

Claimant SSN: _____
Claimant Name: _____
CED: _____

Declaration of Individual Claiming Benefits Due an Incapacitated or Deceased Claimant

(COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM)

***This Declaration may be completed by one of the following:**

- **Legal heir** of a deceased claimant.
- **Legally authorized representative** of a physically or mentally incapacitated claimant.
- The **spouse** of a physically or mentally incapacitated claimant, if there is no legally authorized representative.
- The **registered domestic partner** of a physically or mentally incapacitated claimant, if there is no legally authorized representative.
- The **parent of an unmarried**, physically or mentally incapacitated claimant, if there is no legally authorized representative.

I, _____, residing at _____
NAME OF REPRESENTATIVE STREET ADDRESS
_____, declare that I am the _____ of
CITY, STATE, ZIP CODE *RELATIONSHIP/LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE
_____, hereinafter "claimant." I state that any and all State Disability Insurance or Paid
NAME OF CLAIMANT

Family Leave benefit payments which I may receive as representative of claimant will be used on behalf of and for the benefit of the claimant or his/her estate and for no other purpose. I hereby indemnify and hold harmless the California Employment Development Department, hereinafter "Department," for any misapplication of such benefit payments and for any loss, cost, damage, or liability which the Department may or will suffer by reason of delivering such benefit payments to me as representative of the claimant. I understand that the use of such payments by me on behalf of the claimant constitutes a release of any and all claims which claimant may have against Department for disability insurance or family leave benefits. I declare that I am authorized by law to claim benefits because there is no other legally authorized representative of claimant. If claiming benefits as the parent of an adult claimant, I declare that claimant is unmarried and has no registered domestic partner. If claiming benefits as the parent of an unmarried minor, I declare that claimant's estate value is less than \$5,000. I further declare that I am legally entitled to claim any benefits due, owing, and payable to said claimant under the California Unemployment Insurance Code for the reason checked below.

☐ **Deceased.** I declare that claimant died on _____ at _____,
MONTH, DAY, YEAR CITY
_____, _____, I further declare that claimant was eligible to file for benefits provided by
COUNTY STATE
Division 1, Part 2 of the California Unemployment insurance Code and that claimant, by reason of his/her death, is not capable of making or filing a claim for such benefits. I understand that benefits may be paid to claimant's heir only for days up to and including the date of claimant's death.

☐ **Mentally Incapacitated.** I have been informed by _____ that claimant
PHYSICIAN OR PRACTITIONER
is mentally incapable of making or filing a claim for disability insurance or family leave benefits.
Doctor's Certification: I hereby certify that the above-named claimant is under my care and that, based on my examination, claimant is mentally unable to make a claim for disability insurance or family leave benefits. I further certify that I am a _____
TYPE OF PHYSICIAN OR PRACTITIONER

_____ PRINT OR TYPE NAME AS SHOWN ON LICENSE	_____ SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN OR PRACTITIONER
_____ ADDRESS	_____ STATE LICENSE NUMBER
_____ TELEPHONE NUMBER	_____ DATE

☐ **Physically Incapacitated.** I have been informed by _____ that claimant is
PHYSICIAN OR PRACTITIONER
physically incapable of making or filing a claim for disability insurance or paid family leave benefits.

☐ **Appointment by Claimant:** I, _____, residing at
CLAIMANT
_____, _____, _____, hereby appoint
ADDRESS CITY STATE
_____ as my true and lawful agent, herein "representative," to file a claim for (check one)
REPRESENTATIVE

☐ State Disability Insurance benefits

☐ Paid Family Leave benefits

in my name, to execute for me any documents required in connection with such claim, and to accept any benefits made payable to me, with full power of substitution or revocation. I instruct that my representative shall lawfully hold harmless the Employment Development Department for any misapplication of benefit payments or any loss, cost, damage, or liability which the Department may suffer by reason thereof. Due to my inability to sign my name, I hereby authorize and direct my above-named representative to sign my name to this document.

Completed in the presence of myself and two witnesses.

SIGNATURE OF CLAIMANT OR
NAME OF CLAIMANT SIGNED BY REPRESENTATIVE

DO NOT PRINT

DATE

By _____
SIGNATURE OF REPRESENTATIVE

SIGNATURE OF WITNESS

SIGNATURE OF WITNESS

ADDRESS

ADDRESS

I understand that this Declaration is made for the sole purpose of obtaining such State Disability Insurance or Paid Family Leave benefits as are or may be payable to claimant. I accept the responsibilities and obligations arising from acting in behalf of claimant in accordance with the California Unemployment Insurance Code and authorized regulations pertaining thereto.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Executed at _____, _____, _____.
CITY COUNTY STATE

► _____
SIGNATURE OF REPRESENTATIVE

DATE

Nº de SS Solicitante: _____

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Vigencia: _____

Declaración de Individuo que Solicita

Beneficios que se Deben a un

Solicitante Incapacitado o Fallecido

(COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO)

Esta Declaración puede ser completada por uno de los siguientes:

- **El Heredero legal** de un solicitante fallecido.
- **El Representante legalmente autorizado** de un solicitante físicamente o mentalmente incapacitado (vea la página 2 de este formulario).
- **El cónyuge** de un solicitante físicamente o mentalmente incapacitado, si no hay un representante legalmente autorizado.
- **La pareja doméstica registrada** de un solicitante físicamente o mentalmente incapacitado, si no hay un representante legalmente autorizado.
- **Uno de los padres de un solicitante soltero** que esté físicamente o mentalmente incapacitado, si no hay un representante legalmente autorizado.

Yo, _____, que vivo en _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DIRECCIÓN RESIDENCIAL

_____, declaro que soy el _____ de
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL PARENTESCO/REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

_____, en adelante el "solicitante." Declaro que cualquier y todos los pagos de beneficios del
NOMBRE DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS

Segura Estatal de Incapacidad y del Permiso Familiar Pagado, que posiblemente reciba como representante del solicitante, se usarán a favor de, y para el beneficio del solicitante o de sus bienes, y con ningún otro propósito. Por la presente, indemnizo y exoneró al Departamento del Desarrollo del Empleo de California, en adelante el "Departamento," de cualquier mal uso de tales pagos de beneficios, y de cualquier pérdida, costo, daño o responsabilidad, que posiblemente el Departamento sufra o sufrirá a causa de entregarme tales pagos de beneficios a mí como representante del solicitante. Entiendo que el usar yo tales pagos, a favor del solicitante, constituye una liberación de cualquier y todas las solicitudes de beneficios que el solicitante posiblemente tenga en contra del Departamento por beneficios del seguro de incapacidad o del permiso familiar. Declaro que estoy autorizado legalmente a solicitar beneficios porque no hay otro representante legalmente autorizado del solicitante. Si se solicitan beneficios como uno de los padres de un solicitante adulto, declaro que el solicitante está soltero, y no tiene una pareja doméstica registrada. Si se solicitan beneficios como uno de los padres de un menor soltero, declaro que el valor de los bienes del solicitante es menos de \$5,000. Además, declaro que yo tengo derecho legalmente a solicitar cualesquier beneficios que se deban, adeuden y sean pagaderos a dicho solicitante bajo el Código del Seguro de Desempleo de California por la razón que se indica a continuación.

☐ **Fallecido.** Declaro que el solicitante murió el _____ en _____,
MES, DÍA, AÑO CIUDAD
_____,
CONDADO ESTADO. Además, declaro que el solicitante tenía derecho a solicitar beneficios conforme a la División 1, Parte 2 del Código del Seguro de Desempleo de California y, que el solicitante por motivo de su muerte, no puede presentar una solicitud por dichos beneficios. Entiendo que es posible que los beneficios se paguen al heredero del solicitante, únicamente por los días hasta, e incluyendo, la fecha de la muerte del solicitante.

☐ **Mentalmente Incapacitado.** Me ha informado _____ que el
MÉDICO O MÉDICO GENERAL
solicitante está mentalmente incapacitado para presentar una solicitud de beneficios del seguro de incapacidad o del permiso familiar.

Certificación del Médico: Por la presente, certifico que el solicitante citado anteriormente está bajo mi cuidado y que, en base a mi reconocimiento, el solicitante está mentalmente incapacitado para presentar una solicitud de beneficios del seguro de incapacidad o del permiso familiar. Además, certifico que soy un _____ debidamente autorizado por el Departamento del Desarrollo del Empleo.
CLASE DE MÉDICO O MÉDICO GENERAL

_____ ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA EL NOMBRE COMO APARECE EN SU LICENCIA	_____ FIRMA DEL MÉDICO O MÉDICO GENERAL A CARGO DEL PACIENTE
_____ DIRECCIÓN	_____ NO. DE LA LICENCIA DEL ESTADO
_____ NÚMERO DE TELÉFONO	_____ FECHA

(Para muestra solamente complete la versión escrita en inglés)

☐ **Físicamente Incapacitado.** Me ha informado _____ que el solicitante
MÉDICO O MÉDICO GENERAL

está físicamente incapacitado para presentar una solicitud de beneficios del seguro de incapacidad o del permiso familiar.

Nombramiento del solicitante: Yo, _____, que vivo en
SOLICITANTE

_____, por la presente nombro a
DIRECCIÓN CUIDAD ESTADO

_____, como mi agente verdadero y legal, en adelante el "representante", para que presente una solicitud de beneficios del (marque uno):
REPRESENTANTE

☐ Seguro Estatal de Incapacidad (SDI)

☐ Permiso Familiar Pagado (PFL)

a mi favor, para que presente por mí cualesquier documentos requeridos en relación con tal solicitud, y para aceptar cualquier beneficios pagaderos a mi favor, con pleno poder de sustitución o revocación. Pido que mi representante deberá exonerar legalmente al Departamento del Desarrollo del Empleo, de cualquier mal uso de los pagos de beneficios, o de cualquier pérdida, costo, daño o responsabilidad que posiblemente sufra el Departamento con motivo de esto. Debido a mi incapacidad de firmar mi nombre, por la presente autorizo y pido a mi representante anteriormente citado, que firme mi nombre en este documento.

Realizado en mi presencia y la de dos testigos.

FIRMA DEL SOLICITANTE O
NOMBRE DEL SOLICITANTE FIRMADO POR EL REPRESENTANTE
NO ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

FECHA

Por

FIRMA DEL REPRESENTANTE

FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

Entiendo que esta Declaración se hace con el único propósito de obtener tales beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad o del Permiso Familiar Pagado, según son o podrían ser pagaderos al solicitante. Yo acepto las responsabilidades y obligaciones que resulten de actuar en favor del solicitante, en conformidad con el Código del Seguro del Desempleo de California y los ordenamientos autorizados pertinentes a lo mismo.

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que lo anterior es cierto y correcto.

Ejecutado en _____, _____, _____.
CIUDAD CONDADO ESTADO

► _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE

FECHA