



Formulario para solicitud de licencia familiar



Pago por Licencia Médica y Familiar
CONNECTICUT

Si trabaja en Connecticut, puede solicitar la Pago por Licencia Médica y Familiar (PFML). Arch Insurance revisará todas las solicitudes para determinar si cumple con los requisitos para recibir los beneficios. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Antes de solicitar CT PFML...

-  **Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia**
-  **Planifique sus licencias.** Las licencias pueden tomarse de forma continua (también conocidas como licencias en bloque), intermitente o con un horario reducido, de acuerdo con la Ley CT PFML.
-  **Notifique a su empleador de CT** al menos 30 días antes del inicio de la licencia (si es previsible). De lo contrario, notifique a su empleador lo antes posible.

Complete su(s) formulario(s) de reclamo y adjunte la documentación requerida

- **Complete la Parte A, Declaración del Reclamante, en su totalidad.** Firme y feche el formulario, conserve una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamación a su empleador para que pueda completar la Parte B.
- **Su empleador de Connecticut completa la Parte B, Declaración del Empleador, en su totalidad.** Deben hacer una copia de la reclamación para sus archivos y devolverle la declaración del empleador completa.
- **Complete la certificación para su tipo de licencia y adjunte la documentación de respaldo.**
- Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamación completo:
Arch Insurance Company
P.O. Box 26316
Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979
Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Tipos de licencia calificada (seleccione uno)

Nota: Si utiliza más de un tipo de licencia, se debe completar un paquete de reclamo por separado para cada tipo de licencia; no se puede solicitar más de una licencia para el mismo período de tiempo.

Licencia de unión familiar con un nuevo hijo (nacimiento, adopción o temporal)

- Completar el formulario CT - CERTIFICACIÓN DE UNIÓN
- Adjunte la documentación que se indica en el formulario, que respalde su relación con el nuevo hijo

Exigencias calificadas asociadas con un llamado al servicio militar en el extranjero

- Completar el formulario CT - EXIGENCIA MILITAR
- Adjunte documentos de prueba que respalden la licencia (opciones enumeradas en el formulario)

Licencia por violencia familiar

Si está sufriendo violencia familiar o agresión sexual, puede ser elegible para recibir hasta 12 días de beneficios de CT PFML para buscar atención médica o atención psicológica, buscar apoyo de una organización de servicios para víctimas, reubicarse o participar en cualquier procedimiento civil o penal relacionado con violencia familiar o agresión sexual.

- Complete la Declaración CT - VIOLENCIA FAMILIAR
- Adjunte documentos de prueba que respalden la licencia (opciones enumeradas en el formulario)

*Los beneficios descritos aquí están suscritos por Arch Insurance Company, NAIC n.º 11150, miembro de Arch Insurance Group Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para conocer los términos y condiciones detallados. La información que proporcione a Arch en este formulario se utilizará para administrar los beneficios de PFML. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y el monto del beneficio, Arch podría compartir su información con su(s) empleador(es) actual(es) o anterior(es), y con los Socios Estatales de PFML de CT.

Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

Solicitud de pago por Licencia Familiar en Connecticut

Parte A: Información del empleado

(debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 Dirección postal del empleado:

Dirección

Ciudad

Estado |

Código postal |

3 Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ - _____ - _____

4 Fecha de nacimiento del empleado: | m | m | d | d | a | a | a | a |

5 Género del empleado: Masculino Femenino No designado / Otro

6 Número de teléfono del empleado: (_____) - | _____ | - | _____ |

7 Dirección de correo electrónico del empleado: _____

¿Por qué estás solicitando licencia?

- 8** Crear un vínculo con mi nuevo hijo. Deberá completar el formulario de certificación de vínculo en la página 8. Requisitos de Exigencia Militar. Deberá completar el Formulario de Exigencia Militar en la página 9. Violencia familiar. Deberá completar el formulario de violencia familiar en la página 11.

9 La relación del familiar con el empleado (reclamante) es:

- Yo mismo Cónyuge Padre o parente del cónyuge Abuelo o abuelo del cónyuge
 Nieto Hijo (de cualquier edad) o cónyuge del hijo Hermano o hermano del cónyuge

10 Información del empleador:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado | _____ | Código postal | _____ |

Promedio de horas trabajadas/semana | _____ | Promedio de días trabajados por semana | _____ | Salario promedio (\$) | _____ |

¿Preguntas? Contáctenos al 877-369-0979
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de pago por Licencia Familiar en Connecticut

Parte A (Continuación)

10a Enumere todos los empleadores adicionales del año pasado:

Nombre del empleador n.º 1

Dirección

Ciudad

Estado | ____ |

Código postal | ____ - - - - |

Periodo de empleo:

Desde | mm / dd / yyyy | hasta | mm / dd / yyyy |

Promedio de horas trabajadas/semana | ____ | Promedio de días trabajados por semana | ____ | Salario promedio (\$) | ____ |

Nombre del empleador n.º 2

Dirección

Ciudad

Estado | ____ |

Código postal | ____ - - - - |

Periodo de empleo:

Desde | mm / dd / yyyy | hasta | mm / dd / yyyy |

Promedio de horas trabajadas/semana | ____ | Promedio de días trabajados por semana | ____ | Salario promedio (\$) | ____ |

Nombre del empleador n.º 3

Dirección

Ciudad

Estado | ____ |

Código postal | ____ - - - - |

Periodo de empleo:

Desde | mm / dd / yyyy | hasta | mm / dd / yyyy |

Promedio de horas trabajadas/semana | ____ | Promedio de días trabajados por semana | ____ | Salario promedio (\$) | ____ |

11 ¿La licencia será por tiempo continuo y/o periódica?

Continuo

Fecha de inicio de la licencia

Fecha de finalización de la licencia

mm / dd / yyyy | mm / dd / yyyy |

Las fechas son estimadas

Periódico

Identifique las fechas en que se tomarán las licencias periódicas:

Las fechas son estimadas

12 ¿Se le dio a su empleador un aviso con 30 días de anticipación para esta licencia?

Sí

Fecha de aviso proporcionado al empleador

mm / dd / yyyy |

No

Razón:

Solicitud de pago por Licencia Familiar en Connecticut

Parte A (Continuación)

13 ¿Ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?

Tipo de beneficio	Recibió	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. PFML	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (enfermedad/vacaciones/ tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor, especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Por la presente, solicito beneficios bajo la Ley de Pago por Licencia Familiar en Connecticut. Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa podrá resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal. Además, certifico que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso.

Firma del empleado:

Fecha: | / / |

Fin de la Parte A

Solicitud de pago por Licencia Familiar en Connecticut

Parte B: Información del empleador

(debe ser completado por el empleador para el empleado mencionado anteriormente que solicita PFML)

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 de identificación patronal federal (FEIN) de la empresa:

4 Contacto:

5 Teléfono de contacto: (___) - | ___ | - | ___ |

6 Dirección de correo electrónico de contacto:

7 Situación laboral actual del empleado:

Empleado activo-no despedido

Despedido del empleo — Fecha del despido: | ___ | / | ___ | / | ___ |

m m d d a a a a

8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: | ___ | / | ___ | / | ___ |

m m d d a a a a

9 Último día trabajado antes de la licencia:

Fecha: | ___ | / | ___ | / | ___ |

m m d d a a a a

10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?

Sí

No

Fecha de regreso al trabajo: | ___ | / | ___ | / | ___ |

m m d d a a a a

Real

Estimado

11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado:

¿Preguntas?

Contáctenos al 877-369-0979

o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

25-10-DBL31

Solicitud de pago por Licencia Familiar en Connecticut

Parte B (Continuación)

12 Por favor marque las casillas correspondientes:

Exento No exento Tiempo completo

Tiempo parcial Por hora

Horas/semana:

13 Verificación de empleo de Connecticut ("CT"):

- a. ¿Las ganancias del empleado se informan al final del año en el formulario W-2 del IRS? Sí No (responda a la pregunta 13b)
- b. ¿El empleado está sujeto a obligaciones del Seguro de Desempleo en Connecticut? Sí No (responda a la pregunta 13c)
- c. ¿El servicio del empleado está localizado (se realiza íntegramente) dentro de CT? Sí No (responda a la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿la base de operaciones del empleado se encuentra en CT y parte del trabajo se realiza allí? Sí No (responda a la pregunta 13e)
- e. Si no hay base de operaciones, ¿el empleado realiza algunos servicios dentro de CT y recibe dirección y control de CT? Sí No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay lugar de dirección y control, ni servicios localizados, ni base de operaciones en CT, ¿el empleado reside en CT? Sí No

14 Seleccione los días de la semana en que habitualmente trabaja el empleado:

Lunes Martes Miércoles Jueves

Viernes Sábado Domingo

15 Proporcione el historial de ganancias del empleado correspondiente a los 4 trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de licencia:

Trimestre final
(mm/aaaa)

Salarios brutos
(\$)

16 Proporcione las horas de trabajo programadas de las últimas 4 semanas en las que el empleado se presentó a trabajar antes de la licencia:

Semana 1 _____

Semana 2 _____

Semana 3 _____

Semana 4 _____

Semana 5 _____

Semana 6 _____

Semana 7 _____

Semana 8 _____

Semana 9 _____

Semana 10 _____

Semana 11 _____

Semana 12 _____

Promedio: _____

17 ¿Se utilizarán las licencias de forma continua, intermitente o con un calendario reducido? Indique los detalles a continuación.

Licencia en bloque/licencia continua:

Fecha de inicio
(mm/dd/aaaa)

Hasta
(mm/dd/aaaa)

Licencia intermitente:

Fechas solicitadas:

Calendario de licencias reducidas:

Frecuencia de las licencias:
(ej: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes)

¿Preguntas?

Contáctenos al 877-369-0979

o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de pago por Licencia Familiar en Connecticut

Parte B (Continuación)

17 ¿El empleado que solicitó licencia previsible le dio 30 días de anticipación?

Sí No Fecha de aviso proporcionado al empleador: | / / |

18 ¿El empleado ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?

Tipo de beneficio	Recibió	Reclamado	Desde (mm/dd/aaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. PFML	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (enfermedad/vacaciones/tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor, especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

19 ¿El empleado está tomando la FMLA de CT al mismo tiempo que esta licencia?

Sí No

20 ¿El empleado está obligado a utilizar tiempo libre remunerado (PTO), licencia por enfermedad u otro tiempo libre remunerado antes o mientras recibe los beneficios de licencia pagada?

Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles sobre la cantidad de horas disponibles del empleado e indique la(s) fecha(s) en que corresponde este tiempo libre remunerado. Los beneficios de PFML no pueden recibirse simultáneamente con el tiempo libre remunerado. Según lo exige el Estatuto General de Connecticut, artículo 31-51ll(e), un empleado puede conservar al menos dos semanas de tiempo libre remunerado si la FMLA de CT se aplica simultáneamente con el PFML. Estas dos semanas no deben incluirse en los detalles.

Número de horas: _____ Fecha de inicio: _____ (mm/dd/aaaa) Fecha de finalización: _____ (mm/dd/aaaa)

Declaración y Firma:

Soy la persona autorizada a firmar como empleador del empleado que solicita beneficios bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica Pagada de Connecticut. Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra falta de información veraz, precisa y completa puede resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Firma:

Fecha: | / / |

Formulario de certificación de unión familiar CT

Información del empleado (debe ser completada por el empleado que solicita licencia por union familiar)

1 Nombre legal del empleado: _____

Certificación de fianza (debe ser completada por el empleado)

1 Fecha de nacimiento REAL del niño: | / | / | |

2 Relación del niño con el empleado que solicita la licencia:

- Hijo biológico Hijo temporal Hijo adoptado Hijastro Tutela Legal Representando a sus padres

2a Fecha de colocación del niño adoptado o de crianza:

Si solicita permiso para unirse con un niño adoptado o de crianza o con su tutela legal, proporcione la FECHA en que el niño fue colocado con usted.

| / | / | |

3 Adjunte documentación de prueba que respalde la licencia:

A continuación se presentan ejemplos de documentación de prueba válida. Su solicitud no será aceptada sin documentación que acredite la licencia.

Nacimiento del niño

- Acta de nacimiento del niño, o
- Declaración del proveedor de atención médica del niño que confirme la fecha de nacimiento del niño, o
- Declaración del proveedor de atención médica de la persona que dio a luz, confirmando la fecha de nacimiento del niño.

Adopción/Cuido Temporal

- Declaración de la agencia de adopción o de cuidado temporal, o del Departamento de Niños y Familias de Connecticut que confirme la ubicación y la fecha de ubicación, o
- Declaración del proveedor de atención médica del niño que confirme la ubicación y la fecha de la misma.

Declaración y Firma:

Por la presente, solicito beneficios bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica Pagada de Connecticut. Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa puede resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal. Además, certifico que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso.

Firma:

Fecha: | / | / | |

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Formulario de Exigencia Militar

Información del empleado (debe ser completada por el empleado que solicita licencia debido a una exigencia militar calificada)

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Detalles del miembro del servicio y exigencia de calificación (para ser completado por el empleado)

1 Nombre legal del miembro del servicio: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 Dirección postal del miembro del servicio:

Dirección _____

Ciudad _____ Estado | _____ | Código postal | _____ |

3 Relación del miembro del servicio con el empleado que solicita la licencia:

- Cónyuge Padre Hijo

4 Afiliación actual de miembros del servicio:

- Fuerza Aérea Ejército Guardia Costera Cuerpo de Marines Armada Reservas Guardia Nacional

5 Documentación de prueba de afiliación (la documentación de prueba del servicio debe incluirse con el reclamo; las opciones se enumeran a continuación)

- Copia de las órdenes de servicio activo
 Carta de activación inminente
 Carta del oficial al mando o autoridad aprobatoria que otorga el descanso y recuperación del miembro del servicio
 Otra documentación razonablemente aceptable en circunstancias en las que la documentación anteriormente especificada no esté disponible

6 Seleccione el motivo(s) para solicitar la licencia (se pueden seleccionar uno o más motivos)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Organización del cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Hacer arreglos financieros | <input type="checkbox"/> Organizar el cuidado parental |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento | <input type="checkbox"/> Realizar arreglos legales | <input type="checkbox"/> Hacer arreglos tras el fallecimiento del militar |
| <input type="checkbox"/> Asistir a cualquier evento patrocinado por el ejército o una organización de servicio militar. | <input type="checkbox"/> Pasar tiempo con el miembro militar durante una licencia de descanso y recuperación o después del regreso del despliegue (la licencia por este motivo está limitada a 15 días calendario para cada instancia de R&R) | |
| <input type="checkbox"/> Otro: (proporcione detalles) _____ | | |

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Formulario de Exigencia Militar

Continuado

Detalles del miembro del servicio y exigencia de calificación (para ser completado por el empleado)

7 Fecha(s) o período de tiempo para el cual se solicita la licencia:

	Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
Licencia en bloque/continua:	_____	_____
Licencia intermitente:	Fechas solicitadas: _____	
Calendario de licencias reducidas:	Frecuencia de las licencias: (ej: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes)	

Información de terceros

Si corresponde, proporcione a continuación la información que pueda utilizarse para verificar reuniones o citas con terceros relacionadas con la exigencia que lo habilita. Ejemplos de reuniones con terceros incluyen la gestión de cuidado infantil o parental, la asistencia a terapia no médica, la asistencia a reuniones con la escuela, guarderías o cuidadores, la realización de trámites financieros o legales, la representación del miembro del servicio ante una agencia federal, estatal o local para obtener, gestionar o apelar las prestaciones del servicio militar, o la asistencia a cualquier evento patrocinado por las fuerzas armadas u organizaciones militares. Esta información puede utilizarse para verificar la exactitud de la información contenida en este formulario.

Individuo (por ejemplo, nombre y título) o Entidad/Organización:

DIRECCIÓN

Ciudad _____

Estado | ____ | Código postal | ____ |

Teléfono _____

Fax _____

Correo electrónico _____

Describa el propósito de la reunión _____

Declaración y Firma:

Por la presente, solicito beneficios bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica Pagada de Connecticut. Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa puede resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal. Además, certifico que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso.

Firma: _____

Fecha: | ____ | / | ____ | / | ____ |

CT- Declaración sobre violencia familiar

Información del empleado (debe ser completada por el empleado que solicita la licencia)

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Documentación requerida sobre violencia familiar

- Declaración escrita firmada del solicitante certificando que el solicitante está tomando licencia por una de las siguientes razones:
 1. A buscar atención médica o asesoramiento psicológico o de otro tipo por lesiones o discapacidades físicas o psicológicas,
 2. Para obtener servicios de una organización de servicios para víctimas,
 3. Reubicarse debido a dicha violencia familiar o agresión sexual, o
 4. Participar en cualquier procedimiento civil o penal relacionado o resultante de dicha violencia familiar o agresión sexual.
- Un registro policial o judicial relacionado con la violencia familiar o la agresión sexual; o
- Una declaración escrita firmada de que el solicitante es víctima de violencia familiar o agresión sexual, siempre que dicha declaración provenga de un empleado o agente de una organización de servicios para víctimas, un abogado, un empleado de la Oficina de Servicios para Víctimas del Poder Judicial o de la Oficina del Defensor de las Víctimas, o un profesional médico autorizado u otro profesional autorizado a quien el solicitante le haya solicitado ayuda con respecto a la violencia familiar o agresión sexual.

Descripción escrita del propósito de esta licencia (a ser completada por el solicitante)

Declaración y Firma:

Por la presente, solicito beneficios bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica Pagada de Connecticut. Bajo pena de perjurio, declaro que, en la medida de mis conocimientos, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra omisión en proporcionar información veraz, precisa y completa puede resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal. Además, certifico que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso.

Firma: _____

Fecha: | | / | | / | | | |

Firma de tercero:

Certifico que soy un abogado, un empleado de la Oficina de Servicios a las Víctimas del Poder Judicial o de la Oficina del Defensor de las Víctimas, o un profesional médico con licencia u otro profesional con licencia. Certifico que el solicitante nombrado en este documento es víctima de violencia familiar o agresión sexual.

Nombre: _____

Nombre de la organización: _____

Fecha: _____

Firma: _____