



Resumen del Permiso Familiar Pagado para nuevas madres o embarazadas

Programa del Seguro Estatal de Incapacidad
Departamento del Desarrollo del Empleo

Agosto 2026



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.



El Seguro de Incapacidad y las madres embarazadas

California tiene dos programas de ausencia familiar pagada para las nuevas madres y embarazadas.

El **Seguro de Incapacidad** (DI, por sus siglas en inglés) le permite tomar una ausencia familiar parcialmente pagada de la siguiente manera:

- ▶ Hasta **cuatro semanas antes del parto*** y
- ▶ Hasta **ocho semanas después del parto***
(Normalmente son 6 semanas por parto normal y 8 semanas por parto por cesárea).

Recibe aproximadamente de un 60 a un 70 por ciento de su sueldo mientras está recibiendo DI.

*Las nuevas madres o embarazadas pueden recibir hasta 52 semanas de DI, si surgen complicaciones antes o después del parto.

Permiso Familiar Pagado y las nuevas madres o embarazadas

El **Permiso Familiar Pagado** (PFL, por sus siglas en inglés) proporciona hasta **ocho semanas** de ausencia familiar parcialmente pagada para que los padres puedan establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo durante el primer año de vida del hijo.

- ▶ Puede ser utilizado para establecer un vínculo paternal con un hijo biológico, adoptado o bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).
- ▶ Las nuevas madres no necesitan proporcionar documentación para comprobar su parentesco con su hijo sí estuvo recibiendo pagos de beneficios del DI por embarazo.

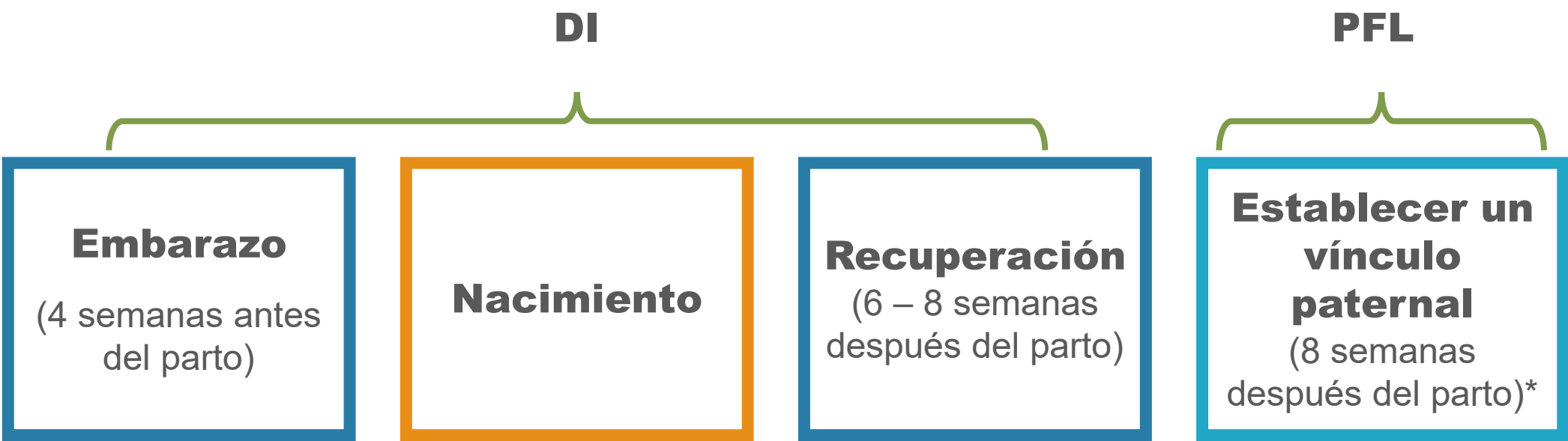
Recibe la misma cantidad de beneficios semanal que recibía durante su solicitud de DI por embarazo cuando recibe beneficios del PFL para establecer un vínculo paternal.





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. .

Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado

Cada programa requiere que se presente su propia solicitud*

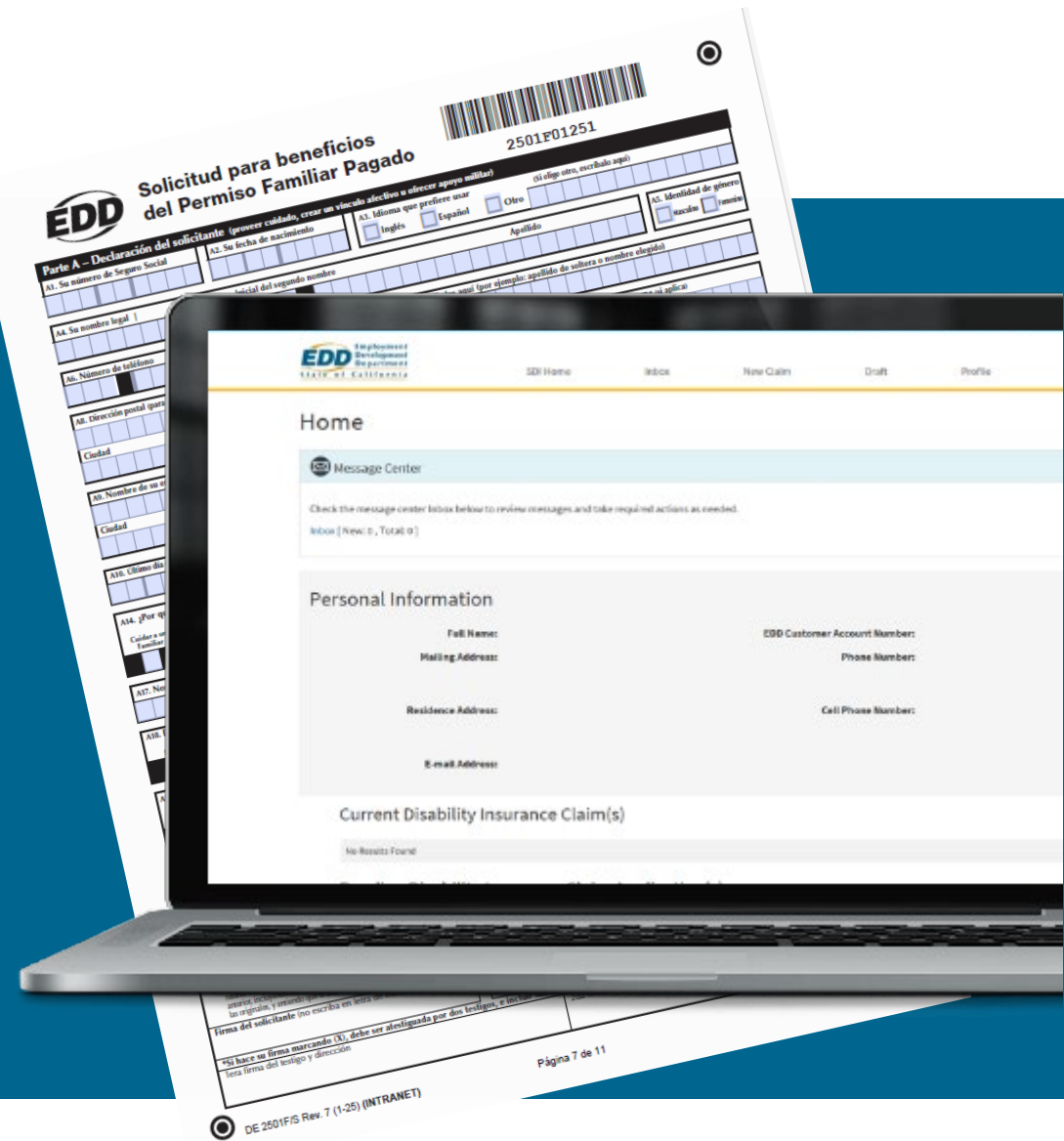
Debe completar y presentar su solicitud del DI dentro de 49 días y del PFL dentro de 41 días a partir de la fecha de inicio de su ausencia familiar, utilizando uno de los siguientes métodos:



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



Por correo postal



*Se les enviará una solicitud del PFL a las nuevas madres después de recibir su último pago de beneficios del DI por embarazo.

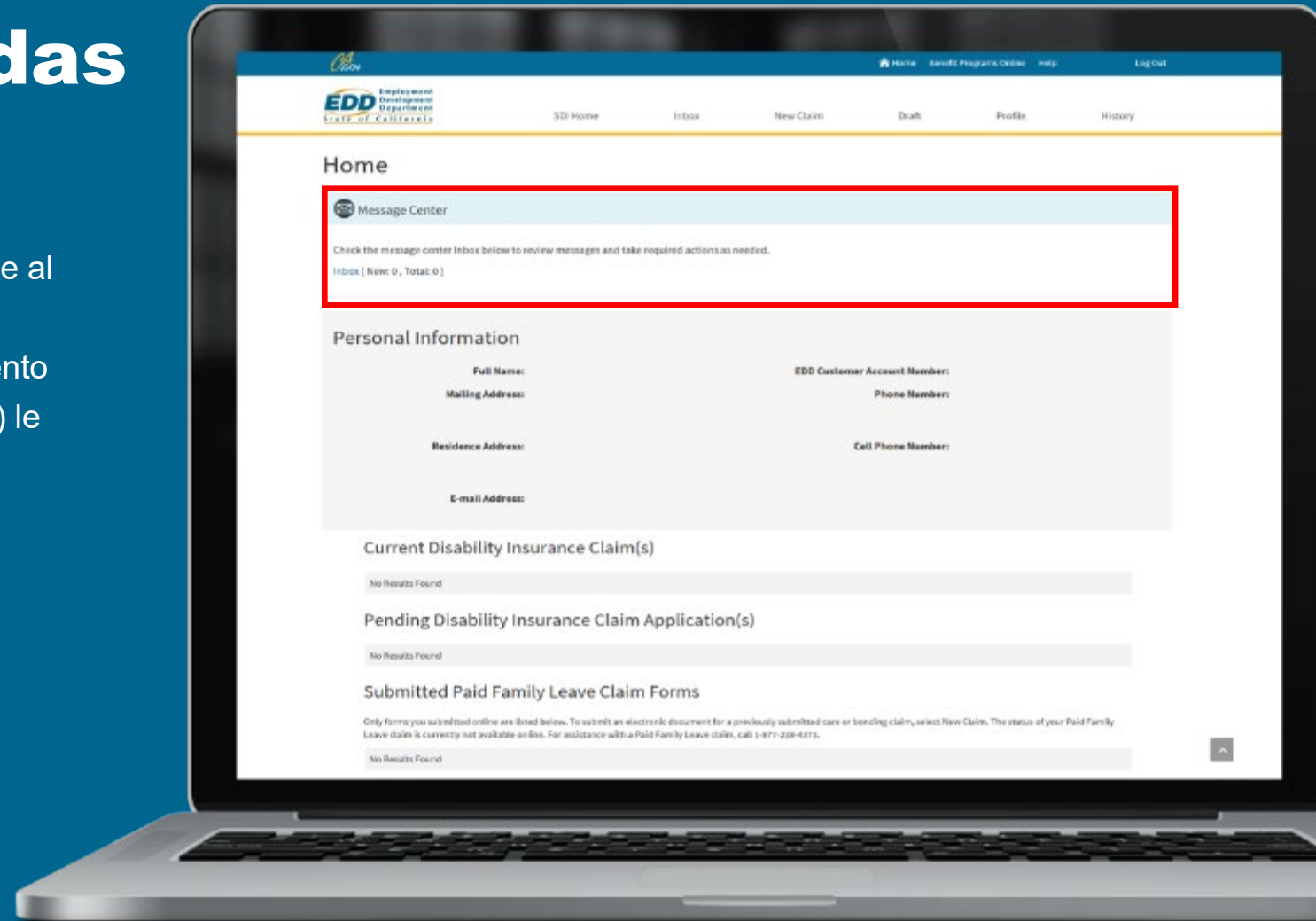
SDI Online y las nuevas madres o embarazadas

 Por internet

Puede presentar su solicitud del DI a través de SDI Online al registrarse para establecer una cuenta y seleccionando “Solicitud nueva” en el menú de su cuenta. El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés) le enviará un mensaje por correo electrónico para dejarle saber cuándo debe completar su solicitud del PFL para establecer un vínculo paternal.

Seleccione el enlace para la *Solicitud para el Permiso Familiar Pagado (PFL) – Maternidad (DE 2501FP/S)* que encontrará en el buzón de su cuenta para presentar la solicitud por internet.

Para crear o acceder su cuenta, visite [SDI Online \(edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/\)](http://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 (si elige otro, escríbalo aquí)
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

A4. Su nombre legal
Inicial del segundo nombre

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. UU. - 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 periodo 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 periodo 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 periodos 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 (I) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado y certifico que durante el periodo cubierto por esta solicitud, estuve brindando cuidado, creando un vínculo afectivo o participando en un evento militar aprobado con el receptor anteriormente mencionado (I) 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 (I) autorizo a mi(s) empleador(es) que comparecerá(n) con el EDD todos los hechos concernientes a mi empleo que son de su conocimiento y (II) 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 acompaña, es de mi mejor conocimiento y afirmo que es correcta y está completa. Estoy de acuerdo en que las fotocopias de esta autorización sean válidas como las originales, y entiendo que la autorización que contiene la solicitud se concede por un periodo 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

El Seguro de Incapacidad y las nuevas madres o embarazadas



Por correo postal

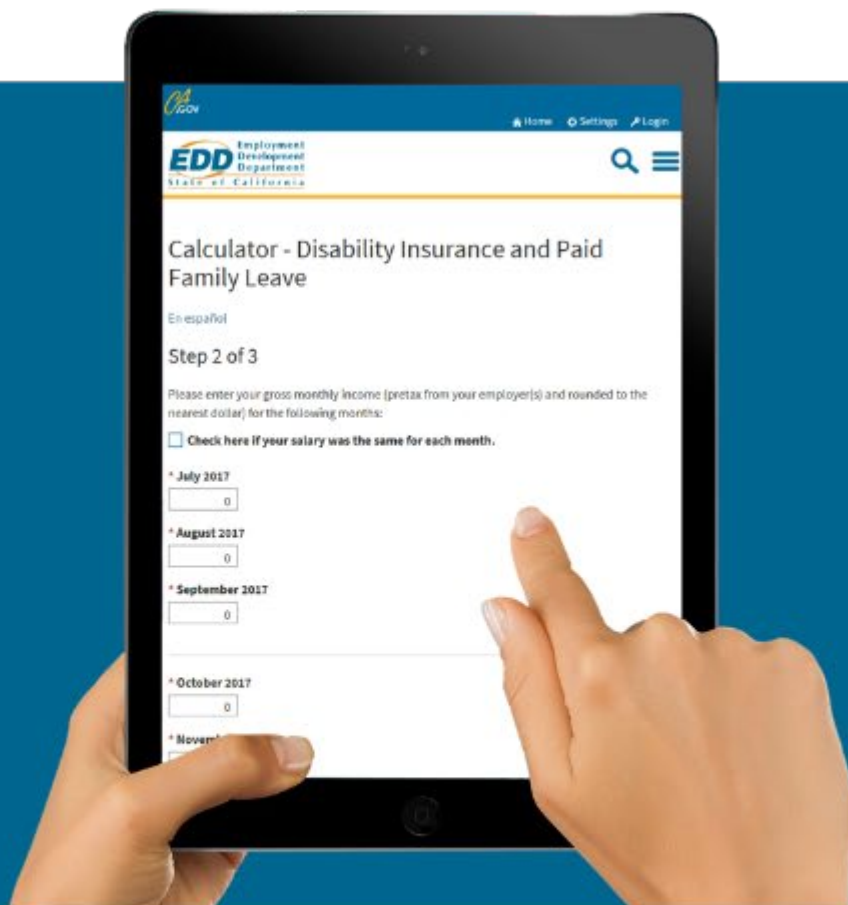
Si piensa presentar su solicitud por correo postal deberá completar la *Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* (DE 2501/S). Una solicitud del DI completada correctamente incluirá:

- **Parte A – Declaración del solicitante**
- **Parte B – Certificación del médico/profesional médico**

Ordene la solicitud DE 2501/S por internet a través de la página titulada Formularios y publicaciones del Seguro de Incapacidad (edd.ca.gov/es/disability/DI_Forms_and_Publications_En_Espanol/).



Cómo se calcula la cantidad de beneficios



La cantidad de beneficios semanales 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 semanales 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 la [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 obtener un estimado de su cantidad de beneficios semanales.

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.

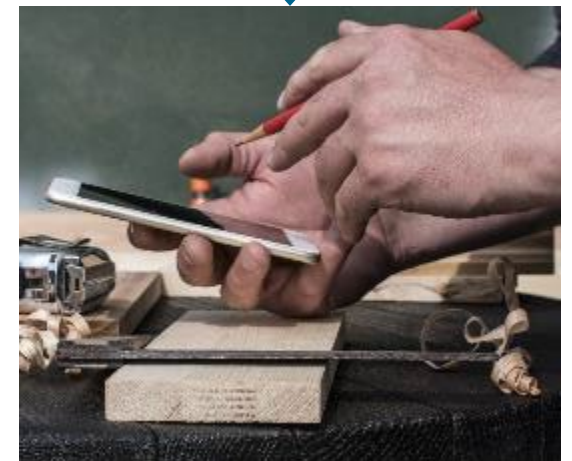


Los californianos desempleados, deben haber recibido beneficios del Seguro de Desempleo y/o estar activamente buscado trabajo para ser elegibles para el PFL.

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



Si trabaja por cuenta propia, puede ser elegible si está contribuyendo al 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) y el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (dol.gov).



Para más información, visite:

► Permiso Familiar Pagado

(edd.ca.gov/es/disability/Paid_Family_Leave_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 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 Relevos de California al 711.