




Si trabaja en Colorado, puede presentar un reclamo para los beneficios del Seguro por Ausencia Familiar y Médica Pagada (Family and Medical Leave Insurance, FAMLI) pagado de Colorado. Arch Insurance revisará todos los reclamos presentados para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que envía una solicitud de licencia deberá completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y el empleador\*.

**Antes de enviar una solicitud para CO FAMLI...**

- 
**Consulte los requisitos de elegibilidad para el permiso de ausencia**
- 
**Planifique el permiso de ausencia.** El permiso de ausencia se puede tomar de manera continua (también conocido como permiso de ausencia en bloque), intermitente o con un horario de permiso de ausencia reducido, según CO FAMLI.
- 
**Informe a su empleador de CO** al menos 30 días antes del comienzo de la licencia (si la licencia es previsible). De lo contrario, informe al empleador lo antes posible.

**Complete sus formularios de reclamo y adjunte la documentación necesaria**

→ **El empleado completa la Parte A, Declaración del solicitante, en su totalidad.** Firme y ponga la fecha en el formulario, guarde una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamo al empleador para que puedan completar la Parte B.

→ **El empleador completa la Parte B, Declaración del empleador, en su totalidad.** Deben hacer una copia del reclamo para sus archivos y devolverle la declaración del empleador completada.

→ **El proveedor completa la Parte C, Certificación del proveedor de atención médica y adjunta la documentación de respaldo.**

→ Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamo completado a:  
**Arch Insurance Company**  
**P.O. Box 26316**  
**Collegeville, PA 19426**  
**Teléfono: 877-369-0979**  
**Fax: 610-977-3216**  
**Correo electrónico: archdbl@acitpa.com**

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Condición grave de salud de un familiar**

**Parte A:** Información del empleado (La debe completar el empleado que solicita la licencia)

- 1 **Nombre legal del empleado:** \_\_\_\_\_  
 (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)
- 2 **Dirección postal del empleado:**

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado | \_ \_ | Código postal | \_ \_ \_ \_ |
- 3 **Número del Seguro Social:** \_ \_ - \_ - \_ \_ \_
- 4 **Fecha de nacimiento del empleado:** | \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ |  
 m m d d a a a a

\* Los beneficios mencionados aquí están respaldados por Arch Insurance Company, n.º de NAIC 11150, una compañía miembro de Arch Insurance Group, Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para obtener más información sobre los términos y condiciones. La información que presente a Arch en este formulario se usará para administrar los beneficios FAMLI. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y la cantidad del beneficio, Arch puede compartir su información con sus empleadores actuales o anteriores y con los socios de FAMLI. Visite [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability) o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Condición grave de salud de un familiar

Parte A, continúa

5 **Sexo del empleado:**  Masculino  Femenino  No designado/otro

6 **Teléfono del empleado:** ( \_ \_ \_ ) - | \_ \_ \_ | - | \_ \_ \_ \_ \_ |

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_

8 **Seleccione a su familiar. El familiar es su:**

- Hijo (de cualquier edad)  Cónyuge  Pareja doméstica
- Padre/madre o padre/madre de su cónyuge/pareja doméstica
- Hermanos o hermanos de su cónyuge/pareja doméstica
- Abuelos o abuelos de su cónyuge/pareja doméstica
- Nietos o nietos de su cónyuge/pareja doméstica
- Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es como una relación familiar

Las relaciones incluyen: relaciones biológicas, de crianza temporal, adoptivas, padrastro/madrastra e in loco parentis así como las mismas relaciones con el cónyuge o pareja doméstica del empleado, si corresponde.

9 **Información del empleador:**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** | \_ \_ | **Código postal** | \_ \_ \_ \_ \_ |

**N.º promedio de horas trabajadas/semana** | \_ | **N.º promedio de días trabajados/semana** | \_ | **Salario promedio (\$)** | \_ |

9a **Mencione a todos los demás empleadores del último año:**

**Nombre del empleador n.º 1** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** | \_ \_ | **Código postal** | \_ \_ \_ \_ \_ |

**Período de empleo:**  
 A partir del  m  m /  d  d /  a  a  a  a hasta  m  m /  d  d /  a  a  a  a

**N.º promedio de horas trabajadas/semana** | \_ | **N.º promedio de días trabajados/semana** | \_ | **Salario promedio (\$)** | \_ |

**Nombre del empleador n.º 2** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** | \_ \_ | **Código postal** | \_ \_ \_ \_ \_ |

**Período de empleo:**  
 A partir del  m  m /  d  d /  a  a  a  a hasta  m  m /  d  d /  a  a  a  a

**N.º promedio de horas trabajadas/semana** | \_ | **N.º promedio de días trabajados/semana** | \_ | **Salario promedio (\$)** | \_ |

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Condición grave de salud de un familiar

Parte A, continúa

**10 ¿El permiso de ausencia será por un período de tiempo continuo, intermitente o reducido?**

Continuo Fecha de comienzo del permiso de ausencia  Fecha de finalización del permiso de ausencia

Las fechas son aproximadas

Intermitente Identifique las fechas en las que se tomará el permiso de ausencia intermitente: \_\_\_\_\_

Las fechas son aproximadas \_\_\_\_\_

Reducido Fecha de comienzo del permiso de ausencia:

Frecuencia del permiso de ausencia: \_\_\_\_\_

Las fechas son aproximadas

**11 ¿Le dio a su empleador un aviso con 30 días de antelación para este permiso de ausencia?**

Sí Fecha en que dio aviso al empleador

No Motivo: \_\_\_\_\_

**12 ¿Recibió o reclamó alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?**

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. CO FAMLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otros (enfermedad/licencias/PTO u otros permisos de ausencia que da el empleador. Especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Es ilegal dar, intencionadamente, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude o intentar cometer fraude contra la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Además, certifico que si se pagan beneficios por una cantidad superior a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios la cantidad que se pagó en exceso, y reconozco que el incumplimiento de esta obligación puede dar como resultado la acumulación de intereses y otras penalizaciones.

Por la presente hago una solicitud de beneficios según el programa de Seguro por Ausencia Familiar y Médica de Colorado. Con mi firma declaro que la información que doy es verdadera y precisa según la medida de mis conocimientos.

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_

Fecha:

Fin de la Parte A

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

25-10-DBL24

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Condición grave de salud de un familiar

Nombre del empleado:

# Parte B: Información del empleador

(La debe completar el empleador para el empleado mencionado arriba que pide FAMLI)

**1 Información del empleador:**

Nombre legal completo de la empresa:

Dirección

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado | \_\_ \_\_ | Código postal | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |

País (si no es EE. UU.): \_\_\_\_\_

**2 Número de póliza:**

**3 Número federal de identificación de empleador (FEIN) del negocio:**

**4 Persona de contacto del empleador (nombre y cargo) para esta solicitud de licencia:**

**5 Teléfono del contacto:** ( \_\_ \_\_ \_\_ ) - | \_\_ \_\_ \_\_ | - | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |

**6 Dirección de correo electrónico del contacto:**

**7 Situación laboral actual del empleado:**

Empleado activo-no despedido

Despedido del empleo — Fecha del despido: | <sup>m</sup> \_\_ | <sup>m</sup> \_\_ / | <sup>d</sup> \_\_ | <sup>d</sup> \_\_ / | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ |

**8 Fecha de contratación del empleado:**

Fecha: | <sup>m</sup> \_\_ | <sup>m</sup> \_\_ / | <sup>d</sup> \_\_ | <sup>d</sup> \_\_ / | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ |

**9 Último día de trabajado antes del permiso de ausencia:**

Fecha: | <sup>m</sup> \_\_ | <sup>m</sup> \_\_ / | <sup>d</sup> \_\_ | <sup>d</sup> \_\_ / | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ |

**10 ¿Se reincorporó el empleado al trabajo?**

Sí  No

Fecha de reincorporación al trabajo: | <sup>m</sup> \_\_ | <sup>m</sup> \_\_ / | <sup>d</sup> \_\_ | <sup>d</sup> \_\_ / | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ | <sup>a</sup> \_\_ |  Real  Aproximada

**11 Cargo y descripción del puesto del empleado:**

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Condición grave de salud de un familiar

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

**12 Marque las casillas que correspondan:**

Exento   
  No exento   
  A tiempo completo   
  A tiempo parcial   
  Por hora   
 Horas/semana: \_\_\_\_\_

**13 Verificación de empleo en Colorado ("CO"):**

- a. ¿Se reportan los ingresos del empleado al final del año en el formulario W-2 del IRS?     Sí     No (responda la pregunta 13b)
- b. ¿Está el empleado sujeto a las obligaciones del seguro de desempleo en CO?     Sí     No (responda la pregunta 13c)
- c. ¿Está el servicio del empleado localizado (lo presta en su totalidad) en CO?     Sí     No (responda la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿está la base de operaciones del empleado en CO y parte del trabajo lo hace en CO?     Sí     No (responda la pregunta 13e)
- e. Si no hay una base de operaciones, ¿presta el empleado algunos de los servicios en CO y recibe dirección y control de CO?     Sí     No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay un lugar de dirección y control, ni servicios localizados ni base de operaciones en CO, ¿reside el empleado en CO?     Sí     No

**14 Seleccione los días de la semana que generalmente trabaja el empleado:**

Lunes   
  Martes   
  Miércoles   
  Jueves   
  Viernes   
  Sábado   
  Domingo

**15 Presente la historia de los ingresos del empleado durante los 5 trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de permiso de ausencia:**

Final del trimestre (mm/aaaa)	Salario bruto (\$)

**16 Dé las horas de trabajo programadas de las últimas 4 semanas en las que el empleado se presentó a trabajar antes del permiso de ausencia:**

Semana 1 \_\_\_\_\_  
 Semana 2 \_\_\_\_\_  
 Semana 3 \_\_\_\_\_  
 Semana 4 \_\_\_\_\_  
 Promedio: \_\_\_\_\_

**17 ¿Se usará la licencia de manera continua, intermitente o con un horario de permiso de licencia reducido? Dé la información abajo.**

**Permiso de licencia en bloque/ permiso de licencia continuo:**   
 Fecha de comienzo (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Hasta (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_  
 Fechas solicitadas: \_\_\_\_\_  
**Permiso de licencia intermitente:**   
 Frecuencia de la licencia: (por ejemplo: 2 días a la semana, o 4 horas al día, o todos los lunes) \_\_\_\_\_  
**Horario de licencia reducida:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Condición grave de salud de un familiar

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

**18 ¿Le comunicó el empleado con 30 días de antelación que solicitaba licencia previsible?**

Sí  No

Fecha en que se dio aviso al empleador: |       / |       / |             |

**19 ¿Recibió o reclamó el empleado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?**

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo (CESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación de los trabajadores debido a una enfermedad/lesión relacionada con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. CO FAMLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otros (enfermedad/licencias/PTO u otros permisos de ausencia que da el empleador. Especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**20 Permiso de licencia pagada que da el empleador durante el período de licencia**

Un empleado no puede recibir al mismo tiempo los beneficios de reemplazo de salario según la Ley FAMLI y el permiso pagado que le da el empleador por las mismas horas que falte, excepto que, según C.R.S. 8-13.3-510(1)(c), un empleador y un empleado pueden acordar mutuamente que el empleado puede usar cualquier **licencia acumulada que le dé el empleador** como **complemento** de los beneficios del Seguro por Ausencia Familiar y Médica en una cantidad que no exceda la diferencia entre los beneficios de reemplazo de salario de la persona según la Ley FAMLI y el salario semanal promedio de la persona.

“**Licencia pagada que da el empleador**” significa licencia para vacaciones, licencia pagada por enfermedad, licencia pagada personal, licencia pagada por paternidad, licencia pagada según C.R.S. 24-34-402.7, y cualquier otro tiempo libre que paga el empleador, excepto que la licencia pagada que da el empleador no incluye beneficios según una póliza comercial por discapacidad a corto o largo plazo para propósitos de estas reglas.

**a. ¿Usará el empleado alguna licencia pagada que da el empleador durante el período licencia solicitado?**

Sí (responda la pregunta b)  No

**b. ¿Recibirá el empleado un reemplazo de salario durante todo o parte del período de licencia solicitado?**

Sí (responda las preguntas i y ii)  No

**i. Dé información sobre el tipo de reemplazo de salario y las fechas en las que se pagará:**

\_\_\_\_\_

**ii. ¿Está pidiendo el reembolso\* del anticipo de los beneficios FAMLI?**  Sí  No

**Nota:** Es posible que esté permitido el reembolso del empleador si el sueldo del empleado continúa por medio de algún tipo de pago de beneficios que hizo el empleador. El reembolso del empleador no está permitido si el empleado está usando cualquier licencia pagada que da el empleador, como el uso de vacaciones acumuladas, enfermedad, licencia personal o por paternidad.

**Declaración y firma:**

**AVISO:** Es ilegal dar, intencionadamente, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude o intentar cometer fraude contra la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles.

Soy la persona autorizada para firmar como empleador del empleado que pide beneficios según el programa de Seguro de permiso por Ausencia Familiar y Médica de Colorado. Con mi firma declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información que presenté es verdadera, precisa y completa. Cualquier declaración falsa, o no dar información veraz, precisa y completa, puede dar como resultado penalizaciones monetarias y de otro tipo, y a la posibilidad de un proceso penal.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: |       / |       / |             |

**¿Tiene preguntas?**

Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

# Parte C: Colorado - Certificación del proveedor de atención médica

## Consejos importantes cuando complete este formulario

Para pedir los beneficios FAMLI de Colorado, deberá devolver este formulario de certificación médica. Para empezar el proceso, complete **Secciones 1 y 2**, y envíelas al proveedor de atención médica que atiende al familiar para que complete la **Sección 3**, y nos la devuelva junto con su solicitud y cualquier otro documento de respaldo como parte del reclamo de beneficios.

### Sección 1: Información del empleado - Deberá completarla el empleado

- 1 **Nombre legal del empleado:** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)
- 2 **Fecha de nacimiento del empleado:** |       / |       / |             |  
m m d d a a a a
- 3 **Teléfono del empleado:** (          ) - |          | - |             |
- 4 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_
- 5 **Número de reclamo (si está disponible):** \_\_\_\_\_

### Sección 2: Sobre el familiar

- 1 **Seleccione a su familiar. El familiar es su:**
    - Hijo (de cualquier edad)     Cónyuge     Pareja doméstica
    - Padre/madre o padre/madre de su cónyuge/pareja doméstica
    - Hermanos o hermanos de su cónyuge/pareja doméstica
    - Abuelos o abuelos de su cónyuge/pareja doméstica
    - Nietos o nietos de su cónyuge/pareja doméstica
    - Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es como una relación familiar
- Las relaciones incluyen: relaciones biológicas, de crianza temporal, adoptivas, padrastro/ madrastra e in loco parentis, y las mismas relaciones con el cónyuge o pareja doméstica del empleado, si corresponde.
- 2 **Nombre del familiar:** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)
  - 3 **Fecha de nacimiento del familiar:** |       / |       / |             |  
m m d d a a a a
  - 4 **Dirección postal del familiar:**

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** |       | **Código postal** |                   |

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Condición grave de salud de un familiar

**Sección 3: Deberá completarla el proveedor de atención médica que atiende al familiar**

Un familiar de su paciente hizo una solicitud para faltar al trabajo para cuidar al paciente. Para que podamos tomar una decisión sobre el reclamo de beneficios CO FAMLI del empleado para cuidar al paciente, necesitaremos que complete la información de la Sección 3. Cuando complete esta certificación, le pedimos que:

- Sus respuestas sean su mejor cálculo según sus conocimientos médicos, experiencia y examen del paciente.
- Sea tan específico como pueda. Es posible que el uso de términos como "según sea necesario", "desconocido" o "indeterminado" no sea suficiente para aprobar el reclamo.

"indeterminado" no sea suficiente para aprobar el reclamo.

- Limite sus respuestas a la condición médica del paciente por la que el empleado está pidiendo los beneficios.

• No incluya información sobre pruebas genéticas, según se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, según se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, 29 C.F.R. §1635.3(b).

**1 Marque las casillas para las preguntas de abajo, según corresponda.**

**Atención para pacientes hospitalizados:** El paciente se (  admitió /  admite /  admitirá) para una estancia durante la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en las siguientes fechas: \_\_\_\_\_

**Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, operación para paciente ambulatorio, amigdalitis)

- Debido a la condición médica del paciente, este (  estuvo /  está /  estará) incapacitado por *más de tres días calendario completos consecutivos*.

• Al paciente se le (  atendió/  atiende/  atenderá) en las siguientes fechas: \_\_\_\_\_

- La condición médica también (  dio /  da /  dará) como resultado un curso de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (*por ejemplo, medicamentos con receta (además de los de venta libre), terapia para la que se necesita equipo especial, etc.*)

**Embarazo:** La condición es embarazo. Mencione la fecha de parto prevista: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

**Condiciones médicas crónicas:** (por ejemplo, asma, dolor de cabeza) Se espera que las visitas de tratamiento sean al menos dos veces al año

**Condiciones médicas permanentes o a largo plazo:** Debido a la condición médica, la incapacidad es permanente o de largo plazo y necesita la supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no se está dando un tratamiento activo).

**Condiciones médicas que necesitan varios tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, operación de restauración, etc.) Debido a la condición médica, es médicamente necesario que el paciente reciba varios tratamientos.

**Ninguna de las opciones de arriba:** Si ninguna de las seis categorías de arriba está marcada (por ejemplo, atención para pacientes hospitalizados, embarazo) no se necesita más información. Firme y ponga la fecha en el formulario.

**2 Código de diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Descripción del diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**3 Fecha en que comenzó la condición médica:** |    <sup>m</sup>    <sup>m</sup> / |    <sup>d</sup>    <sup>d</sup> / |    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup> |

**Fecha en que examinó por primera vez al paciente por esta condición médica:** |    <sup>m</sup>    <sup>m</sup> / |    <sup>d</sup>    <sup>d</sup> / |    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup> |

**4 Última visita en el consultorio:** |    <sup>m</sup>    <sup>m</sup> / |    <sup>d</sup>    <sup>d</sup> / |    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup> |

**Próxima visita en el consultorio:** |    <sup>m</sup>    <sup>m</sup> / |    <sup>d</sup>    <sup>d</sup> / |    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup>    <sup>a</sup> |

**Dé su mejor cálculo de cuánto tiempo duró o durará la condición médica:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene preguntas?**

Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Condición grave de salud de un familiar

5 Para calificar para los beneficios, el cuidado del paciente debe ser médicamente necesario. Describa brevemente el tipo de atención que necesita el paciente (por ejemplo, asistencia médica básica, higiénica, nutricional, de seguridad, necesidades de transporte, atención física o bienestar psicológico).

6 Marque las casillas correspondientes y complete la información que mejor describa el tipo de tiempo fuera del trabajo que el solicitante necesitará para su propia condición médica.

**Licencia continua:** Mi paciente está/estará incapacitado por un **período único continuo**, debido a su propia condición médica, incluyendo el tiempo de tratamiento y recuperación que comienza el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y finaliza el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Licencia por horario de trabajo reducido:** Mi paciente necesitará trabajar en un horario de trabajo reducido debido a su propia condición médica y al tratamiento y período de recuperación asociados que comienzan el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y terminan el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ para lo siguiente:

una jornada laboral reducida: limitada a \_\_\_ horas por día;

una semana laboral reducida: limitada a \_\_\_ días por semana

Otra: \_\_\_\_\_

**Permiso de ausencia intermitente - Incapacidad:** Se espera que mi paciente tenga recaídas periódicas en las que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.  
 Describa la frecuencia y duración calculadas de las recaídas. (Por ejemplo, 1 vez por semana con una duración de 4 horas), (por ejemplo, 1 vez cada 3 meses con una duración de 1-2 días), (por ejemplo, 3 veces cada mes con una duración de 1 día).

**Seleccione y complete uno:**

**Semanalmente:** \_\_\_ veces cada \_\_\_ semanas con una duración de \_\_\_ horas o \_\_\_ días por incidente;

**Mensualmente:** \_\_\_ veces cada \_\_\_ semanas por una duración de \_\_\_ horas o \_\_\_ días por incidente;

**Permiso de ausencia intermitente - Tratamientos:** Se espera que mi paciente tenga recaídas periódicas en las que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Describa la frecuencia y duración calculadas de los tratamientos/citas. (Por ejemplo, 1 vez por semana con una duración de 2 horas), (por ejemplo, 1 vez al mes con una duración de 4 horas), (por ejemplo, 3 veces cada 2 meses con una duración de 6 horas). **Seleccione y complete uno:**

**Semanalmente:** \_\_\_ veces cada \_\_\_ semanas con una duración de \_\_\_ horas o \_\_\_ días por instancia;

**Mensualmente:** \_\_\_ veces cada \_\_\_ semanas por una duración de \_\_\_ horas o \_\_\_ días por instancia;

**Información y firma del proveedor de atención médica**

Nombre en letra de molde del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Especialidad/certificación de la Junta: \_\_\_\_\_

Dirección comercial del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Número de licencia de certificación: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ) - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

Fax: ( \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ) - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | - | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica que da el tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha: | \_\_\_ \_\_\_ / | \_\_\_ \_\_\_ / | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**¿Tiene preguntas?**

Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)