

Notificación para los Empleados

ESTE EMPLEADOR ESTÁ REGISTRADO CONFORME AL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPEÑO DE CALIFORNIA Y ESTÁ REPORTANDO SUELDOS QUE SON CRÉDITOS QUE SE VAN ACUMULANDO PARA QUE USTED PUEDA RECIBIR:

Seguro de Incapacidad

(Financiado completamente con las contribuciones de los empleados)

Cuando usted no puede trabajar o le han reducido sus horas de trabajo debido a una enfermedad, lesión, o embarazo, puede ser elegible para recibir los beneficios del Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés).

Su empleador debe proporcionarle una copia del folleto titulado *Información y Requisitos del Seguro de Incapacidad (DE 2515/S)* a cada empleado nuevo que contrate y a cada empleado que tenga que dejar su empleo debido a un embarazo o debido a una enfermedad o lesión que no esté relacionada con su trabajo.

Formularios para las solicitudes

- Obtenga los formularios de su médico/profesional médico, empleador o de cualquier oficina del DI. También puede ordenar sus formularios por internet en [EDD Forms and Publications](https://forms.edd.ca.gov/forms) (forms.edd.ca.gov/forms) (solamente en inglés).
- Si usted tiene cobertura del DI bajo el seguro privado (*voluntary plan*) de su empleador, obtenga los formularios para la solicitud del DI de parte de su empleador o del administrador externo designado (TPA, por sus siglas en inglés).
- Presente su *Solicitud para Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* (DE 2501/S) dentro de 49 días a partir del primer día de su incapacidad para evitar la pérdida de los beneficios.

Permiso Familiar Pagado

(Financiado completamente con las contribuciones de los empleados)

Cuando usted deja de trabajar o le reducen sus horas de trabajo para cuidar de un miembro de su familia que está gravemente enfermo, para establecer lazos afectivos con un niño, o para participar en un evento aprobado como resultado del despliegue militar de un miembro de la familia a un país en el extranjero, puede ser elegible para recibir los beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés).

El empleador debe proporcionarle una copia del folleto sobre el *Permiso Familiar Pagado de California (DE 2511/S)* a cada empleado nuevo que contrate y a cada empleado que tenga que tomar tiempo fuera del trabajo para cuidar a un familiar que está gravemente enfermo, para establecer lazos afectivos con un nuevo niño, o para asistir a un miembro de la familia durante un evento militar aprobado.

Formularios para las solicitudes

- Obtenga los formularios de su médico/profesional médico, empleador o directamente de cualquier oficina del DI o del PFL. También puede ordenar sus formularios por internet en [EDD Forms and Publications](https://forms.edd.ca.gov/forms) (forms.edd.ca.gov/forms) (solamente en inglés).
- Si usted tiene cobertura del PFL bajo el seguro privado (*voluntary plan*) de su empleador, obtenga los formularios para la solicitud del PFL de parte de su empleador o del TPA designado.

Presente su *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F/S) dentro de 41 días a partir del primer día de su ausencia familiar para evitar la pérdida de los beneficios.

Para más información sobre el DI, visite [State Disability Insurance](https://forms.edd.ca.gov/forms) (solamente en inglés) (edd.ca.gov/disability) o llame al 1-800-480-3287.

Para los usuarios de TTY (teletipo), marquen al 1-800-563-2441

Para más información sobre el PFL, visite [State Disability Insurance](https://forms.edd.ca.gov/forms) (solamente en inglés) (edd.ca.gov/disability) o llame al 1-877-238-4373.

Para los usuarios de TTY (teletipo), marquen al 1-800-445-1312

Para los empleados del gobierno estatal, marquen al 1-866-352-7675 para comunicarse al DI, y marquen al 1-877-945-4747 para comunicarse al PFL.