solicitud con el médico que atiende a la persona que recibe cuidado como aparece respectivamente en la Parte C y la Parte D de esta solicitud (3) autorizo a mi(s) empleador(es) que comparta(n) con el EDD todos los hechos concernientes a mi empleo que son de su conocimiento y (4) autorizo que se comparta y use la información como se declara en este documento y la porción de acceso de este formulario. Entiendo que el hacer una declaración falsa o retener información intencionalmente para recibir pagos de beneficios es una violación a la ley de California que se castiga con prisión o con una multa, o ambas. Yo declaro bajo pena de perjurio que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que se acompañe, es de mi mejor conocimiento y afirmo que es correcta y está completa. Estoy de acuerdo en que las fotocopias de esta autorización sean tan válidas como las originales, y entiendo que la autorización que contiene la solicitud se concede por un período de 15 años a partir de la fecha de mi firma o la fecha efectiva de esta solicitud, o lo que ocurra al último.

Firma del solicitante (no escriba en letra de molde) | Si la firma se hace marcando (X), por favor, hágalo aquí. * | Fecha de la firma (MM DD AAAA)

*Si hace su firma marcando (X), debe ser atestiguada por dos testigos, e incluir sus direcciones.

1era firma del testigo y dirección | 2da firma del testigo y dirección

DE 2501F/S Rev. 7 (1-25) (INTRANET) Página 7 de 11

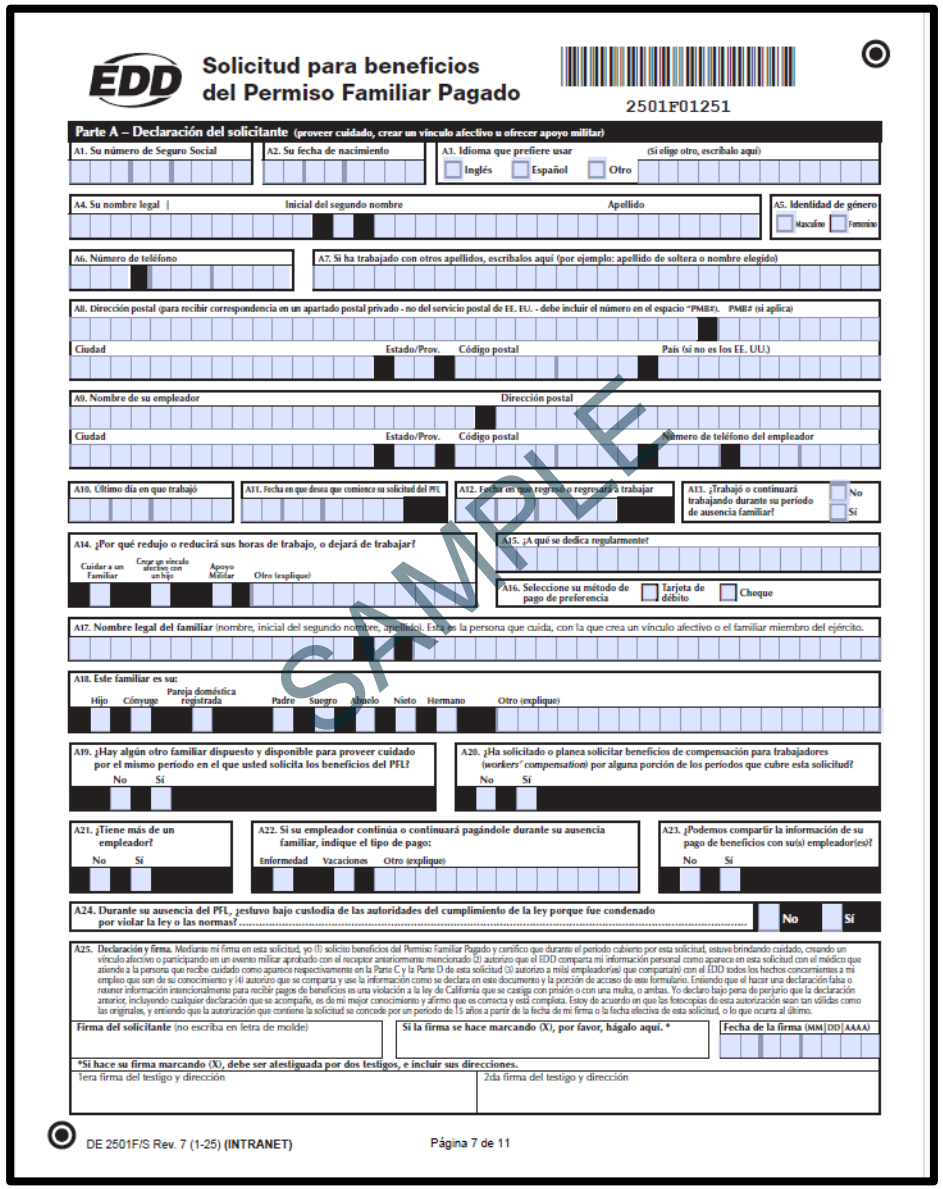
SAMPLE

Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado para proveer cuidado

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/) para descargar e imprimir el formulario.



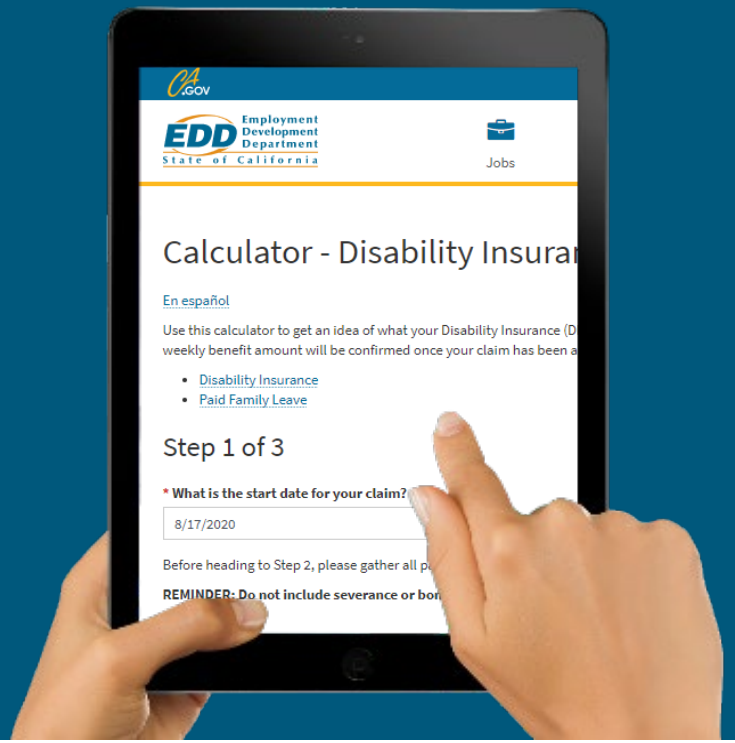
Presentar una solicitud para apoyo militar del Permiso Familiar Pagado

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/) 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* (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.

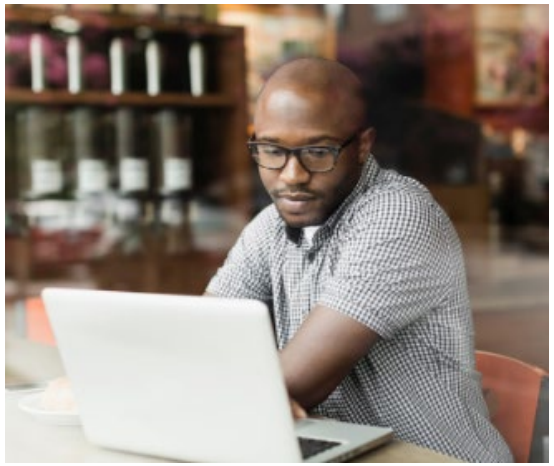
Sólo puede solicitar ocho semanas de beneficios dentro de un período de 12 meses.



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 (cont.)

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) y el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (dol.gov).



Para más información, visite:

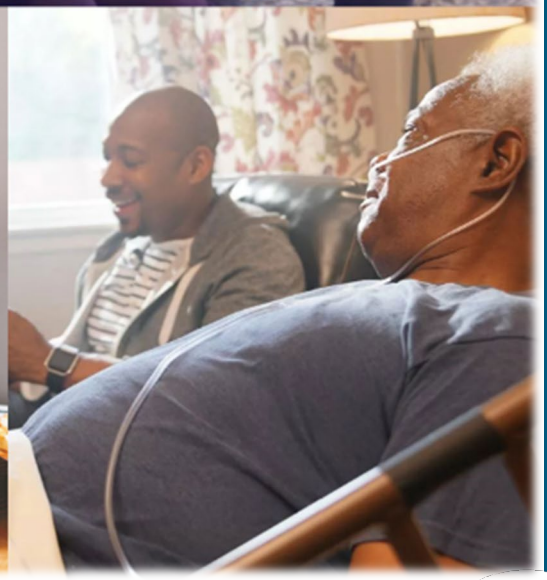
- Permiso Familiar Pagado (edd.ca.gov/es/PaidFamilyLeave_espanol)

Comuníquese con el EDD

- **Inglés**: 1-877-238-4373
- **Español:** 1-877-379-3819
- **TTY (teletipo):** 1-800-445-1312

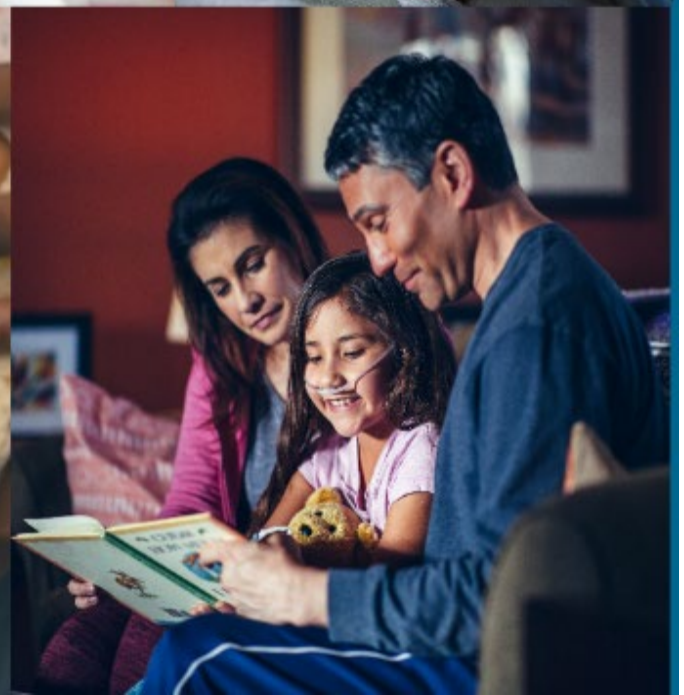












El EDD ofrece igualdad de oportunidades. El EDD ofrece ayuda y servicios gratuitos para asegurar que toda persona tenga acceso a nuestros servicios. Esto incluye formatos braille y letra grande, o intérpretes de lenguaje de señas. También aceptamos llamadas de usuarios de TTY (711) y de personas que usan servicios de retransmisión de video (VRS). LLame al 1-866-490-8879 (voz) o TTY 1-800-445-1312.