

Cómo solicitar un Permiso Familiar Pagado para cuidar a un familiar con una condición médica grave



Paid Family Leave



Antes de presentar la solicitud

- Verifique los requisitos de elegibilidad para obtener el Permiso Familiar Pagado. (Consulte la siguiente página o visite PaidFamilyLeave.ny.gov)
- Planifique su permiso. Puede tomar el permiso completo de una sola vez o de forma intermitente, pero se debe tomar en incrementos de días completos.
- Notifique a su empleador al menos **30 días** antes del comienzo del permiso, si es previsible; de lo contrario, notifique a su empleador tan pronto como sea posible.

Complete sus formularios y adjunte la documentación requerida

Complete la **Solicitud del Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-1)**

- Complete su sección, haga una copia y entregue el formulario a su empleador para que complete la *parte B*.
- Su empleador debe devolverle el *formulario PFL-1* en un período de tres días hábiles. Si existe algún retraso, no tiene que esperar para proseguir. Envíe el *formulario PFL-1* que completó, junto con el resto de su paquete de solicitud, directamente a la compañía de seguros.

Complete el formulario de **Divulgación de Información Médica Personal conforme con la Ley de Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-3)**

- Su familiar (el beneficiario de los cuidados) completa el *formulario PFL-3* y lo envía al proveedor de atención médica para incluirlo en el expediente.
Este formulario autoriza al proveedor de atención médica a divulgar a usted y a la compañía de seguros de su empleador la información relacionada con la condición médica grave de su familiar.
No envíe este formulario a la compañía de seguros.

Complete el formulario de **Certificado de Proveedor de Atención Médica para el Cuidado de un Miembro de la Familia con una Condición Médica Grave (formulario PFL-4)**

- Complete su sección, haga una copia y entregue el formulario al proveedor de atención médica del miembro de su familia.
- Solicite al proveedor que complete su parte del formulario y que se lo devuelva de manera oportuna.

Envíe a la compañía de seguros de su empleador

Debe enviar su paquete de solicitud completo dentro de los **30 días** posteriores al inicio de su permiso para evitar perder los beneficios.

Conserve una copia de todos los formularios y documentación en sus archivos.

Envíe por correo postal o por fax el *formulario PFL-1* y el *formulario PFL-4* a la compañía de seguros de su empleador.

Para saber cuál es la compañía de seguros de su empleador, puede:

- Buscar el póster sobre el Permiso Familiar Pagado en su lugar de trabajo.
- Preguntarle a su empleador.
- Usar la aplicación de búsqueda de cobertura del empleador en wcb.ny.gov para buscar la compañía de seguros del Permiso Familiar Pagado de su empleador.

Si no puede encontrar la compañía de seguros de su empleador, llame a la línea de ayuda del Permiso Familiar Pagado para obtener asistencia: **(844) 337-6303** (de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.)

NO envíe su paquete de solicitud a NYS Workers' Compensation Board.

Es SU responsabilidad enviar los formularios a la compañía de seguros. NO es la responsabilidad de su empleador.



Importante saber

En la mayoría de los casos, la compañía de seguros debe pagar o negar los beneficios dentro de los 18 días posteriores a la recepción de su solicitud completada o en su primer día de permiso; lo que ocurra después. Su solicitud no se puede considerar incompleta solo porque su empleador no completó la **parte B** del **formulario PFL-1** dentro de los tres días hábiles.

Si la aseguradora niega o no paga oportunamente sus beneficios, o si tiene cualquier otra disputa relacionada con el reclamo, puede solicitar que se revisen las acciones de la aseguradora. Puede obtener más información en nyspfla.com.

Después de una audiencia, un Juez de Derecho de Workers' Compensation Board resuelve las quejas sobre discriminación o represalia por parte del empleador. Si siente que ha sido objeto de discriminación o represalia por parte de su empleador por solicitar o tomar un Permiso Familiar Pagado, visite PaidFamilyLeave.ny.gov o llame al **(844) 337-6303**.



Elegibilidad

- Puede tomar un tiempo libre remunerado y amparado por su trabajo para cuidar a un miembro de la familia con una condición médica grave, lo que le permite estar con su ser querido en tiempos de necesidad. Esto incluye proporcionar:
 - Cuidados físicos necesarios
 - Apoyo emocional
 - Visitas
 - Asistencia en el tratamiento
 - Transporte
 - Organización de un cambio en el cuidado
 - Asistencia con los asuntos esenciales de la vida diaria
 - Servicios de asistente personal
- Los miembros de la familia por los que puede tomar un permiso de cuidado son su:

■ cónyuge	■ suegro
■ pareja de hecho	■ abuelo
■ hijo/hijastro	■ nieto
■ padre/padrastro	■ hermano/a
- La mayoría de los empleados que trabajan en el estado de Nueva York para empleadores privados están cubiertos por el Permiso Familiar Pagado.
 - **Empleados de tiempo completo:** si trabaja regularmente 20 horas o más a la semana para un empleador cubierto, es elegible después de 26 semanas consecutivas de trabajo con su empleador.
 - **Empleados de medio tiempo:** si trabaja regularmente menos de 20 horas a la semana para un empleador cubierto, es elegible después de trabajar para su empleador 175 días, no necesariamente consecutivos.
- Los empleados públicos no representados pueden estar cubiertos si su empleador optó voluntariamente por proporcionar el servicio. Los empleados públicos representados por un sindicato solo estarán cubiertos si el beneficio se negoció a través de una negociación colectiva.
- La condición de inmigración o ciudadanía no es un factor en la elegibilidad del empleado.
- Si considera que es elegible, puede solicitar un Permiso Familiar Pagado y la compañía de seguros tomará una decisión.
- Si tiene preguntas sobre las normas de elegibilidad, llame a la línea de ayuda del Permiso Familiar Pagado al **(844) 337-6303**.

RECUERDE: Es SU responsabilidad enviar los formularios a la compañía de seguros. NO es la responsabilidad de su empleador.



Paid Family Leave

Instrucciones de la Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)

- Para solicitar el PFL, el empleado que lo solicita debe completar la Parte A de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*. Todos los puntos del formulario son obligatorios, a menos que se indiquen como opcionales. El empleado luego le proporciona el formulario al empleador para que complete la Parte B.
- El empleador completa la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)* y se la devuelve al empleado en un plazo de tres días.
- Se requieren formularios adicionales dependiendo del tipo de permiso que se esté solicitando. El empleado que solicita el permiso es responsable de completar estos formularios.
- **El empleado envía la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)* junto con el formulario adicional obligatorio a la compañía aseguradora de PFL del empleador que se menciona en la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*.**
El empleado debe guardar una copia de cada formulario enviado para su archivo personal.

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado)

El empleado que solicita el PFL debe completar toda la información requerida.

Solicitud de Permiso Familiar Pagado (PFL) (para ser completada por el empleado)

Pregunta 12: Un hijo se define como un hijo o hija biológico, adoptado o de cuidado temporal, un hijastro o hijastra, un menor bajo tutela legal, un hijo o hija de la pareja de hecho o la persona para la cual el empleado sustituye a los padres. Un padre/madre se define como el padre/madre biológico, de cuidado temporal o adoptivo, padre/madre conforme a derecho legal, un padrastro/madrastra, un tutor legal u otra persona que sustituyó a los padres del empleado cuando el empleado era un menor.

Pregunta 13: Si las fechas son "Continuas", el empleado debe proporcionar la fecha de inicio y finalización del PFL solicitada. Estas fechas deben ser las fechas reales en las que comenzará y terminará el PFL. Si no se tiene certeza, calcule las fechas de inicio y finalización y mencione "Las fechas son estimadas". Si las fechas son "Periódicas", ingrese las fechas en las que se tomará el PFL. Sea tan específico como sea posible. Si se desconocen las fechas o estas son estimadas, indique "Las

fechas son estimadas".

Si las fechas son estimadas, la aseguradora de PFL podría exigirle que presente una solicitud de pago **después** de tomar el día de PFL. El pago por los reclamos aprobados se deberá hacer tan pronto como sea posible, pero en ningún caso, más de 18 días a partir de la fecha en la que haya sido completada la solicitud.

Pregunta 14: Si el empleado está presentando una solicitud de PFL a su empleador con menos de 30 días de aviso anticipado a partir de la fecha del PFL, el empleado debe explicar por qué no se pudo dar el aviso con 30 días de anticipación. Si la explicación no cabe en el espacio que se proporciona en el formulario, escriba "Ver el adjunto" y agregue un adjunto con la explicación. Asegúrese de incluir el nombre completo del empleado y su fecha de nacimiento en la parte superior del adjunto.

Información de empleo (para ser completada por el empleado)

Pregunta 16: Ingrese la fecha de contratación según recuerde el empleado. Si ha sido más de un año desde la fecha de contratación, es suficiente ingresar el año en el cual comenzó el empleo.

Pregunta 18: Ingrese la mejor estimación del salario semanal bruto promedio. Incluya únicamente los salarios devengados del empleador que se menciona en este formulario de solicitud. **El salario semanal bruto es el pago semanal total (incluyendo horas extras, propinas, bonificaciones y comisiones) antes que el empleador haga cualquier deducción**, como por ejemplo, los impuestos federales y del estado. Si el empleador no puede proporcionar esta información, el empleado puede calcular su salario bruto semanal de la siguiente manera:

Paso 1: Sume todos los salarios brutos recibidos (antes de cualquier deducción) durante las últimas ocho semanas antes del inicio del PFL, incluyendo horas extras y propinas recibidas. (*Vea el Paso 3 para conocer las instrucciones para calcular las bonificaciones y/o comisiones*).

Paso 2: Divida los salarios brutos calculados en el paso uno entre ocho (o el número de semanas trabajadas si son menos de ocho) para calcular el salario semanal promedio.

Paso 3: Si el empleado recibió bonificaciones y/o comisiones durante las 52 semanas anteriores a el PFL, sume la cantidad semanal prorrateada al salario semanal promedio. Para determinar la cantidad semanal prorrateada, sume todas las bonificaciones/comisiones devengadas en las 52 semanas anteriores y luego divídalo entre 52.

Ejemplo de un cálculo de salario semanal bruto:

Semana 1 - Salario bruto incluyendo horas extras	\$550
Semana 2 - Salario bruto	\$500
Semana 3 - Salario bruto	\$500
Semana 4 - Salario bruto	\$500
Semana 5 - Salario bruto	\$500
Semana 6 - Salario bruto	\$500
Semana 7 - Salario bruto, incluyendo horas extras	\$600
Semana 8 - Salario bruto, incluyendo horas extras	+ \$550
Total =	\$4,200
Dividir entre 8	÷ 8
Salario semanal promedio =	\$525
Bonificación devengado en las 52 semanas anteriores	\$2,600
Dividir entre 52	÷ 52
Bonificación semanal prorrateada =	\$50

Las Instrucciones del Formulario PFL-1S continúan en la siguiente página

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado) - continuación de la página anterior**Instrucciones del Formulario PFL-1S continuación de la página anterior**

Salario semanal promedio		\$525
Bonificación semanal prorrateada	+	\$50
Salario semanal promedio (incluyendo bonificación) =		\$575

Tome en cuenta que el empleador también está obligado a proporcionar esta información en la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*.

Si está preenviando el formulario: Indique si el empleado está preenviando su solicitud de PFL. Preenviar se define como presentar la solicitud por anticipado a un próximo evento calificador, en donde falta cierta información requerida debido a que se desconoce la información al momento de la presentación. Si la aseguradora o el empleador autoasegurado permite el preenvío, se debe proporcionar la información faltante tan pronto

como se conozca. No se pueden determinar los beneficios hasta que se proporcione toda la información requerida.

La compañía aseguradora de PFL o el empleador autoasegurado le dará un aviso al empleado en un plazo de cinco días, el cual 1) indica que el reclamo está pendiente; 2) identifica qué información falta; 3) indica cómo presentar la información faltante. **Una vez se proporcione toda la información, la compañía aseguradora de PFL o el empleador autoasegurado tiene 18 días para pagar o rechazar el reclamo.**

Si la compañía aseguradora o el empleador autoasegurado no permite los preenvíos, la compañía aseguradora o el empleador autoasegurado debe devolver la Solicitud de Permiso Familiar Pagado en un plazo de cinco días al empleado, dándole una explicación de que se debe volver a presentar el reclamo cuando esté disponible toda la información.

El empleado firma y coloca la fecha antes de entregar este formulario a su empleador para que complete la Parte B.

PARTE B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador)

El empleador del empleado que solicita el PFL debe completar toda la información de la Parte B.

Pregunta 2: Si se usa un número de Seguro Social para el número de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN), ingrese el número de Seguro Social.

Pregunta 3: Ingrese el Código de Clasificación industrial estándar (Standard Industrial Classification, SIC) del empleador. Comuníquese con su aseguradora si no conoce su código SIC.

Pregunta 8: El código de ocupación del empleado se puede encontrar en: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Pregunta 9: Ingrese los salarios devengados por el empleado durante las últimas ocho semanas anteriores a la fecha de inicio del PFL. El monto bruto pagado es el pago semanal bruto del empleado, incluyendo todas las horas extras y propinas devengadas esa semana, además de la cantidad prorrateada semanal de cualquier bonificación o comisión recibida durante las 52 semanas anteriores. (Para conocer los pasos detallados, vea la Pregunta 18 a partir de la página 1 de las instrucciones). Calcule el salario semanal promedio sumando los montos brutos pagados, y luego divídalos entre ocho (o el número de semanas trabajadas si son menos de ocho).

Afirmación de que el empleado es elegible para el PFL: Un empleado que trabaja regularmente 20 horas o más por semana debe haber estado empleado durante al menos 26 semanas consecutivas. Un empleado que trabaja regularmente menos de 20 horas por semana debe haber trabajado 175 días.

El empleador firma y coloca la fecha, y luego lo devuelve al empleado que solicita el PFL en un plazo de tres días hábiles.

Pregunta 10: No seleccionar "Si" para solicitar el reembolso de la compañía aseguradora provocará una renuncia al derecho a reembolso.

Pregunta 11a: 'Discapacidad' se refiere a una discapacidad obligatoria según lo establece la ley del Estado de Nueva York. Si la respuesta es "ninguna", ingrese un "0" para las semanas y días totales en la Pregunta 12b.

Pregunta 11b: El número máximo de semanas disponibles para una discapacidad establecida por la ley del Estado de Nueva York y PFL en cualquier período de 52 semanas, es 26 semanas. Especifique el número total de semanas, así como el número de días adicionales si el permiso incluye una semana parcial, tomada para una discapacidad establecida por la ley del Estado de Nueva York y PFL durante las 52 semanas anteriores.

Preguntas 13, 14 y 15: Ingrese el nombre, la dirección y número de póliza del PFL de la compañía aseguradora del Permiso Familiar Pagado o Discapacidad/PFL. Si este empleador está autoasegurado, ingrese el nombre y la dirección del lugar a donde se debe enviar la solicitud de PFL para su trámite.

Asegúrese de completar los formularios de PFL adicionales correspondientes con base en el tipo de permiso PFL que se esté solicitando.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (título 5 del Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad que tiene la Junta de Compensación Obrera (la Junta) para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluyendo su número de Seguro Social o número de identificación tributaria, proviene de la autoridad administrativa de la Junta conforme a la Ley de Compensación Obrera, sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudar a mantener los registros correctos. Es voluntario proporcionar su número de Seguro Social o número de identificación tributaria a la Junta. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará únicamente para respaldo de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.



SE INCLUYEN LAS INSTRUCCIONES CON EL FORMULARIO

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado)

1. Nombre legal del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2. Otros apellidos, si los hay, bajo los cuales ha trabajado el empleado

3. Dirección postal del empleado

Dirección

Ciudad, Estado

Código postal País (si no es EE. UU.)

4. Número de Seguro Social o número de identificación tributaria del empleado

□□□□ - □□□ - □□□□□□

5. Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

6. Número de teléfono principal del empleado

(□□□□) □□□□ - □□□□□□

7. Dirección de correo electrónico preferida del empleado mientras esté bajo el PFL (si está disponible)

8. Sexo del empleado

Masculino Femenino No designado/Otro

9. Idioma preferido del empleado

Inglés Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어
 Otro

Opcional (para fines de investigación)

10. Etnia/raza del empleado

Únicamente para propósitos de estadísticas demográficas de salud.
(Conjunto de códigos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU., versión 1.0).

¿Es el empleado de origen hispano, latino o español?

(Se puede seleccionar una o más categorías).

- Mexicano
- Mexicoamericano
- Chicano
- Puertorriqueño
- Dominicano
- Cubano
- Otro origen hispano, latino o español
- No es hispano, latino, ni español
- Desconocido

¿Cuál es la raza del empleado?

(Se puede seleccionar una o más categorías).

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano
- Indoasiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Blanco
- Nativo de Hawái
- Guamano o Chamorro
- Samoano
- De otras Islas del Pacífico
- Otra raza

Solicitud de Permiso Familiar Pagado (para ser completada por el empleado)

11. Razón de la solicitud del PFL: Desarrollar un vínculo con un hijo Para cuidar de un miembro de la familia Evento militar calificado

12. El miembro de la familia tiene la siguiente relación con el empleado:

Hijo Cónyuge Pareja de hecho Padre/madre Suegro/a Abuelo/a Nieto/a Hermano/a

Formulario PFL-1S continúa en la siguiente página



PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____ **Fecha de nacimiento del empleado** (MM/DD/AAAA) / /

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado) - continuación de la página anterior

Formulario PFL-1S continuación de la página anterior

13. ¿Será el PFL para un período continuo y/o periódico?

Continua Fecha de inicio del PFL (MM/DD/AAAA) / / Fecha de finalización del PFL (MM/DD/AAAA) / / Las fechas son estimadas

Periódica Identifique las fechas periódicas en las que se tomará el PFL: Las fechas son estimadas

14. Si le va a proporcionar un aviso con menos de 30 días de anticipación al empleador, explique:

Información de empleo (para ser completada por el empleado)

15. Nombre de la empresa

16. Fecha de contratación del empleado (MM/DD/AAAA) / /

17. Lugar de trabajo del empleado

Dirección

Ciudad, Estado Código postal País (si no es EE. UU.)

18. Salario semanal bruto promedio del empleado (Estos datos se solicitarán para el empleado y el empleador) _____

19. Número de teléfono del empleador para contactarlo respecto a esta solicitud () -

20a. ¿Tiene el empleado más de un empleador? Sí No

20b. Si la respuesta es sí, ¿está tomando el empleado el PFL de otro empleador? Sí No

21. ¿Está recibiendo actualmente el empleado Beneficios por salarios perdidos de la Ley de Compensación Obrera?
 Sí No

Declaración legal: La información respecto a los beneficios de PFL recibida por el empleado, tales como pagos recibidos y tipos de permiso, se le proporcionará al empleador.

Declaración y firma

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Por este medio solicito los beneficios de Permiso Familiar Pagado conforme a la Ley de Compensación Obrera del Estado de Nueva York. Mi firma confirma que la información que estoy proporcionando es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del empleado _____ Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) / /

Estoy presentando este formulario por anticipado (ver las instrucciones sobre el preenvío). Entiendo que la compañía aseguradora se comunicará conmigo para recomendarme cómo presentar la información faltante obligatoria.

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

/ /

PARTE B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador)

1. Nombre legal completo y dirección postal de la empresa

Nombre de la empresa

Dirección postal

Ciudad, Estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

2. Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés) -

3. Código de Clasificación industrial estándar del empleador (SIC, por sus siglas en inglés)

4. Nombre de contacto del empleador para preguntas relacionadas con el PFL

5. Número de teléfono de contacto del empleador () -

6. Dirección de correo electrónico de contacto del empleador

7. Fecha de contratación del empleado (MM/DD/AAAA) / /

Información Específica de Arch: Último día laborado (MM/DD/AAAA) / /

8. Ocupación del empleado Los códigos están disponibles en: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. Ingrese las últimas 8 semanas de salarios brutos del empleado y calcule el salario semanal bruto promedio

Semana No.	Fecha de finalización de la semana (MM/DD/AAAA)	Número de días trabajados	Monto bruto pagado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Salario <u>semanal</u> bruto promedio calculado:			

Información específica de Arch: Horarios normales de trabajo: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
 ____ horas/día ____ horas/semana

10. Si el empleado recibió o recibirá salarios completos mientras está en el PFL, ¿solicitará reembolso el empleador? Sí No

Information específica de Arch: Si respondió que SI, por favor indicar las fechas en que el empleado ha sido pagado, desde ____ hasta ____.

Formulario PFL-1S continúa en la siguiente página

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____ **Fecha de nacimiento del empleado** (MM/DD/AAAA) / /

PARTE B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador) - continúa de la página anterior

Formulario PFL-1S continuación de la página anterior

11a. En las 52 semanas anteriores, el empleado ha tomado el permiso para:
 Discapacidad según el Estado de Nueva York PFL Discapacidad y PFL Ninguno

11. Escriba el número total de semanas y días que se tomaron para permiso de Discapacidad y PFL en las últimas 52 semanas:

Discapacidad:	Semanas	Proporcione las fechas específicas de la Discapacidad:
	Días	
PFL:	Semanas	Proporcione las fechas específicas para el PFL:
	Días	

12. ¿Está tomando el empleado un permiso bajo la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family Medical Leave Act, FMLA) simultáneamente con el PFL? Sí No

13. Dirección postal y nombre de la compañía aseguradora de PFL

Nombre de la compañía aseguradora de PFL _____

Dirección postal _____

Ciudad, Estado _____ Código postal _____ País (si no es EE. UU.) _____

14. Número de teléfono de la compañía aseguradora de PFL () -

Correo electrónico _____

15. Número de póliza PFL _____

Declaración y firma

Declaro que el empleado trabaja regularmente 20 horas o más por semana y ha estado en el empleo durante al menos 26 semanas consecutivas O el empleado trabaja regularmente menos de 20 horas por semana y ha trabajado al menos 175 días.

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Soy la persona autorizada para firmar como el empleador del empleado que solicita el PFL. Mi firma confirma según mi leal saber y entender que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma autorizada del empleador _____ Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) / /

Título _____

Instrucciones de la Divulgación de la información de salud personal bajo la Ley de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-3S)

- Si un empleado está solicitando el PFL para cuidar de un miembro de la familia que tiene una condición de salud grave, la persona que recibe el cuidado o un representante autorizado debe completar una *Divulgación de la información de salud personal bajo la Ley de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-3S)* y enviarlo a su proveedor de atención médica, junto con una copia del *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)*.
- La *Divulgación de información de salud personal bajo la Ley de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-3S)* permite que el proveedor de atención médica complete el *Certificado de cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)* y que se lo revele al empleado que está tratando de obtener los beneficios del PFL.
- Antes de completarlo y firmarlo, la persona que recibe el cuidado debe leer la *Divulgación de información de salud personal bajo la Ley de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-3S)* en su totalidad.
- El empleado que solicita el PFL envía tanto la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)* y el *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)* a la compañía aseguradora de PFL de su empleador o a su empleador si el empleador está autoasegurado, para la determinación de los beneficios del PFL.

NOTA: El proveedor de atención médica conservará este formulario. El empleado debe hacer una copia para su expediente personal antes de dársela al proveedor de atención médica.

La persona que recibe el cuidado o su representante autorizado lo firma y coloca la fecha.

Este formulario se le entrega al proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado junto con el Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S).

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE (para ser completado por la persona que recibe el cuidado o el representante autorizado y presentado al proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado con el Formulario PFL-4S)

El empleado escribe su nombre, y el nombre de la persona que recibe el cuidado (paciente), así como su fecha de nacimiento en la parte de arriba de cada página.

El nombre de la compañía aseguradora de PFL que se solicita en la parte de arriba del formulario es el mismo que la compañía aseguradora de PFL que se identificó en la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)* Parte B, línea 13.

La persona que recibe el cuidado o el representante autorizado debe completar toda la información solicitada que corresponda.

Si una persona que recibe el cuidado no puede completar este formulario, un representante autorizado debe adjuntar una copia de la documentación legal, como un poder para la atención médica o un mandato legal, permitiendo que el representante firme en nombre de la persona que recibe el cuidado. El proveedor de atención médica pedirá esta documentación de autorización, a menos que el representante autorizado sea uno de los padres que firma en nombre de un hijo menor de edad.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (título 5 del Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad que tiene la Junta de Compensación Obrera (la Junta) para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluyendo su número de Seguro Social o número de identificación tributaria, proviene de la autoridad administrativa de la Junta conforme a la Ley de Compensación Obrera, sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudarla a mantener los registros correctos. Es voluntario proporcionar su número de Seguro Social o número de identificación tributaria a la Junta. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará únicamente para respaldo de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.



SE INCLUYEN LAS INSTRUCCIONES CON EL FORMULARIO

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Nombre de la persona que recibe el cuidado (paciente)
(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento de la persona que recibe el cuidado (paciente) (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE (para ser completado por la persona que recibe el cuidado o el representante autorizado y presentado al proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado con el Formulario PFL-4S)

Yo, , por este medio autorizo a mi proveedor de atención médica que se menciona en este formulario para que divulgue mi información de salud personal a y a la compañía aseguradora de PFL de su empleador .

Registros sujetos a divulgación: Este formulario le da al proveedor de atención médica que se menciona, autorización para incluir información de sus registros de información médica en el certificado médico adjunto. Este formulario le da a su proveedor de atención médica, autorización para divulgar solo la información de sus registros de atención médica que se relacionan con su condición actual, la cual está sujeta a la solicitud que hace el empleado de los beneficios de un Permiso Familiar Pagado.

Duración de la divulgación revocable: Esta autorización termina después de un año, o cuando usted revoque la divulgación. Puede cancelar esta divulgación en cualquier momento. Para cancelar, envíe una carta al proveedor de atención médica que se menciona en este formulario.

Este formulario NO le permite a su proveedor de atención médica divulgar los siguientes tipos de información, a menos que usted le autorice específicamente que los divulgue. Coloque una "X" al lado de cualquier información que su proveedor de atención médica PUEDA divulgar:

- Información relacionada con VIH/SIDA
- Información de salud mental
- Tratamiento por alcohol/drogas
- Notas de psicoterapia

Información del proveedor de atención médica (para ser completada por la persona que recibe el cuidado o su representante autorizado)

Identifique al proveedor de atención médica que le está proporcionando tratamiento actualmente para una condición que está sujeta a la solicitud que hace el empleado de los beneficios de PFL.

1. Nombre del proveedor de atención médica

2. Dirección postal del proveedor de atención médica

3. Número de teléfono del proveedor de atención médica (proporcionar código de área o de país)

Formulario PFL-3S continúa en la siguiente página



PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Nombre de la persona que recibe el cuidado (paciente)
 (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento de la persona que recibe el cuidado (paciente) (MM/DD/AAAA)

_____ / _____ / _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE (para ser completado por la persona que recibe el cuidado o el representante autorizado y presentado al proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado con el Formulario PFL-4S) - continuación de la página anterior

Formulario PFL-3S continuación de la página anterior

Información de la persona que recibe el cuidado (para ser completada por la persona que recibe el cuidado o su representante autorizado)

4. Dirección postal de la persona que recibe el cuidado

Dirección postal _____

Ciudad, Estado _____ Código postal _____ País (si no es EE. UU.) _____

5. Número de Seguro Social de la persona que recibe el cuidado _____ - _____ - _____

6. Número de teléfono de la persona que recibe el cuidado (proporcione el código de área o de país)

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Por este medio solicito que el proveedor de atención médica que se menciona entregue un *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)* completo al empleado que se identifica en el formulario PFL-4S. Entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi condición actual, la fecha en la que comenzó y un estimado de la cantidad de cuidados que requiero del empleado que solicita los beneficios de PFL como resultado de mi condición actual.

Firma de la persona que recibe el cuidado _____

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____

Representante autorizado

Nombre en letra de molde/imprenta _____

Yo, _____, represento a la persona que recibe el cuidado en este asunto, ya que estoy autorizado por medio de:

Derecho como padre de familia Poder notarial (adjuntar copia) Orden judicial (adjuntar copia) Poder de atención médica (adjuntar copia)

Firma del representante autorizado _____

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____

El empleado debe guardar una copia para sus propios registros.

Instrucciones del Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)

El empleado que solicita el PFL para cuidar de un miembro de la familia con una condición de salud grave debe presentar el *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)* junto con la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*.

Empleado:

- El empleado escribe su nombre, fecha de nacimiento, otros apellidos, si tiene, bajo los cuales ha trabajado, el número de Seguro Social o de Identificación tributaria (Taxpayer Identification Number, TIN), dirección postal y el nombre y fecha de nacimiento de la persona que recibe el cuidado (paciente) en la parte de arriba de la página 1.
- El empleado escribe su nombre y fecha de nacimiento, y el nombre de la persona que recibe el cuidado (paciente), así como su fecha de nacimiento en la parte de arriba de la página 2.
- El empleado entrega el *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)* al proveedor de atención médica.

CERTIFICADO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE (para ser completado por el proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado (paciente) y devuelto al empleado identificado anteriormente)

El proveedor de atención médica debe completar toda la información solicitada y correspondiente, a menos que se indique como opcional.

Información del paciente/miembro de la familia con una condición de salud grave (para ser completado por el proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado (paciente) y devuelto al empleado identificado anteriormente)

Pregunta 2: Se recomienda proporcionar el código opcional ICD-10.

El proveedor de atención médica debe completar las secciones Información del paciente y Proveedor de atención médica del *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)*.

El proveedor de atención médica firma y coloca la fecha, y luego devuelve el formulario al empleado que solicita el PFL.

Si usted cree que el paciente es víctima de abuso o negligencia causada por el empleado que solicita el PFL, puede negarse a proporcionar este certificado.

Empleado:

- Cuando reciba el formulario del *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un miembro de la familia con una condición de salud grave (Formulario PFL-4S)* completo del proveedor de atención médica, envíe los formularios completos y los documentos justificativos a la compañía aseguradora.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (título 5 del Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad que tiene la Junta de Compensación Obrera (la Junta) para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluyendo su número de Seguro Social o número de identificación tributaria, proviene de la autoridad administrativa de la Junta conforme a la Ley de Compensación Obrera, sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudarla a mantener los registros correctos. Es voluntario proporcionar su número de Seguro Social o número de identificación tributaria a la Junta. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará únicamente para respaldo de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.



SE INCLUYEN LAS INSTRUCCIONES CON EL FORMULARIO

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

Otros apellidos, si los hay, bajo los cuales ha trabajado el empleado

Número de Seguro Social o número de identificación fiscal del empleado

□□□□ - □□ - □□□□□□

Dirección postal del empleado

Dirección postal

Ciudad, Estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

Nombre de la persona que recibe el cuidado (paciente)
(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento de la persona que recibe el cuidado (paciente) (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

CERTIFICADO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE (para ser completado por el proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado (paciente) y devuelto al empleado identificado anteriormente)

Información del paciente/miembro de la familia con una condición de salud grave (para ser completado por el proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado (paciente) y devuelto al empleado identificado anteriormente)

1. ¿Requiere el paciente cuidado de parte del empleado que solicita la Permiso Familiar Pagado (PFL)?

Sí No (Si la respuesta es no, avance a "Información del proveedor de atención médica").

Nota: Para los propósitos de esta sección, "proporcionar cuidado" podría incluir cuidado físico necesario, apoyo emocional, visitas, asistencia en un tratamiento, transporte, arreglar un cambio en el cuidado, asistencia con cosas esenciales de la vida diaria y servicios de acompañante personal.

2. Código primario ICD-10 (opcional) □□□□□□□□

3. Diagnóstico

4. Fecha en la que comenzó la condición del paciente (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□

5. Primera fecha en la que se requiere el cuidado para el paciente (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□

6. Fecha anticipada en la que el paciente ya no requerirá el cuidado (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□

7. Número estimado de días por semana O días por mes en los que el paciente requiere cuidado Días/semana Días/mes

Información del proveedor de atención médica (para ser completada por el proveedor de atención médica por la persona que recibe el cuidado (paciente) y devolverlo al empleado identificado antes)

8. Nombre del proveedor de atención médica

Formulario PFL-4S continúa de la página anterior



PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

Nombre de la persona que recibe el cuidado (paciente)

(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento de la persona que recibe el cuidado (paciente) (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

CERTIFICADO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE (para ser completado por el proveedor de atención médica de la persona que recibe el cuidado (paciente) y devuelto al empleado identificado anteriormente) - continúa de la página anterior

Formulario PFL-4S continúa de la página anterior

9. Tipo de proveedor de atención médica:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doctor en medicina (MD) | <input type="checkbox"/> Dentista (DDS/DDM) | <input type="checkbox"/> Trabajador social con licencia (LMSW/LCSW) |
| <input type="checkbox"/> Doctor de osteopatía (DO) | <input type="checkbox"/> Asistente del médico (PA) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Doctor de medicina podiátrica (DPM) | <input type="checkbox"/> Enfermera de práctica avanzada (NP) | |
| <input type="checkbox"/> Doctor de medicina quiropráctica (DC) | <input type="checkbox"/> Psicólogo con licencia | |

10. Dirección postal del proveedor de atención médica

Dirección postal

Ciudad, Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
----------------	---------------	-------------------------

11. Número de teléfono del proveedor de atención médica (proporcionar código de área o de país) _____

12. Número de fax del proveedor de atención médica (proporcionar código de área o de país) _____

13. Dirección de correo electrónico del proveedor de atención médica (si está disponible) _____

14. Estado o país (si no es EE.UU.) en el cual está autorizado a ejercer el proveedor de atención médica _____

15. Especialidad _____

16. Número de licencia del proveedor de atención médica _____

Certificación y firma

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Mi firma atestigua que la información que proporcioné en este formulario se basa en mi evaluación profesional dentro del alcance autorizado de mi profesión.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□