

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia para Unión Familiar

Parte A (Continuación)

5 **Género del empleado:** Masculino Femenino No designado / Otro

6 **Número de teléfono del empleado:** (_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ _ |

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

8 **Información del empleador:**

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

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

Promedio de horas trabajadas/semana | _ | Promedio de días trabajados por semana | _ |

Salario promedio (\$) | _ |

8a **Enumere todos los empleadores adicionales del año pasado:**

Nombre del empleador #1 _____

Dirección _____

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

Periodo de empleo:

Desde | m m / | d d / | a a a a | A | m m / | d d / | a a a a |

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

Nombre del empleador #2 _____

Dirección _____

Ciudad _____ State | _ _ | Zip | _ _ _ _ _ |

Periodo de empleo:

Desde | m m / | d d / | a a a a | A | m m / | d d / | a a a a |

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

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia para Unión Familiar

Parte A (Continuación)

9 ¿La licencia será por tiempo continuo, intermitente y/o reducida?

Continuo Fecha de inicio de la licencia Fecha de finalización de la licencia

m m d d a a a a m m d d a a a a

| _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ | | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Las fechas son estimadas

Intermitente Identifique las fechas en las que se tomará la licencia intermitente: _____

Las fechas son estimadas _____

Reducido Fecha de inicio de la licencia: m m d d a a a a

| _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Frecuencia de las salidas: _____

Las fechas son estimadas

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

Sí Fecha de aviso proporcionado al empleador m m d d a a a a

| _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

No Razón: _____

11 ¿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. CO FAMLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otros (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Además, certifico que si se pagan beneficios en exceso del monto al que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso y reconozco que no hacerlo puede resultar en la acumulación de intereses y otras sanciones. Por la presente, solicito los beneficios del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado. Mi firma declara que la información que proporcione es verdadera y exacta, en la medida de mis conocimientos.

Firma del empleado: _____

Fecha: m m d d a a a a

| _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Fin de la Parte A

Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability
25-10-DBL22

Parte B: Información del empleador

(debe ser completado por el empleador para el empleado mencionado anteriormente que solicita 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 de identificación patronal federal (FEIN) de la empresa: _____

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

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 salir:

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: _____

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia para Unión Familiar

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 Colorado ("CO"):

- 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 Colorado? Sí No (responda a la pregunta 13c)
- c. ¿El servicio del empleado está localizado (se realiza íntegramente) dentro de CO? Sí No (responda a la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿la base de operaciones del empleado se encuentra en CO 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 de los servicios dentro de CO y recibe dirección y control de CO? Sí No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay lugar de dirección y control, ni servicios localizados ni base de operaciones en CO, ¿el empleado reside en CO? 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 5 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 _____
 Promedio: _____

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

Licencia en bloque/licencia continua: Desde (mm/dd/aaaa) _____ Hasta (mm/dd/aaaa) _____
 Fechas solicitadas: _____

Licencia intermitente: _____

Calendario de licencias reducidas: Frecuencia de las vacaciones: _____
 (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
 25-10-DBL22

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia para Unión Familiar

Parte B (Continuación)

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

Sí No

Fecha de aviso proporcionado al empleador: | m m d d / a a a a |

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

Tipo de beneficio	Recibió	Reclamado	Deste (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo (CESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. CO FAMLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otros (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor especifique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

20 Licencia remunerada proporcionada por el empleador durante el período de licencia

Un empleado no puede recibir beneficios de reemplazo de salario bajo la Ley FAMLI y licencia paga proporcionada por el empleador por las mismas horas de ausencia, excepto que de conformidad con CRS 8-13.3-510(1)(c), un empleador y un empleado pueden acordar mutuamente que el empleado puede usar cualquier licencia acumulada proporcionada por el empleador como un complemento a los beneficios del seguro de licencia médica y familiar en una cantidad que no exceda la diferencia entre los beneficios de reemplazo de salario del individuo bajo la Ley FAMLI y el salario semanal promedio del individuo.

“Pago de licencia proporcionada por el empleador” significa licencia por vacaciones, pago de licencia por enfermedad,, licencia personal pago de licencia personal, pago de licencia parental, pago de licencia según CRS 24-34-402.7 y cualquier otro tiempo libre pagado por el empleador, excepto que el pago de licencia proporcionada por el empleador no incluye beneficios bajo una póliza de discapacidad comercial a corto o largo plazo para los fines de estas reglas.

a. ¿El empleado utilizará algún pago de licencia proporcionada por el empleador durante el período de licencia solicitado?

Sí (responda la pregunta b) No

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

Sí (responda las preguntas i y ii) No

i. Proporcione detalles sobre el tipo de reemplazo salarial y la(s) fecha(s) en que se pagará:

ii. ¿Está solicitando el reembolso* de los beneficios de FAMLI? Sí No

Nota: El reembolso del empleador puede estar permitido si el salario del empleado se mantiene mediante el pago de beneficios. No se permite si el empleado utiliza licencias remuneradas, como vacaciones acumuladas, licencia por enfermedad, licencia personal o licencia parental.

Declaración y Firma:

AVISO: Es ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Soy la persona autorizada a firmar como empleador del empleado que solicita beneficios del programa de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado. Mi firma declara que, en la medida de mis conocimientos, la información que he proporcionado es verdadera, precisa 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: | m m d d / a a a a |

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

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia para Unión Familiar- Declaración de unión familiar

Instrucciones importantes para completar su solicitud de beneficios:

Para solicitar los beneficios de la licencia familiar por vínculo bajo el programa FAMLI de Colorado, debe devolvernos esta Declaración de Licencia Familiar por Vínculo Unión familiar completa junto con su solicitud y cualquier otro documento de respaldo. La información incompleta o faltante puede causar demoras en el proceso de la solicitud.

Sección 1: Información del empleado/solicitante - Para que la complete el empleado

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

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

Sección 2: Declaración de unión familiar (Declaración de la relación familiar y tipo de unión familiar)

1 **Estoy realizando una solicitud de beneficios de licencia familiar paga para unirme con:**

Género 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 fianza y envíe una copia de la documentación justificativa. Tenga en cuenta que se podrá solicitar documentación adicional según sea necesario:**

- Hijo biológico: proporcione uno de los siguientes:
- Comprobante de nacimiento (copia del certificado de nacimiento, solicitud de certificado de nacimiento, documentación del proveedor de atención médica que brindó atención durante el parto o la recuperación, o registros vitales que muestren el nacimiento del niño); o
 - Declaración suya que establece su condición de in loco parentis*
- Hijo adoptado: proporcione prueba de la ubicación de la adopción (copia de los documentos de adopción o documentos judiciales; incluya la fecha de nacimiento del niño y fecha de adopción).
- Hijo de crianza: proporcione uno de los siguientes:
- Prueba de que usted es el padre de crianza autorizado o certificado y que el hijo ha sido puesto bajo su cuidado; o
 - Documentación de una agencia de colocación de niños, un departamento de servicios humanos del estado o condado, o un tribunal que indique que fue necesaria una colocación de parentesco o de emergencia para brindar cuidado y seguridad inmediatos al hijo menor y que usted actuará como loco parentis a través de un poder notarial u otra designación legal.

Firma del empleado: _____

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

* In loco parentis: relación en la que una persona se coloca en la posición de padre o madre al asumir y cumplir las obligaciones de un padre o madre hacia un hijo o hija. Para más detalles y ejemplos de estas relaciones, véase 7 CCR 1107-3.