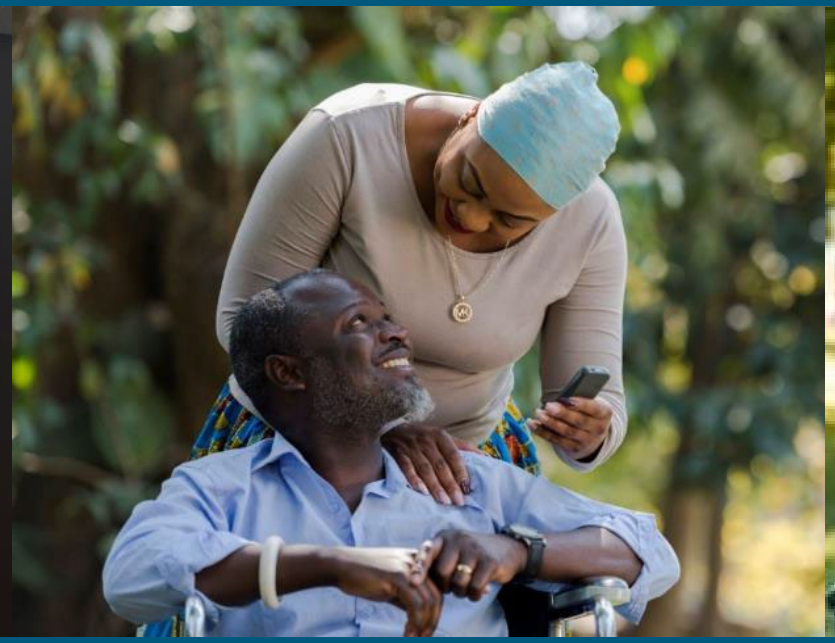




Resumen del Permiso Familiar Pagado para Nuevas Madres o Embarazadas

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 durante un periodo de 12 meses.

2. Tres tipos de solicitudes:
   - Para establecer un vinculo paternal
   - Para proveer cuidado
   - Apoyo military

3. Puede ser tomado de forma intermitente dentro de un periodo de 12 meses.

4. No hay periodo de espera. El pago empieza a partir del primer dia se su ausecia familiar.

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

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

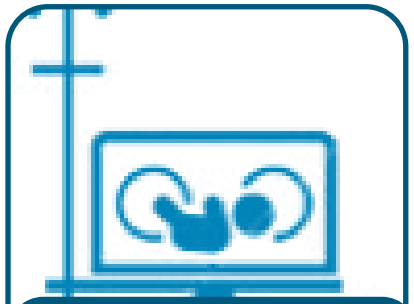


Las nuevas madres presentan una solicitud del DI seguido por el PFL, por ejemplo:



Embarazo

4 Semanas antes del parto



Nacimiento



Recuperación

6-8 Semanas despues del parto



Establecer un vincolo paternal

8 Semanas después del parto*

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



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 sus sueldos 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.

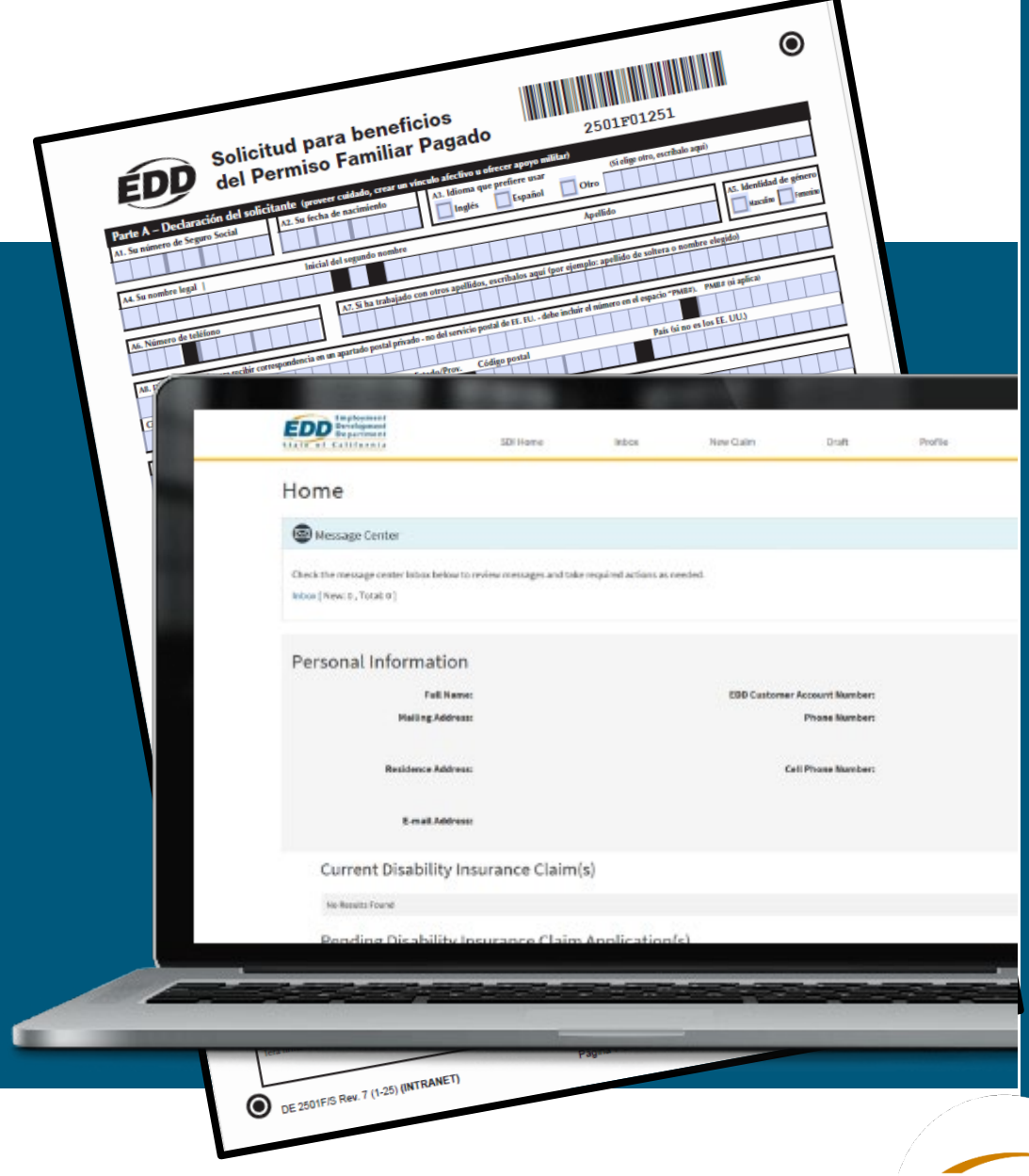
Recibe la misma cantidad de beneficios semanal que recibía durante su solicitud de DI por embarazo cuando recibe beneficios del PFL para establecer un vínculo paternal.

Presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado

Cada programa requiere que se presente su propia solicitud*

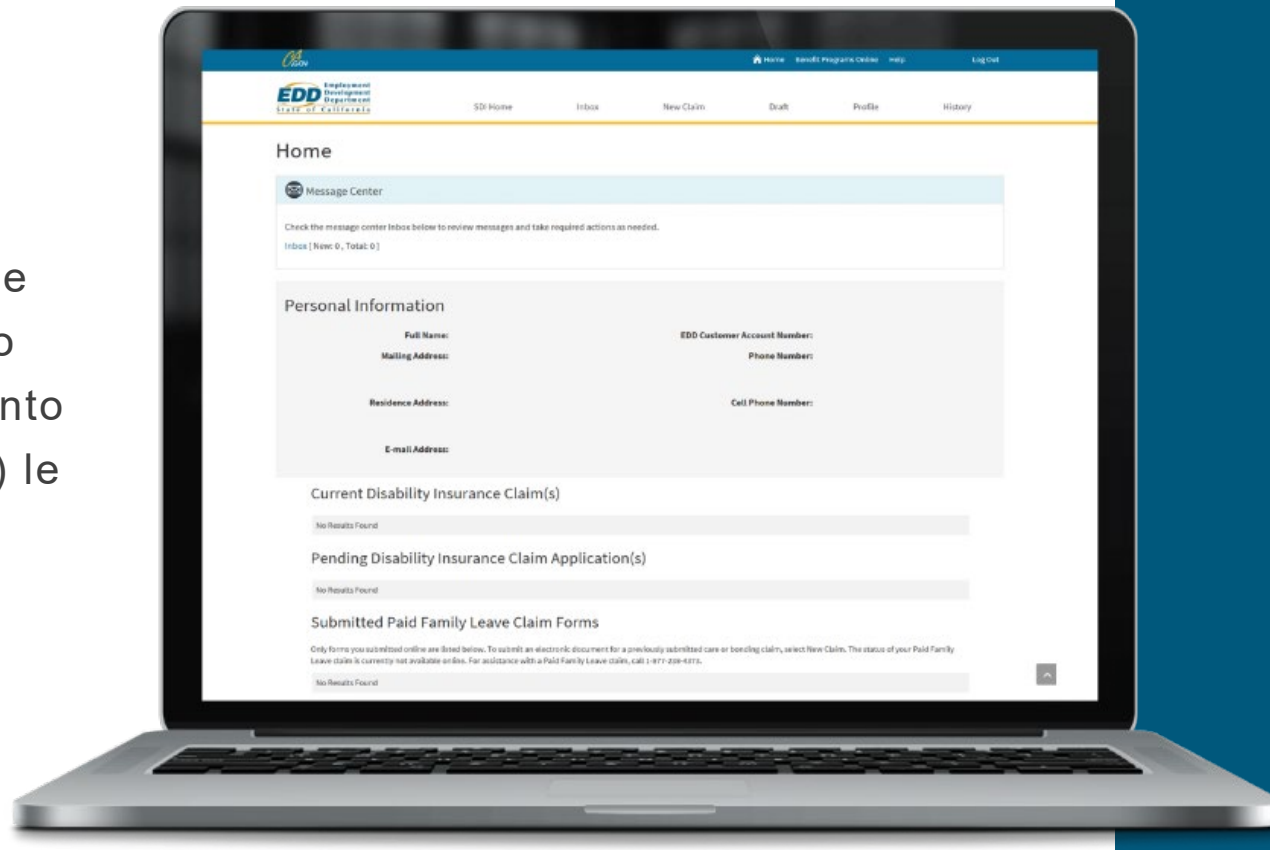
Debe completar y presentar su solicitud del DI dentro de 49 días y del PFL dentro de 41 días a partir de la fecha de inicio de su ausencia familiar, utilizando uno de los siguientes métodos:

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

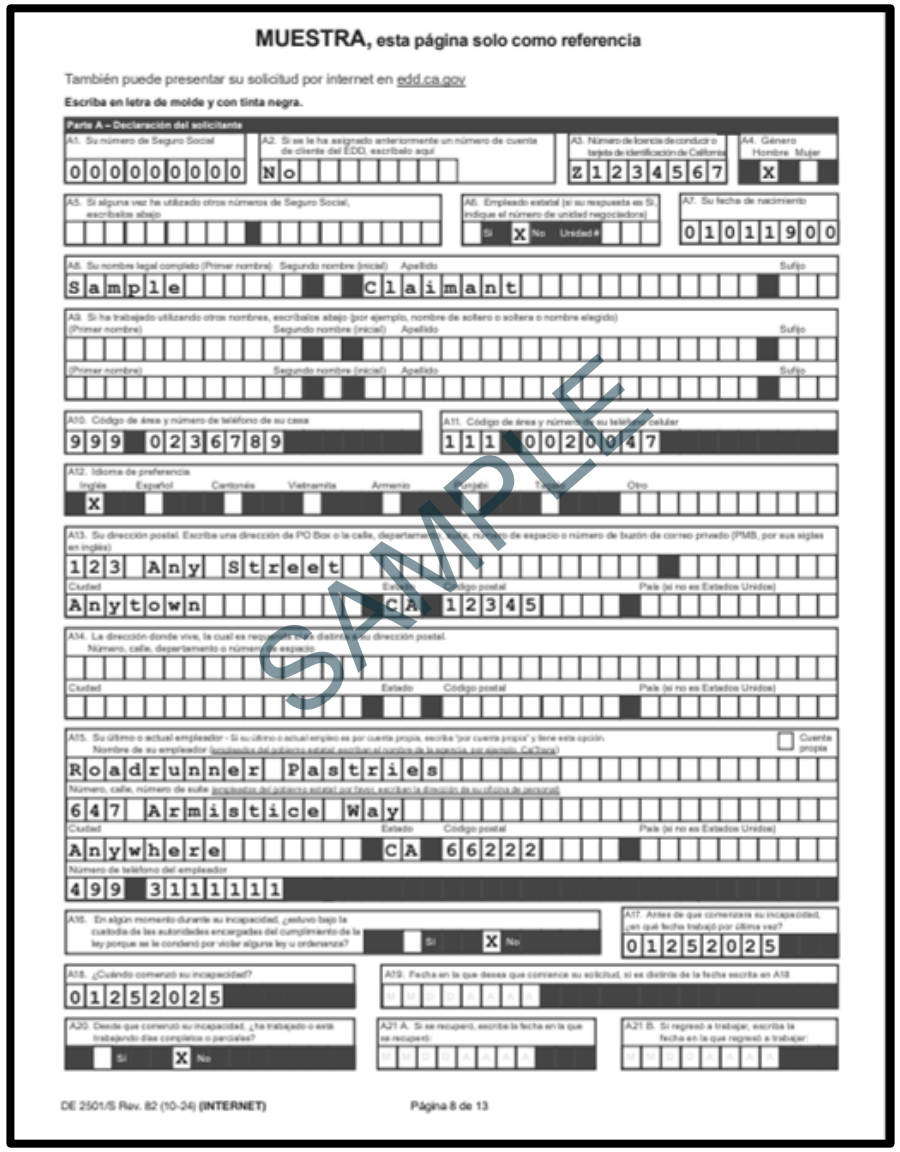
SDI Online y las nuevas madres o embarazadas



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 a su cuenta, visite SDI Online (edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/).



MUESTRA, esta página solo como referencia

También puede presentar su solicitud por internet en edd.ca.gov

Escriba en letra de molde y con tinta negra.

Parte A – Declaración del solicitante

A1. Su número de Seguro Social: 000000000

A2. Si se le ha asignado anteriormente un número de cuenta de cliente del EDD, escríbalo aquí: No

A3. Número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California: Z1234567

A4. Género: Hombre X Mujer

A5. Si alguna vez ha utilizado otros números de Seguro Social, escríbalos abajo

A6. Empleado estatal (si su respuesta es Sí, indique el número de unidad negociadora): Sí X No Unidad #

A7. Su fecha de nacimiento: 01011900

A8. Su nombre legal completo (Primer nombre) Segundo nombre (inicial) Apellido Sufijo: Sample Claimant

A9. Si ha trabajado utilizando otros nombres, escríbalos abajo (por ejemplo, nombre de soltero o soltera o nombre elegido)

A10. Código de área y número de teléfono de su casa: 999 0236789

A11. Código de área y número de su teléfono celular: 111 0020047

A12. Idioma de preferencia: Inglés X Español Cantonés Vietnamita Armenio Tagalo Otro

A13. Su dirección postal. Escriba una dirección de PO Box o la calle, departamento o suite, número de espacio o número de buzón de correo privado (PMB, por sus siglas en inglés): 123 Any Street

Ciudad Estado Código postal País (si no es Estados Unidos): Anytown CA 12345

A14. La dirección donde vive, la cual es necesaria si usted distinta a su dirección postal.

Número, calle, departamento o número de espacio

Ciudad Estado Código postal País (si no es Estados Unidos)

A15. Su último o actual empleador - Si su último o actual empleo es por cuenta propia, escriba 'por cuenta propia' y llene esta opción. Cuenta propia

Nombre de su empleador (excluyendo del gobierno estatal; escriba el nombre de la agencia, por ejemplo, CalTrans): Roadrunner Pastries

Número, calle, número de suite (excluyendo del gobierno estatal; por favor, escriba la dirección de su oficina de personal): 647 Armistice Way

Ciudad Estado Código postal País (si no es Estados Unidos): Anywhere CA 662222

Número de teléfono del empleador: 4993111111

A16. En algún momento durante su incapacidad, ¿estuvo bajo la custodia de las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley porque se le condenó por violar alguna ley u ordenanza? Sí X No

A17. Antes de que comenzara su incapacidad, ¿en qué fecha trabajó por última vez? 01252025

A18. ¿Cuándo comenzó su incapacidad? 01252025

A19. Fecha en la que desea que comience su solicitud, si es distinta de la fecha escrita en A18

A20. Desde que comenzó su incapacidad, ¿ha trabajado o está trabajando días completos o parciales? Sí X No

A21 A. Si se recuperó, escriba la fecha en la que se recuperó:

A21 B. Si regresó a trabajar, escriba la fecha en la que regresó a trabajar:

DE 2501/S Rev. 82 (10-24) (INTERNET) Página 8 de 13

SAMPLE

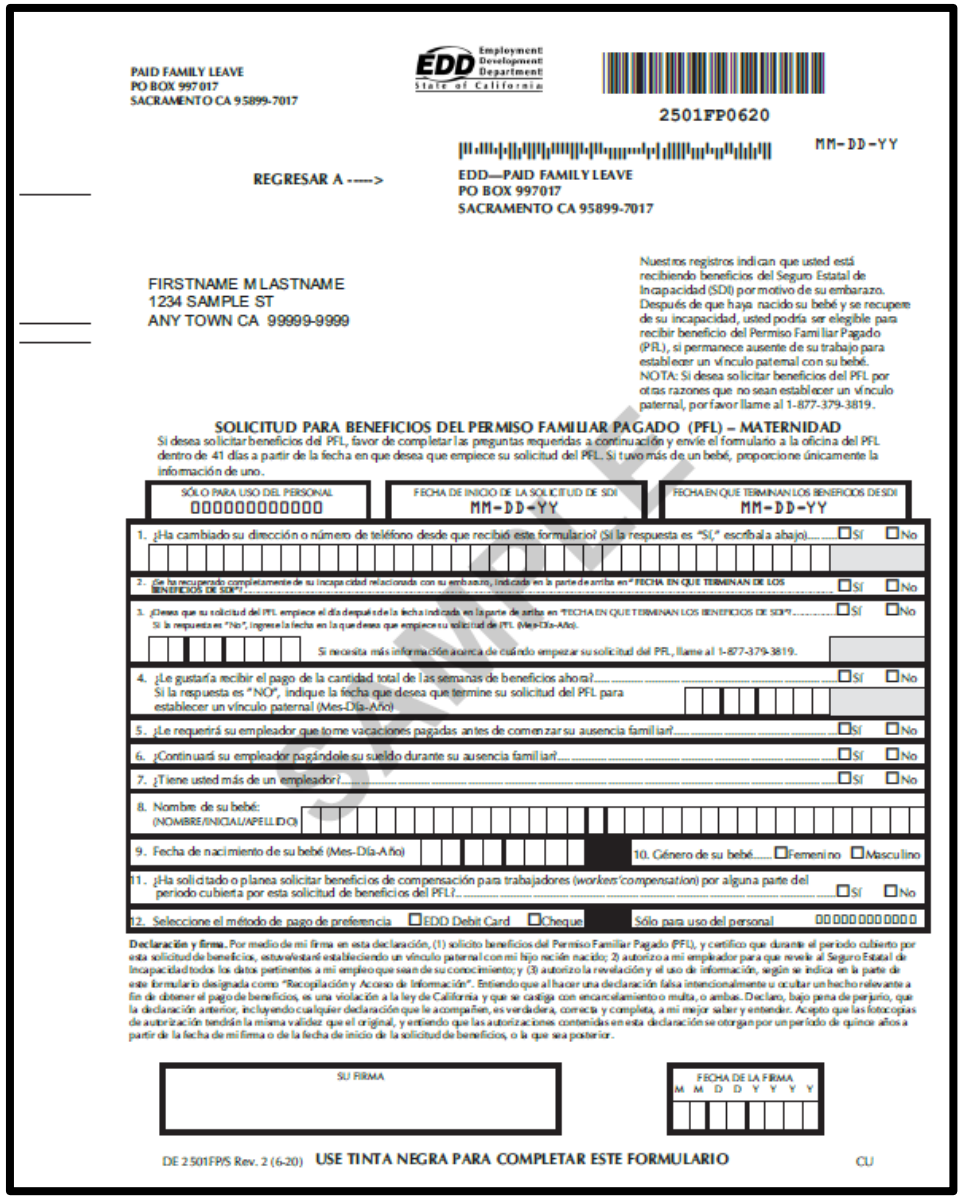
El Seguro de Incapacidad y las nuevas madres o embarazadas

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/).



PAID FAMILY LEAVE
PO BOX 997017
SACRAMENTO CA 95899-7017

Employment Development Department
State of California

2501FP0620

MM-DD-YY

REGRESAR A ----->

EDD—PAID FAMILY LEAVE
PO BOX 997017
SACRAMENTO CA 95899-7017

FIRSTNAME M LASTNAME
1234 SAMPLE ST
ANY TOWN CA 99999-9999

Nuestros registros indican que usted está recibiendo beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) por motivo de su embarazo. Después de que haya nacido su bebé y se recupere de su incapacidad, usted podría ser elegible para recibir beneficio del Permiso Familiar Pagado (PFL), si permanece ausente de su trabajo para establecer un vínculo paternal con su bebé. NOTA: Si desea solicitar beneficios del PFL por otras razones que no sean establecer un vínculo paternal, por favor llame al 1-877-379-3819.

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) – MATERNIDAD

Si desea solicitar beneficios del PFL, favor de completar las preguntas requeridas a continuación y envíe el formulario a la oficina del PFL dentro de 41 días a partir de la fecha en que desea que empiece su solicitud del PFL. Si tuvo más de un bebé, proporcione únicamente la información de uno.

SÓLO PARA USO DEL PERSONAL	FECHA DE INICIO DE LA SOLICITUD DE SDI	FECHA EN QUE TERMINAN LOS BENEFICIOS DESDI
000000000000	MM-DD-YY	MM-DD-YY

1. ¿Ha cambiado su dirección o número de teléfono desde que recibió este formulario? (Si la respuesta es "Sí," escríbala abajo)..... ☐Sí ☐No
2. ¿Se ha recuperado completamente de su incapacidad relacionada con su embarazo, indicada en la parte de arriba en "FECHA EN QUE TERMINAN DE LOS BENEFICIOS DE SDI"? ☐Sí ☐No
3. ¿Desea que su solicitud del PFL empiece el día después de la fecha indicada en la parte de arriba en "FECHA EN QUE TERMINAN LOS BENEFICIOS DE SDI"? ☐Sí ☐No
   Si la respuesta es "No", ingrese la fecha en la que desea que empiece su solicitud de PFL (Mes-Día-Año).
   Si necesita más información acerca de cuándo empezar su solicitud del PFL, llame al 1-877-379-3819.
4. ¿Le gustaría recibir el pago de la cantidad total de las semanas de beneficios ahora? ☐Sí ☐No
   Si la respuesta es "NO", indique la fecha que desea que termine su solicitud del PFL para establecer un vínculo paternal (Mes-Día-Año)
5. ¿Le requerirá su empleador que tome vacaciones pagadas antes de comenzar su ausencia familiar? ☐Sí ☐No
6. ¿Continuará su empleador pagándole su sueldo durante su ausencia familiar? ☐Sí ☐No
7. ¿Tiene usted más de un empleador? ☐Sí ☐No
8. Nombre de su bebé: (NOMBRE/INICIAL/APELLIDO)
9. Fecha de nacimiento de su bebé (Mes-Día-Año) 10. Género de su bebé..... ☐Femenino ☐Masculino
11. ¿Ha solicitado o planea solicitar beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) por alguna parte del periodo cubierta por esta solicitud de beneficios del PFL? ☐Sí ☐No
12. Seleccione el método de pago de preferencia ☐EDD Debit Card ☐Cheque Sólo para uso del personal 00 000 000 0000

Declaración y firma. Por medio de mi firma en esta declaración, (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), y certifico que durante el período cubierto por esta solicitud de beneficios, estuve/estaré estableciendo un vínculo paternal con mi hijo recién nacido; 2) autorizo a mi empleador para que revele al Seguro Estatal de Incapacidad todos los datos pertinentes a mi empleo que sean de su conocimiento; y (3) autorizo la revelación y el uso de información, según se indica en la parte de este formulario designada como "Recopilación y Acceso de 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 encarcelamiento o multa, o ambas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que le acompañen, es verdadera, correcta y completa, a mi mejor saber y entender. Acepto que las fotocopias de autorización 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 inicio de la solicitud de beneficios, o la que sea posterior.

SU FIRMA | FECHA DE LA FIRMA M M D D Y Y Y Y

DE 2501FP/S Rev. 2 (6-20) **USE TINTA NEGRA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO** CU

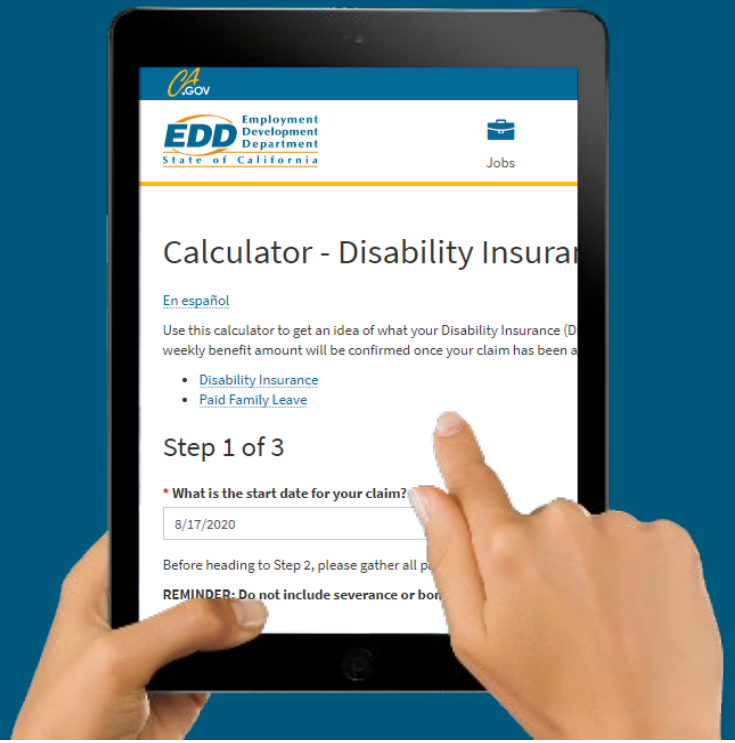
SAMPLE

El Permiso Familiar Pagado y las nuevas madres o embarazadas

Por correo postal

Las nuevas madres que estén en proceso de transición de una solicitud del DI por embarazo a una solicitud del PFL para establecer un vínculo paternal, automáticamente recibirán la *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) – Maternidad* (DE 2501FP/S), después del último pago de beneficios del DI.

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.

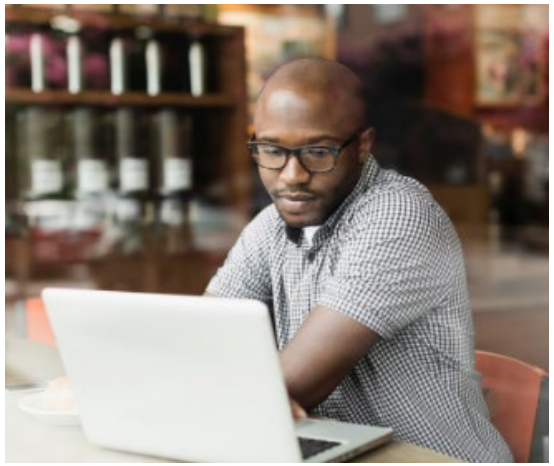
No se le puede garantizar que recibirá pagos de beneficios hasta que la solicitud sea aprobada por el EDD.

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:

- Beneficios del Seguro de Incapacidad (edd.ca.gov/es/disability/Disability_Insurance_espanol/
- Permiso Familiar Pagado (edd.ca.gov/es/PaidFamilyLeave_espanol)

Comuníquese con el EDD

DI

- **Inglés**: 1-800-480-3287
- **Español:**1-866-658-8846
- **TTY (teletipo):** 1-800-563-2441
- Servicio de Relevo de California: llame al 711

PFL

- **Inglés**: 1-877-238-4373
- **Español:** 1-877-379-3819
- **TTY (teletipo):** 1-800-445-1312
- Servicio de Relevo de California: llame al 711





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.