


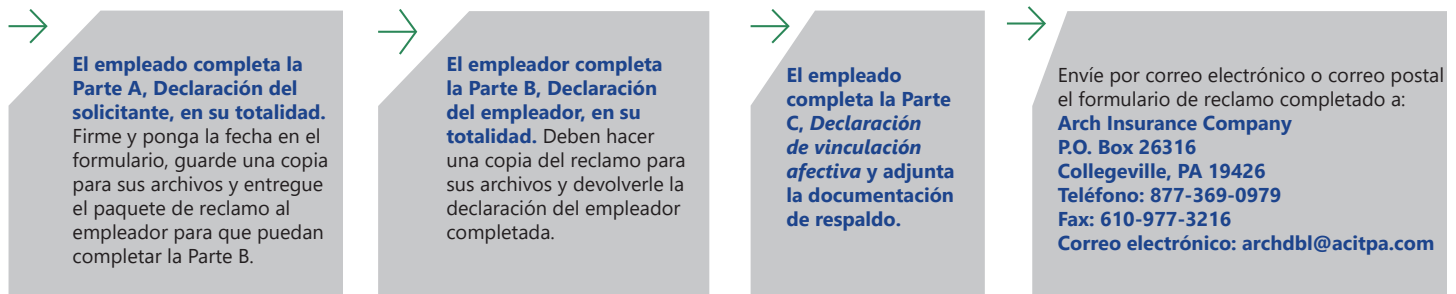


Si trabaja en Colorado, puede presentar un reclamo para los beneficios del Seguro por Ausencia Familiar y Médica Pagada (FAMLI) de Colorado. Arch Insurance revisará todos los reclamos presentados para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que envía una solicitud para un permiso de ausencia 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 del permiso de ausencia (si el permiso de ausencia es previsible). De lo contrario, informe al empleador lo antes posible.

Complete sus formularios de reclamo y adjunte la documentación necesaria



Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por vinculación afectiva

Parte A: Información del empleado

(La debe completar el empleado que pide el permiso de ausencia)

- 1 Nombre legal del empleado:** _____
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

- 2 Dirección postal del empleado:**
Calle _____
Línea de dirección 2 _____
Ciudad _____ **Estado** | __ __ | **Código postal** | __ __ __ __ |

- 3 Número del Seguro Social:** _ _ - _ - _ _ _

- 4 Fecha de nacimiento del empleado:** | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _

* 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 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

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por vinculación afectiva
 Parte A, continúa

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

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

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** _____

8 **Información del empleador:**

Nombre _____

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____

Estado | _ _ | Código postal | _ _ _ _ _ |

N.º promedio de horas trabajadas/semana | _ _ | N.º promedio de días trabajados/semana | _ _ |

Salario promedio (\$) | _ _ |

8a **Mencione a todos los demás empleadores del último año:**

Nombre del empleador n.º 1

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado | _ _ | Código postal | _ _ _ _ _ |

Período de empleo:
 De | ^m _ / | ^d _ / | _ _ _ _ | Al | ^m _ / | ^d _ / | _ _ _ _ |

N.º promedio de horas trabajadas/semana | _ _ | N.º promedio de días trabajados/semana | _ _ |

Salario promedio (\$) | _ _ |

Nombre del empleador n.º 2

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado | _ _ | Código postal | _ _ _ _ _ |

Período de empleo:
 De | ^m _ / | ^d _ / | _ _ _ _ | Al | ^m _ / | ^d _ / | _ _ _ _ |

N.º promedio de horas trabajadas/semana | _ _ | N.º promedio de días trabajados/semana | _ _ |

Salario promedio (\$) | _ _ |

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por vinculación afectiva
 Parte A, continúa

9 ¿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:
 m m d d a a a a m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ | | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

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: m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Frecuencia del permiso de ausencia: _____

Las fechas son aproximadas

10 ¿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 m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

No Motivo: _____

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

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	De (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/vacaciones/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 mi leal saber y entender.

Firma del empleado: _____

Fecha: m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Fin de la Parte A

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por vinculación afectiva

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: _____

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

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 permiso de ausencia:**

- 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: | 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 de trabajado antes del permiso de ausencia:**

Fecha: | m m / | d d / | a a a a |
- 10 ¿Se reincorporó el empleado al trabajo?**

Sí No

Fecha de reincorporación al trabajo: | m m / | d d / | a a a a | Real Aproximada
- 11 Cargo y descripción del puesto del empleado:**

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por vinculación afectiva

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 el permiso de ausencia de manera continua, intermitente o con un horario de permiso de ausencia reducido? Dé la información abajo.

Permiso de ausencia en bloque/ permiso de ausencia continuo:
 Fecha de comienzo (mm/dd/aaaa) _____ Hasta (mm/dd/aaaa) _____
Permisos de ausencia intermitente:
 Fechas solicitadas: _____
Horario de permiso de ausencia reducido:
 Frecuencia del permiso de ausencia: _____
 (por ejemplo: 2 días a la semana, o 4 horas al día, o todos los lunes)

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por vinculación afectiva

Nombre del empleado: _____

18 ¿Le comunicó el empleado con 30 días de antelación que solicitaba el permiso de ausencia 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	De (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/vacaciones/ PTO u otros permisos de ausencia que da el empleador. Especifique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

20 Permiso de ausencia pagado que da el empleador durante el período de permiso de ausencia

Un empleado no puede recibir a la vez 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 **permiso acumulado 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.

“Permiso de ausencia pagado que da el empleador” significa permiso de ausencia para vacaciones, permiso de ausencia pagado por enfermedad, permiso de ausencia pagado personal, permiso de ausencia pagado por paternidad, permiso de ausencia pagado según C.R.S. 24-34-402.7, y cualquier otro tiempo libre que paga el empleador, excepto que el permiso de ausencia pagado 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 algún permiso de ausencia pagado que da el empleador durante el período de permiso de ausencia solicitado?

Sí (responda la pregunta b) No

b. ¿Recibirá el empleado un reemplazo de salario durante todo o parte del período de permiso de ausencia 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 permiso de ausencia pagado que da el empleador, como el uso de vacaciones acumuladas, enfermedad, permiso de ausencia 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 por Ausencia Familiar y Médica de Colorado. Con mi firma confirmo que, a mi leal saber y entender, 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

Parte C: Declaración por vinculación afectiva

(La debe completar el empleado que pide el permiso de ausencia)

Instrucciones importantes para completar su solicitud de beneficios:

Para pedir beneficios de permiso de ausencia por vinculación afectiva según FAMLI de Colorado, debe devolvernos esta Declaración por vinculación afectiva de permiso de ausencia familiar completada con su solicitud completada y cualquier otro documento de respaldo. La información incompleta o faltante puede dar como resultado un retraso en el procesamiento del reclamo.

Sección 1: Información del empleado/solicitante - Deberá completarla el empleado

1 **Nombre legal del empleado:** _____
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2 **Número del Seguro Social:** _ _ - _ - _ _ _ _

Sección 2: Declaración por vinculación afectiva (Declaración sobre la relación familiar y el tipo de vínculo)

1 **Estoy haciendo una solicitud para los beneficios de permiso de ausencia familiar pagado para establecer un vínculo afectivo con:**

Sexo del hijo: Masculino Femenino No designado/otro

Fecha de nacimiento, adopción o colocación: | m m / | d d / | a a a a |

2 **Seleccione un tipo de vínculo y presente una copia de la documentación de respaldo. Tenga en cuenta que se puede pedir más documentación si fuera necesario:**

- Hijo biológico - Presente **uno** de los siguientes documentos:
- Prueba de nacimiento (copia del certificado de nacimiento, solicitud de un certificado de nacimiento, documentación del proveedor de atención médica que lo atendió durante el parto o la recuperación, o documentos del Registro Civil que muestren el nacimiento del menor); o
 - Su declaración que acredite el estado in loco parentis*
- Hijo adoptado - Presente una prueba de la colocación de adopción (copia de los documentos de adopción o documentos judiciales; incluya la fecha de nacimiento del menor y de adopción).
- Hijo de crianza temporal - Presente **uno** de los siguientes documentos:
- Prueba de que es un padre/madre de crianza temporal autorizado o certificado y de que se puso al menor a su cuidado; o
 - Documentación de una agencia de colocación de menores, del departamento de servicios humanos del estado o del condado, o de un tribunal que indique que una colocación por parentesco o de emergencia era necesaria para dar la atención y seguridad inmediatas del menor y que usted estará in loco parentis por medio de un poder notarial u otra designación legal.

Firma del empleado: _____

Fecha: | m m / | d d / | a a a a |

* In loco parentis - una relación en la que una persona se pone en la situación de padre/madre asumiendo y cumpliendo las obligaciones de un padre/madre con un menor. Para obtener más información y ejemplos de estas relaciones, consulte 7 CCR 1107-3.