

Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés), es un programa financiado por el trabajador, proporciona beneficios a los trabajadores que son elegibles y que han sufrido una pérdida total o parcial de sus sueldos porque necesitan ausentarse de su empleo para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, establecer un vínculo paternal con un hijo o participar en un evento aprobado como resultado del despliegue militar de un miembro de su familia (cónyuge, pareja doméstica debidamente registrada, padres o hijos) en el extranjero.

Por favor lea las instrucciones y páginas de información (A hasta la F), antes de completar los formularios adjuntados.

Para un procesamiento más rápido, presente su solicitud a través de [SDI Online](http://edd.ca.gov/disability/sdi_online.htm) (edd.ca.gov/disability/sdi_online.htm). Si la presenta por internet, NO envíe por correo postal el formulario impreso al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés).

No complete esta solicitud si cuenta con un Seguro Privado (*voluntary plan*) que le ofrece su empleador. Pregúntele a su empleador sobre los formularios apropiados que debe completar.

Si no puede completar esta solicitud debido a una discapacidad, o si usted es un representante autorizado que tramita la solicitud del PFL en nombre del solicitante que está incapacitado o que ha fallecido, llame al 1-877-238-4373.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

- Use tinta negra solamente.
 - Escriba claramente y con letra de molde sus respuestas **dentro** de las casillas indicadas.
 - Escriba su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) en todas las páginas de la solicitud, incluyendo cualquier otro documento que adjunte.
 - No envíe el formulario por fax.
 - Envíe por correo postal el formulario impreso en el sobre proporcionado al EDD. No presente su solicitud antes del primer día en que empiece su ausencia familiar, pero hágalo a más tardar en 41 días a partir de la fecha en que empezó su ausencia familiar. **Usted podría perder el derecho a recibir beneficios si presenta su solicitud tarde.**
1. Complete **todas** las preguntas en la sección "PARTE A - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE" y **firmar la casilla A25**. Si falta algún tipo de información o hay un error, esto podría causar que se le regrese el formulario impreso o se atrase su pago. Respecto a la casilla A8, el Servicio de Correo Postal de los Estados Unidos (USPS, por sus siglas en inglés) no entrega la correspondencia a un apartado postal privado a menos que se indiquen las iniciales "PMB."
 2. Para establecer un vínculo paternal, complete la sección "PARTE B - CERTIFICACIÓN PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS" y adjunte una copia de uno de los documentos de la lista que se encuentra en la sección B10. **No complete** la Parte B, si usted va a presentar una solicitud para proporcionar cuidado a un familiar.
 3. Para proporcionar cuidado a un familiar, debe completar lo siguiente:
 - a. La persona que está recibiendo el cuidado debe completar y firmar la sección "PARTE C - DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO". Si la persona que recibe el cuidado es un menor de edad o es una persona que está totalmente discapacitada, un representante autorizado puede completar esta parte.
 - b. Haga que su médico/profesional médico complete y firme la sección "PART D – DOCTOR'S CERTIFICATION". El certificado puede ser completado por un médico/profesional médico autorizado para confirmar la incapacidad del paciente o la condición de salud grave del paciente conforme a la sección 2708 del Código del Seguro del Desempleo de California (CUIC, por sus siglas en inglés). Si la persona que atiende al familiar que está recibiendo el cuidado, es un médico practicante religioso acreditado, tiene que completar la solicitud titulada en inglés *Practitioner's Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2502F) (solamente en inglés). Para ordenar esta solicitud comuníquese al 1-877-238-4373. **No se aceptan firmas con un sello de goma.**
 4. Para participar en un evento aprobado, debe también completar la sección "PARTE E- CERTIFICACIÓN DE APOYO MILITAR" y adjunte una copia de unos de los documentos de la lista que se encuentra en un la casilla E10.
 5. **Usted debe decidir cuidadosamente la fecha en que desea iniciar su solicitud, ya que esto puede afectar la cantidad que pueda recibir de beneficios.** Para más información, consulte la sección "CANTIDAD DE BENEFICIOS" en la página B.
 6. Coloque el formulario completado y firmado dentro del sobre que viene adjunto. El trámite del formulario se lleva a cabo dentro de 14 días, después que el EDD reciba el formulario correctamente completado.
 - o Para establecer un vínculo paternal, el formulario se considera completo cuando las partes A y B, y los documentos requeridos son recibidos por el EDD.
 - o Para proporcionar cuidado, el formulario se considera completo cuando las partes A, C y D son recibidas por el EDD.
 - o Para apoyo militar, el formulario se considera completo cuando las partes A, E y los documentos requeridos son recibidos por el EDD.
 7. Guarde estas instrucciones y las páginas de información (A hasta la F) para futuras referencias.

El EDD ofrece igualdad de oportunidad al empleo, acceso a sus programas y servicios. Servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para pedir servicios, asistencia y/o formato alterno, comuníquese al 1-866-490-8879 o por TTY (teletipo) al 711.

REQUISITOS BÁSICO DE ELEGIBILIDAD. Solo se pueden pagar beneficios del PFL después de que cumpla con **todos** los requisitos siguientes:

- Usted no puede hacer su trabajo regular o acostumbrado porque **necesita proporcionar cuidado a un familiar o establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo o participar en un evento aprobado.**
- Usted tiene que estar empleado o estar buscando empleo en forma activa cuando empiece su ausencia familiar.
- Si está trabajando, usted debe haber sufrido una pérdida de sus sueldos porque estaba cuidado a un familiar gravemente enfermo, estableciendo un vínculo paternal con nuevo hijo o participando en un evento aprobado.
- Usted debe haber **ganado al menos \$300** en sueldos de los cuales fueron sujetos a impuestos del Seguro Estatal del Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) durante el período anterior. (Vea la sección "CANTIDAD DE BENEFICIOS", en la siguiente columna).
- Usted tiene que **completar y enviar el formulario impreso** a más tardar dentro de 41 días después del primer día de inicio de su ausencia familiar o podría perder beneficios.

Los siguientes requisitos deben cumplirse solamente si la solicitud del PFL es para proporcionar cuidado a un familiar que se encuentra gravemente enfermo:

- La persona que va a recibir el cuidado tiene que ser su hijo, padre, cónyuge, pareja doméstica debidamente registrada, abuelo, nieto, hermano o suegro.
- La persona que va a recibir el cuidado tiene que estar **bajo un tratamiento continuo** o bajo la supervisión de un médico/profesional médico autorizado, o bajo la supervisión de un médico practicante religioso acreditado, mientras está recibiendo los beneficios.
- El **médico/profesional médico del familiar que va a recibir el cuidado debe completar la certificación** validando que él/ella necesita recibir cuidado. Si la persona que está atendiendo al familiar que va a recibir el cuidado es un médico practicante religioso acreditado, deben de ordenar la solicitud titulada en inglés *Practitioner's Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2502F), visitando una oficina del PFL. La certificación de un médico practicante religioso acreditado es solamente aceptada si el médico ha sido acreditado por el EDD.

Los siguientes requisitos también deben cumplirse sólo si la solicitud del PFL es para establecer un vínculo paternal con un nuevo niño:

- Su ausencia familiar debe tomarse dentro de un período de 12 meses después de haber dado a luz, adoptado o colocado bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).
- El nuevo hijo debe ser suyo o de su pareja doméstica debidamente registrada, adoptado o colocado bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).

Los siguientes requisitos también deben cumplirse sólo si la solicitud del PFL es para apoyar a un familiar del militar:

- Proporcione documentación del llamado inminente u orden para cobertura de servicio activo del militar.
- Proporcione el motivo del evento por el cual fue aprobado para ausentarse y cualquier documento suplementario. Por ejemplo: ausentarse para realizar arreglos financieros o cuidado de niños o asistir a eventos patrocinado por las organizaciones militares. Puede que se le requiera un documento que justifique el motivo de la ausencia.

INELEGIBLE PARA BENEFICIOS. Usted puede solicitar beneficios incluso si no está seguro si es elegible. Si se decide que no es elegible para recibir el total o parte del período solicitado, se le enviará una notificación explicando el motivo por el cual se determinó que no es elegible. Es posible que no sea elegible para beneficios del PFL, si usted:

- Está solicitando o recibiendo beneficios del Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) o del Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés).
- Está recibiendo beneficios por compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) por una cantidad igual o mayor a la cantidad que está recibiendo de beneficios del PFL.
- Está en la cárcel, prisión o en cualquier otra instalación penal.

FRAUDE. Conforme a las secciones 1143, 2101, 2116, 2122, y 3305 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), es un delito el intencionalmente hacer una declaración falsa u ocultar a sabiendas un hecho pertinente con el fin de obtener el pago de cualquier beneficio. Tal violación se castiga con encarcelamiento y/o una sanción que no exceda de \$20,000 o ambas. Para identificar y desalentar fraudes, el EDD continuamente vigila la forma en que se efectúan los pagos de beneficios, investiga vigorosamente actividades sospechosas, y procura la restitución y convicción a través de enjuiciamiento.

DE 2501F/S Rev. 5 (12-20) (INTERNET)

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted debe presentar su solicitud y otros formularios a tiempo, de forma completa y correcta. Si el formulario va llegar tarde, por favor incluya una explicación por escrito indicando la(s) razón(es) por la cual se tardó.
- Usted debe de leer cuidadosamente las instrucciones de este folleto y de todos los otros formularios que reciba del PFL. Si usted no está seguro sobre lo que se requiere, comuníquese con la oficina del PFL.
- Informar por escrito o llamar a la oficina del PFL, si:
 - o Cambió su dirección o número de teléfono.
 - o Regresó a trabajar tiempo parcial o tiempo completo.
 - o Ya no está proporcionando cuidado a un familiar o estableciendo un vínculo paternal con su niño.
 - o Recibió algún tipo de sueldos.
- **Asegúrese de incluir su nombre y su número de Seguro Social en todas sus correspondencias.**

SUS DERECHOS. Toda la información acerca de su solicitud permanecerá confidencial, excepto para los propósitos permitidos por la ley. La sección 1798.34 del Código de Derecho Civil (*California Civil Code*) le otorga el derecho de revisar cualquier expediente personal que el EDD mantenga sobre usted. La sección 1798.35 le permite solicitar que su expediente sea corregido si cree que la información no es exacto, relevante, actualizada o completa. Cierta tipo de información que por regla general, sería considerada de tipo personal, están exentas de revelarse: expedientes médicos o psicológicos en donde el conocimiento del contenido sería perjudicial para usted (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil); expedientes de investigaciones criminales activas, civiles o administrativas que están activas (sección 1798.40 del Código de Derecho Civil).

Además, el EDD no divulgará ni proporcionará copias sobre la información médica de la persona que está recibiendo el cuidado a los proveedores médicos. Si se le niega el acceso a los expedientes a los que cree tener derecho a revisar o si se le niega su petición para enmendar sus expedientes, puede presentar una apelación por escrito a la oficina del PFL. Usted puede solicitar una copia de su expediente, llamando al número de teléfono que aparece en la *Notificación de Cálculo de Beneficios* (DE 429D/S) que recibió por correo postal.

Usted también tiene el derecho de apelar cualquier sobrepago, sanción o rechazo de su petición. Se le enviará instrucciones respecto a la apelación de cualquier documento que reciba y sea apelable.

CANTIDAD DE BENEFICIOS. Su solicitud comienza en la fecha en que su ausencia familiar empieza. Para calcular su cantidad de beneficios semanales, el EDD utiliza su período reglamentario. La fecha en que empieza su ausencia familiar determina su período reglamentario. Usted no puede cambiar la fecha de inicio de su solicitud ni ajustar su período reglamentario después de haber establecido una solicitud válida.

El período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos. Su período reglamentario incluye los sueldos sujetos a los impuestos del SDI que se le pagaron dentro de los 5 a 18 meses antes de que su solicitud de PFL comenzará. El período reglamentario correspondiente a su solicitud no incluye los sueldos pagados después de la fecha en que empezó su ausencia familiar. Para que una solicitud del PFL sea válida, usted debe haber ganado al menos \$300 en sueldos durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud. Usted puede determinar el período reglamentario correspondiente a su solicitud, utilizando la información que se muestra a continuación:

- Si su solicitud para beneficios empieza en enero, febrero o marzo, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 30 de septiembre del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en abril, mayo o junio, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 31 de diciembre del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en julio, agosto o septiembre, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 31 de marzo del año anterior.
- Si su solicitud para beneficios empieza en octubre, noviembre o diciembre, el período reglamentario de los 12 meses correspondientes a su solicitud, terminó el 30 de junio del año anterior.

Basado en el período reglamentario correspondiente a su solicitud, el trimestre en el que se le pagaron los sueldos más altos determina la **cantidad de beneficios semanales** que puede recibir.

- Para más información acerca de su cantidad de beneficios semanales, visite edd.ca.gov/Disability/Calculating_PFL_Benefit_Payment_Amounts.htm.

Comuníquese con la oficina del PFL para preguntas sobre los beneficios y también para proporcionar información adicional si usted está pasando por una de las situaciones indicadas a continuación:

- Si no tiene suficiente sueldos en el período reglamentario correspondiente, entonces podría establecer una solicitud válida utilizando una fecha de inicio posterior.
- Si no tiene suficiente sueldos en el período reglamentario correspondiente y estaba buscando de manera activa trabajo por 60 días o más durante cualquier otro trimestre del período reglamentario, es posible que pueda sustituir los sueldos ganados en trimestres anteriores.
- Si durante el período reglamentario correspondiente, usted estaba prestando servicio militar, recibió pagos de beneficios de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) o no trabajó debido a una disputa laboral.

CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS. Cuando su solicitud sea recibida, la oficina del PFL le notificará sobre la cantidad de sus beneficios semanales y si se necesita información adicional para determinar su elegibilidad. Si se determina que es elegible para recibir beneficios, los pagos serán emitidos a través de la tarjeta de débito EDD Debit CardSM. No necesita aceptar la tarjeta de débito EDD Debit Card, si no desea. Tiene la opción de recibir sus pagos de beneficios en un cheque. La mayoría de las solicitudes son tramitadas y los pagos son emitidos dentro de 14 días a partir de que se recibe la solicitud completada correctamente. La tarjeta de débito EDD Debit Card es la manera más rápida y segura para recibir sus beneficios.

Los pagos son emitidos automáticamente. Se le pagará 1/7 parte de la cantidad de beneficios semanales por cada día calendario que se determine que es elegible, a menos que por alguna razón se reduzca la cantidad de beneficios semanales. (Vea "REDUCCIÓN DE BENEFICIOS" a continuación).

REDUCCIÓN DE BENEFICIOS. Bajo ciertas circunstancias, es posible que no sea elegible por un período de tiempo en su solicitud o es posible que solo tenga derecho a recibir beneficios parciales. El EDD determinará si los beneficios serán reducidos o no. Los siguientes tipos de ingresos indicados a continuación deben ser reportados al EDD aunque no lleguen a afectar sus beneficios. El no reportar estos tipos de ingresos, podría resultar en un sobrepago, sanción y/o una descalificación por haber hecho una declaración falsa.

- Pago por ausencia por enfermedad
- Pago de vacaciones
- Ingreso por trabajo realizado por cuenta propia
- Pago por servicio militar
- Comisiones
- Ingresos incluyendo trabajo modificado
- Pagos residuales
- Bonos
- Beneficios de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*)
- Pago de día festivo
- Tiempo libre pagado
- Sueldos por trabajo de tiempo parcial

Además, sus beneficios pueden ser reducidos debido a un sobrepago de beneficios del UI, DI, o PFL que recibió en el pasado o si debe pagos en relación a la **manutención para los hijos**, o de la **pensión alimenticia al cónyuge** ordenados por la corte judicial.

INTERRUPCIÓN Y TERMINACIÓN DE BENEFICIOS. Usted va a ver la sección "Aviso de la cantidad máxima de beneficios del Permiso Familiar Pagado" en el *Aviso de pagos de la tarjeta de débito EDD Debit Card* (DE 2500E/S), cuando:

- Haya recibido su último pago de beneficios de acuerdo a la fecha estimada por el médico/profesional médico, en la cual indica que el familiar que se encontraba gravemente enfermo ya no necesita ser cuidado. En caso de que se requiera extender el período para proporcionar cuidado a un familiar, es necesario completar y firmar la sección titulada en inglés *PFL Claimant's Certification* y pedirle al médico/profesional médico que atiende al familiar que complete y envíe por correo postal el formulario titulado en inglés *Paid Family Leave (PFL) Supplemental Claim Certification* (DE 2525XFA).
- El familiar que estaba gravemente enfermo ya se recuperó. Si usted regresa a trabajar y el familiar que se encontraba gravemente enfermo necesita ser cuidado otra vez, inmediatamente presente una nueva solicitud y reporte los días que usted trabajó.

Usted recibirá el *Aviso de la cantidad máxima de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2525AF/S), cuando usted haya recibido la cantidad máxima de beneficios del PFL disponibles en su solicitud.

BENEFICIO SUJETOS A IMPUESTOS. Los beneficios del PFL están sujetos a impuestos federales sobre la nómina y serán reportados a los Servicios de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Cada persona que recibe beneficios del PFL, recibirá el Formulario 1099G para que lo incluya en su declaración de impuestos federales. Los beneficios del PFL no están sujetos al impuesto sobre el ingreso de California. Si tiene preguntas sobre el Formulario 1099G, por favor llame al 1-800-795-0193.

SOBREPAGO DE BENEFICIOS. El sobrepago de beneficios es el resultado de haber recibido pagos de beneficios del PFL que no le correspondían. Una vez que el EDD haya determinado que usted recibió dinero que no le correspondía, se le enviará una notificación por correo postal explicándole el motivo del sobrepago. Es importante que complete y envíe toda la información solicitada, ya que en algunos casos el sobrepago se puede exentar. Pero si se llega a dar el caso que se le pago de más y el sobrepago no fue exento, usted tiene que reembolsar el sobrepago de beneficios. Los pagos emitidos después que se haya establecido el sobrepago, podrían reducirse de un 25 a un 100 por ciento, para que así el EDD pueda cobrar la cantidad del sobrepago adeudado. Usted recibirá el *Aviso de la Reducción de Beneficios para ser Abonada a su Cuenta del Pago Indebido* (DE 826/S), si la cantidad de beneficios semanales se reduce debido a un sobrepago del DI, PFL o UI que recibió.

CUANDO PUEDE SER RECHAZADA LA SOLICITUD. El EDD considerará toda la información disponible antes de autorizar un pago de beneficios o rechazar su solicitud. Los beneficios serán pagados solo por los días que sea elegible para recibirlos. Si se determina que no es elegible para recibir los pagos de beneficios o que la cantidad será reducida, recibirá una notificación por escrito explicándole el motivo.

Si usted reporta deliberadamente información incorrecta, omite o retiene información, será castigado por hasta 92 días si presenta una declaración falsa. Este castigo aplica, si recibió pagos de beneficios que incluye días por los cuales usted sabía que no se le debieron de haber pagado, por ejemplo, los días después de haber regresado a trabajar. Además cualquier sobrepago resultante podrá incrementarse con una multa de un 30 por ciento sobre la cantidad del sobrepago de recibido.

SITUACIONES ESPECIALES

Embarazo. Las madres que estaban recibiendo pagos de beneficios del DI relacionados con un embarazo y ya dieron a luz, pueden ser elegibles para recibir beneficios del PFL para establecer un vínculo paternal con su nuevo hijo. La nueva madre recibirá la solicitud titulada *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado – Maternidad* (DE 2501FP/S) por correo postal, cuando se le haya hecho su último pago de beneficios del DI que le corresponde.

Obligación de otorgar manutención para los hijos. Comuníquese con la oficina del fiscal del distrito que se encarga de la orden judicial.

Obligación de otorgar pensión alimenticia al cónyuge. Si tiene alguna pregunta, dirija esas preguntas a la oficina del fiscal del distrito que se encarga de la orden judicial.

Entrenamiento laboral. Comuníquese con un Centro de Empleo de América en California (AJCC, por sus siglas en inglés) al 1-877-872-5627 o visite la página en servicelocator.org, para servicios disponibles en su área.

En busca de empleo. Comuníquese con el EDD para obtener información y ayuda sobre oportunidades de empleo y solicitar beneficios del UI.

- Para registrarse para buscar empleo, visite la página caljobs.ca.gov.
- Para solicitar beneficios del UI, visite la página edd.ca.gov/unemployment.

Fallecimiento del solicitante. Si una persona que recibe beneficios del PFL fallece, un heredero o representante legal debe informar el fallecimiento al PFL. Los beneficios serán pagados hasta el día que falleció la persona, si es que es elegible.

Fallecimiento del familiar que estaba recibiendo el cuidado o del hijo con el que estaba estableciendo un vínculo paternal. Si el familiar que estaba recibiendo el cuidado o el hijo con el que estaba estableciendo un vínculo paternal fallece, informe el fallecimiento al PFL llamando al 1-877-238-4373. Los beneficios serán pagados hasta el día que falleció la persona o hijo, si es que es elegible.

Programas de beneficios y protección del empleo. La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA, por sus siglas en inglés) ofrecen protección del empleo a empleados "elegibles" por razones familiares o médicas. Para más información sobre FMLA, comuníquese al 1-866-487-9243 o visite la página dol.gov/whd/fmla. Para más información sobre CFRA, comuníquese al 1-800-884-1684 o visite el sitio dfeh.ca.gov.

Divulgación de los cargos de la tarjeta de débito EDD Debit CardSM

Cargos mensuales	Por compra	Retiro en cajeros ATM	Depósito en
\$0	\$0	\$0 dentro de la red \$1.00* fuera de la red	N/A
Consulta de saldo en un cajero automático (ATM)			\$0
Llamada telefónica hecha a través del servicio al cliente			\$0 por llamada
Cuenta inactiva			\$0
Cobramos otros 5 tipos de cargos. A continuación algunos de ellos:			
Sustitución de la Tarjeta de Débito EDD, envío rápido			\$10.00
Cargo por cada transacción internacional			2%
<p>*Los cargos podrían ser más bajos dependiendo de cómo y cuándo esta tarjeta es usada. Usted recibirá información adicional con su tarjeta de débito EDD Debit Card para informarle sobre maneras gratis para el acceso a los fondos y el balance de su cuenta.</p> <p>No tiene disponible las funciones de sobregiro o crédito.</p> <p>Sus fondos están protegidos por el seguro de la FDIC.</p> <p>Para obtener más información acerca de las tarjetas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid.</p> <p>Encuentre los detalles y condiciones de todos los cargos y servicios en el acuerdo del portador de la tarjeta, que será incluido en la información adicional que usted recibirá con su tarjeta de débito EDD Debit Card.</p>			

Lista de cargos de la tarjeta de débito EDD Debit CardSM

Todos los cargos	Cantidad	Detalles
Cargo por uso de tarjeta de débito		
Por una compra que requiera su Número de Identificación Personal (PIN)	\$0	
Por una compra con su firma	\$0	
Para obtener dinero en efectivo en U.S.		
Retiro de fondos en cajero automático (ATM), dentro de la red	\$0	"Red del banco" se refiere a los cajeros automáticos del Bank of America. Los lugares de estos cajeros automáticos pueden ser encontrados en bankofamerica.com/eddcard . El Bank of America no le hará ningún cargo.
Retiro de fondos en cajero automático (ATM), fuera de la red	\$1.00	A usted se le cobrará este cargo después de haber hecho 2 retiros gratis por cada depósito. "Fuera de la red del banco" se refiere a todos los cajeros automáticos que no son propiedad del Bank of America. Es posible que también el cajero automático (ATM) le haga un cargo aún si usted no completa la transacción.*
Retiro de fondos con un cajero de ventanilla	\$0	Disponible en todas las instituciones financieras que aceptan tarjetas de Visa. Está limitado solamente al balance disponible en la cuenta.
Transferencia de fondos de emergencia en el país	\$15.00	Todas las transferencias de fondos de emergencia tienen que ser hechas a través del Centro de Servicio al Cliente de Tarjeta de Débito Prepagada.
Información		
Servicio al cliente	\$0	
Información sobre la cuenta por Internet	\$0	
Servicio de alerta en la cuenta	\$0	
Consulta del saldo de cuenta en el cajero automático (ATM)	\$0	
Por uso de su tarjeta fuera de U.S.		
Cada transacción internacional	2%	Cargado sobre el total de la cantidad de la transacción en dólares americanos.
Retiro de fondos en un cajero automático internacional	\$1.00	Esta es la tarifa del Bank of America. El operador del cajero automático también puede cargarle una tarifa, aún si usted no completa la transacción.
Otros cargos		
Transferencia de fondos por Internet	\$0	
Sustitución de la tarjeta, en el país	\$0	
Sustitución de la tarjeta, envío rápido	\$10.00	Cargo adicional
Sustitución de la tarjeta, fuera del país	\$10.00	Cargo adicional
Cuenta inactiva	\$0	

*Los propietarios de cajeros automáticos (ATM) pueden imponer un "cargo por servicio" o "recargo adicional" por ciertas transacciones en el cajero automático (debe haber un letrero en el cajero automático para indicar los cargos y recargos adicionales); sin embargo a usted no se le cobrará ningún cargo por servicio o recargo adicional en el cajero automático del Bank of America. Un cajero automático del Bank of America es un ATM que exhibe principalmente el nombre y el logotipo del Bank of America.

Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC. La FDIC asegura sus fondos hasta por \$250,000 en caso de que el Bank of America no lo haga y se cumplan ciertos requisitos específicos de seguro de depósito. Para más detalles consulte el sitio de Internet fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html.

No tiene las funciones de sobregiro o crédito.

Comuníquese con el Bank of America llamando al Centro de Servicio al Cliente de la Tarjeta de Débito del Departamento del Desarrollo del Empleo de California al 1-866-692-9374, 1-866-656-5913 (TTY) o 1-423-262-1650 (llamada de cobro revertido cuando está llamando fuera de los Estados Unidos), por correo postal envíelo al Bank of America, P.O. Box 8488, Gray, TN 37615-8488 o visite la página por Internet bankofamerica.com/eddcard.

Para obtener información general sobre las cuentas prepagadas, visite el sitio de Internet cfpb.gov/prepaid.

Si usted tiene algún reclamo sobre una cuenta prepagada, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite la página de Internet cfpb.gov/complaint.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El EDD requiere la divulgación de los números de Seguro Social para que cumpla con las condiciones reglamentarias indicadas en las secciones 1253 y 2627 del Código del Seguro de Desempleo de California; las secciones 1085, 1088, y 1326, Título 22 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés); la Parte 604, Título 20 del Código Federal de Regulaciones; y con las secciones 1621, 1641, y 1642, Título 8 del Código de los Estados Unidos.

RECOPIACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN. La ley estatal requiere que se proporcione la información indicada a continuación cuando se le requiera a una persona:

<p>Nombre de la agencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)</p>	<p>Título del oficial responsable de mantener la información: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) del EDD</p>
<p>Persona de contacto local: Gerente, Oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) del EDD</p>	<p>Información de Contacto: Usted puede comunicarse con el Permiso Familiar Pagado (PFL), llamando al 1-877-379-3819. Si necesita una lista de las ubicaciones de las oficinas locales del Permiso Familiar Pagado (PFL), la puede encontrar en edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm. La dirección y número de teléfono del Permiso Familiar Pagado (PFL) aparecen en el <i>Notificación de Cálculo de Beneficios</i> (DE 429D), el cual se le envió cuando se determinó su elegibilidad para recibir beneficios.</p>
<p>El mantenimiento de la información es autorizado por: Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), secciones 2601 hasta 3306. Código de Reglamentos de California (CCR), Título 22, secciones 2706-2, 2706-3, 2708-1.</p>	
<p>Consecuencias de no proporcionar toda o parte de la información solicitada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El no proporcionar toda o parte de la información solicitada, puede causar una demora en recibir los beneficios o puede ocasionar que se le niegue los pagos de beneficios, los cuales tiene derecho a recibir. Si usted intencionalmente hace una declaración o representación falsa, u oculta un hecho importante con el fin de obtener o aumentar la posibilidad de un mejor beneficio o pago, el EDD determinará que usted no puede recibir pagos de beneficios y/o servicios, y posiblemente puede iniciar un proceso criminal en su contra. 	
<p>Propósito principal para el cual se utiliza la información recopilada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para determinar la elegibilidad de cada solicitante para recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL). Para resumir y publicar de forma estadística el uso e información de las agencias gubernamentales y públicas. (Ni su nombre e identificación ni el nombre e identificación de las personas que está recibiendo el cuidado o del hijo con quien está estableciendo un vínculo paternal serán publicados). Para localizar a ciertos individuos que están siendo buscados por no pagar la manutención de menores o cónyuge. Para ser utilizada por otras agencias gubernamentales, y para ayudarles a determinar la elegibilidad de un individuo a los servicios sociales disponibles al público de acuerdo a las estipulaciones de la División 9 del Código de Asistencia Pública e Instituciones de California (California Welfare and Institutions Code). Para ser utilizado por el EDD y para llevar a cabo sus responsabilidades de acuerdo al Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC). Para el intercambio de información, conforme con la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) y la sección 1798.24 del Código Civil de California, con otros departamentos y agencias gubernamentales, tanto federales y estatales, las cuales tienen que ver con cualquiera de lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> La administración de un programa de Seguro de Desempleo. La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo o Seguro Estatal de Incapacidad. Asistencia a personas desempleadas o desplazadas. La investigación de violaciones de la ley laboral o acusaciones de discriminación ilegal en el empleo. La audiencia de apelaciones sobre la compensación para trabajadores (<i>workers' compensation</i>). Cuando sea necesario permitirle a una agencia estatal llevar a cabo sus responsabilidades obligatorias donde el uso de la información sea compatible con el propósito para el cual fue recopilada. Cuando sea bajo el mandato de la ley estatal o federal. Declaraciones conforme a la sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC), se harán solamente en aquellos casos en que se promueva la administración de los programas involucrados bajo el mandato de ese código. Conforme a las secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC): (1) La información recopilada puede ser compartida con la administración de servicios sociales públicos hasta cierto punto necesario, al Director de Servicios Sociales o sus representantes. La información recopilada puede ser compartida con las agencias autorizadas conforme a las secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC). 	



2501F12201

PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (CUIDADO DE UN FAMILIAR, VÍNCULO PATERNAL O PROVEER APOYO MILITAR)

A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	A2. SU FECHA DE NACIMIENTO	A3. IDIOMA DE PREFERENCIA INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRÍBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEGUIDA)

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 (PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA EN UN APARTADO POSTAL PARTICULAR—NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL— TIENE QUE MARCAR EL NÚMERO EN EL ESPACIO DE "PMB#")	PMB# (SI ES PERTINENTE)
CUIDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EE.UU.)	

A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN	DIRECCIÓN POSTAL
CUIDAD 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. ¿TRABAJÓ O CONTINUARÁ TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE AUSENCIA FAMILIAR? NO SÍ

A14. ¿POR QUÉ REDUJÓ O REDUCIRÁ SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJÓ DE TRABAJAR? CUIDADO DE UN FAMILIAR VÍNCULO PATERNAL CON UN HIJO APOYO MILITAR OTRO (EXPLIQUE)	A15. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

A16. SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> EDD DEBIT CARD SM <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 PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA PADRE/MADRE SUEGRO ABUELO NIETO HERMANO OTRO (EXPLIQUE)

A19. ¿HAY ALGÚN OTRO FAMILIAR LISTO, ANUENTE, DISPUESTO Y DISPONIBLE PARA PROVEER CUIDADO DURANTE EL MISMO PERÍODO EN QUE USTED ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DEL PFL? NO SÍ	A20. ¿HA SOLICITADO O PLANEA SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR CUALQUIER PARTE DEL PERÍODO CUBIERTO POR ESTA SOLICITUD? NO SÍ

A21. ¿TIENE USTED MÁS DE UN EMPLEADOR? NO SÍ	A22. SI SU(S) EMPLEADOR(ES) CONTINUAN O CONTINUARÁN PAGÁNDOLE DURANTE SU AUSENCIA FAMILIAR, INDIQUE EL TIPO DE PAGO: ENFERMEDAD VACACIONES OTRO (EXPLIQUE)	A23. ¿NOS AUTORIZA REVELAR LA INFORMACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS A SU(S) EMPLEADOR(ES)? NO SÍ

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 SÍ

A25. 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, estuve proporcionando cuidado, para establecer un vínculo paternal, 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/profesional médico a cargo del tratamiento 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(s) empleador(es) para que revele(n) al EDD todos los datos pertinentes a mi empleo que sean de su conocimiento; y (4) autorizo la revelación y el uso de información, según se indica en la parte de este formulario designada como "Recopilación y Acceso a Información". Entiendo que el 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 esta 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 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



2501F12202

PARTE B – CERTIFICACIÓN PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS (PARA QUE LO COMPLETE LA PERSONA QUE SOLICITE BENEFICIOS DEL PFL, PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS CON UN(A) HIJO(A))

B1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	B2. FECHA DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL O ADOPCIÓN	B3. EL/LA NIÑO(A) MENCIONADO(A) EN B8 ES MI HIJO(A) BIOLÓGICO(A) HIJASTRO(A) HIJO(A) DE CRIANZA HIJO(A) ADOPTIVO(A) OTRO(A)
---------------------------------------	--	---

B4. SU APELLIDO LEGAL (NECESARIO EN CASO DE QUE LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD DE BENEFICIOS SE SEPAREN)	B5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL/DE LA NIÑO(A) (SI ESTÁ DISPONIBLE)	B6. FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A)	B7. SEXO DEL/DE LA NIÑO(A) HOMBRE MUJER
--	---	--	--

B8. NOMBRE LEGAL DEL/DE LA NIÑO(A) NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO

B9. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL/DE LA NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE DE LA DEL/DE LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS)

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)

B10. COMO PRUEBA DE LA RELACIÓN EN B3, MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES, Y ADJUNTE UNA COPIA DEL DOCUMENTO MARCADO. (NO ENVÍE DOCUMENTOS LEGALES. NO SE DEVOLVERÁN.)

ACTA DE NACIMIENTO DEL/DE LA NIÑO(A) ACUERDO DE COLOCACIÓN PARA ADOPCIÓN, AD-907
 DECLARACIÓN DE PATERNIDAD, CS-909 ACUERDO DE COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN INDEPENDIENTE, AD-924
 REGISTRO DE COLOCACIÓN EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL, SOC-815 OTRO

B11. Declaración y Firma. Por medio de mi firma en esta certificación para entablar lazos afectivos, yo autorizo al proveedor médico, agencia de adopciones, parte(s) en la adopción o a la agencia de colocación en cuidado de crianza temporal, para que revelen al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) todos los datos referentes al nacimiento, adopción, o a la colocación en cuidado de crianza temporal, del/de la niño(a) mencionado(a) anteriormente. Yo entiendo que el hacer una declaración falsa intencionalmente, o el ocultar un dato relevante, a fin de obtener el pago de beneficios, es una violación de la ley de California, que se castiga con encarcelamiento o con una multa, o con ambas cosas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la declaración anterior, incluyendo cualesquier declaraciones que le acompañen, a mi leal saber y creencia es verdadera, correcta y completa. Acepto que las fotocopias de esta autorización deberán ser tan válidas como la original, y entiendo que las autorizaciones contenidas en esta declaración de solicitud de beneficios se otorguen durante un período de quince años, a partir de la fecha de mi firma, o la fecha vigente de la solicitud de beneficios, lo que sea posterior.

Firma Original del/de la Solicitante para Entablar Lazos Afectivos – UN SELLO NO ES ACEPTABLE Fecha de la firma

PARTE C – DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO (EL/LA SOLICITANTE DE BENEFICIOS PUEDE COMPLETARLA, SI LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO ESTÁ INCAPACITADA MENTAL O FÍSICA-MENTE PARA HACERLO. TIENE QUE FIRMARLA LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO/A.)

C1. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO	C2. NO. DE TELÉFONO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO	C3. SEXO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO HOMBRE MUJER EL CUIDADO
--	--	--

C4. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO NOMBRE DE PILA INICIAL APELLIDO

C5. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO SON LOS ESTADOS UNIDOS)

C6. AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN MÉDICA (CONFIRMACIÓN). Yo autorizo a mi médico/profesional médico que divulgue mi información personal de salud actual a mi proveedor de cuidado y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés). Además, entiendo que las copias de mi firma, que aparece a continuación, son tan válidas como la original.

Firma de la persona que recibe el cuidado (NO IMPRIMIR) Fecha de la firma

C7. Representante Autorizado(a) que firma en nombre de la persona que recibe el cuidado tiene que completar lo siguiente:

Yo, _____, represento a la persona que recibe el cuidado, o para entablar lazos afectivos en este asunto, según lo autoriza el derecho de padres _____ el poder legal (adjunte copia) _____ la orden de un tribunal (adjunte copia) (Para un/a cónyuge o pareja doméstica, comuníquese al EDD.)

Firma del/de la Representante Autorizado(a) (NO IMPRIMIR) Fecha de la firma



INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM:

Please complete the information in the spaces provided in UPPER CASE using black ink. Do not use special characters (-, . /'). If handwritten, print each letter or number in a separate box. Ignore the boxes provided if using a typewriter or printer.

PART D – PHYSICIAN/PRACTITIONER'S CERTIFICATION (DO NOT COMPLETE THIS PART IF YOU ARE BONDING OR PARTICIPATING IN A QUALIFYING EVENT.)											
D1. PFL CLAIMANT'S (CARE PROVIDER'S) SOCIAL SECURITY NUMBER			D2. PFL CLAIMANT'S NAME (FIRST MIDDLE INITIAL LAST)								
D3. PATIENT'S DATE OF BIRTH M M D D Y Y Y Y			D4. DOES YOUR PATIENT REQUIRE CARE BY THE CLAIMANT? NO (SKIP TO D15) YES								
D5. PATIENT'S NAME (FIRST MIDDLE INITIAL LAST)											
D6. DIAGNOSIS OR, IF NOT YET DETERMINED, A DETAILED STATEMENT OF SYMPTOMS											
D7. PRIMARY ICD CODE			D8. SECONDARY ICD CODES				D9. DATE PATIENT'S CONDITION COMMENCED M M D D Y Y Y Y				
D10. FIRST DATE CARE NEEDED M M D D Y Y Y Y			D11. DATE YOU EXPECT RECOVERY M M D D Y Y Y Y NEVER				D12. DATE YOU ESTIMATE PATIENT WILL NO LONGER REQUIRE CARE BY THE CLAIMANT M M D D Y Y Y Y PERMANANT				
D13. APPROXIMATELY HOW MANY TOTAL HOURS PER DAY WILL PATIENT REQUIRE CLAIMANT? HOURS COMMENTS											
D14. WOULD DISCLOSURE OF THIS CERTIFICATE TO YOUR PATIENT BE MEDICALLY OR PSYCHOLOGICALLY DETRIMENTAL?										NO	YES
D15. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S LICENSE NUMBER						D16. STATE OR COUNTRY PHYSICIAN/PRACTITIONER IS LICENSED.					
D17. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S NAME (FIRST MIDDLE INITIAL LAST)											
D18. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S ADDRESS (POST OFFICE BOX IS NOT ACCEPTABLE AS THE SOLE ADDRESS)											
CITY				STATE/PROV.		ZIP OR POSTAL CODE			COUNTRY (IF NOT U.S.A.)		
D19. TYPE OF PHYSICIAN/PRACTITIONER						D20. SPECIALTY (IF ANY)					
D21. PHYSICIAN/PRACTITIONER'S Certification and Signature: I certify under penalty of perjury that this patient has a serious health condition and requires a care provider. I have performed a physical examination and/or treated the patient. I am authorized to certify a patient disability or serious health condition pursuant to California Unemployment Insurance Code Section 2708.											
Original Signature of Attending Physician/Practitioner – RUBBER STAMP IS NOT ACCEPTABLE						PHYSICIAN/PRACTITIONER'S PHONE NO.			Date Signed (MM DD YYYY)		

Under sections 2116 and 2122 of the California Unemployment Insurance Code, it is a violation for any individual who, with intent to defraud, falsely certifies the medical condition of any person in order to obtain disability insurance benefits, whether for the maker or for any other person, and is punishable by imprisonment and/or a fine not exceeding \$20,000. Sections 1143 and 3305 require additional administrative penalties.



2501F12205

EVENTO APROBADO PARA AUSENTARSE- DOCUMENTACIÓN

Si solicita el permiso para reunirse con un tercero, el empleado debe proporcionar la documentación suplementaria de la reunión, que incluya el nombre, dirección y la información de contacto de la persona o entidad con quien se va a reunir (ya sea el número de teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico de la persona o entidad). El motivo de la reunión puede incluir: organizar el cuidado de los hijos o de los padres, terapia o asesoría, realizar arreglos financieros o legales, actuar como representante del militar ante una agencia federal, estatal o local con el fin de obtener, organizar o apelar cualquier trámite relacionado con los beneficios del servicio militar, o asistir a cualquier evento patrocinado por las organizaciones militares o del servicio militar.

**FAVOR DE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN SUPLEMENTARIA, SI APLICA
(Adjunte una hoja adicional si se requiere más espacio)**

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SU NOMBRE LEGAL	
	NOMBRE	INICIAL APELLIDO

NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN SE REUNIRÁ EL SOLICITANTE:

TÍTULO:

ORGANIZACIÓN:

NÚMERO DE TELÉFONO (proporcione código de área o código del país):

NÚMERO DE FAX (proporcione código de área o código del país):

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN POSTAL

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

País (si no es EE.UU)

DESCRIBA EL MOTIVO DE LA REUNIÓN, INCLUYA FECHAS, SI LO SABE: