


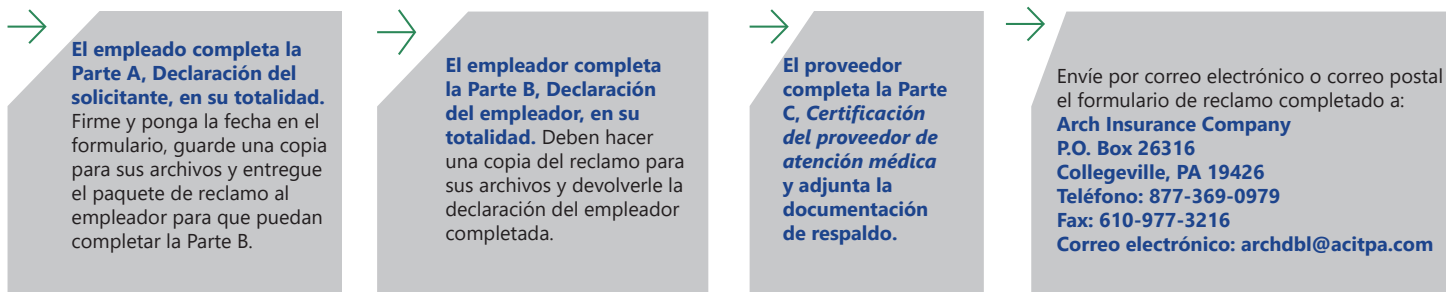


Si trabaja en Colorado, puede presentar un reclamo para los beneficios del Seguro por Ausencia Familiar y Médica Pagada (FAMLI) de Colorado. Arch Insurance revisará todos los reclamos presentados para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que envía una solicitud para un permiso 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 | Condición médica del propio empleado

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 | Condición médica del propio empleado

Parte A, continúa

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

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

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

8 **Fecha de discapacidad:** | m m / | d d / | a a a a |

9 **Motivo de la solicitud de permiso de ausencia médica:** _____

10 **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 (\$) | _ |

10a **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:
 A partir del | m m / | d d / | a a a a | Al | m m / | d d / | a a a a |
 N.º promedio de horas trabajadas/semana | _ | N.º promedio de días trabajados/semana | _ |
 Salario promedio (\$) | _ |
Nombre del empleador n.º 2 _____
 Calle _____
 Línea de dirección 2 _____
 Ciudad _____ Estado | _ _ | Código postal | _ _ _ _ _ |
Período de empleo:
 A partir del | m m / | d d / | a a a a | Al | m m / | d d / | a a a a |
 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 | Condición médica del propio empleado

Parte A, continúa

11 ¿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

12 ¿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: _____

13 ¿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

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Condición médica del propio empleado

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 | Condición médica del propio empleado

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) _____
Fechas solicitadas: _____
Permiso de ausencia intermitente: _____
Frecuencia del permiso de ausencia: _____
 (por ejemplo: 2 días a la semana, o 4 horas al día, o todos los lunes)
Horario de permiso de ausencia reducido: _____

Parte B, continúa en la página siguiente

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

23-09-DBL17

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Condición médica del propio empleado

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: Colorado - Certificación del proveedor de atención médica

Consejos importantes cuando complete este formulario

Para pedir los beneficios FAMLI de Colorado, deberá devolver este formulario de certificación médica. Para empezar, complete la **Sección 1** y envíela al proveedor de atención médica que lo atiende para que complete la **Sección 2**, y devuélvanosla junto con su solicitud y cualquier otro documento de respaldo como parte del reclamo de beneficios.

Sección 1: Deberá completarla el empleado

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

Sección 2: Lo debe completar el proveedor de atención médica que lo atiende

Su paciente hizo una solicitud para faltar al trabajo debido a una enfermedad o lesión propias. Para que podamos tomar una decisión sobre su reclamo de beneficios de CO FAMLI, necesitaremos que complete la información de la Sección 2. Cuando complete esta certificación, le pedimos que:

- Sus respuestas sean su mejor cálculo según sus conocimientos médicos, experiencia y examen del paciente.
- Sea tan específico como pueda. Es posible que el uso de términos como "según sea necesario", "desconocido" o "indeterminado" no sea suficiente para aprobar el reclamo.
- Limite sus respuestas a la condición médica por la que el paciente está pidiendo el permiso de ausencia. Si el paciente necesita un permiso de ausencia por más de una condición médica, complete un certificado separado para cada condición.
- No incluya información sobre pruebas genéticas, según se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, según se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, 29 C.F.R. §1635.3(b).

1 Marque las casillas para las preguntas de abajo, según corresponda. (Las opciones continúan en la página siguiente)

- Atención para pacientes hospitalizados:** El paciente se (admitió / admite / admitirá) para una estancia durante la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en las siguientes fechas: _____
- Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, operación para paciente ambulatorio, amigdalitis)
- Debido a la condición médica del paciente, este (estuvo / está / estará) incapacitado por *más de tres días calendario completos consecutivos*.
 - Al paciente se le (atendió/ atiende/ atenderá) en las siguientes fechas: _____
 - La condición médica también (dio / da / dará) como resultado un curso de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (*por ejemplo, medicamentos con receta (además de los de venta libre), terapia para la que se necesita equipo especial, etc.*)

Parte C, continúa en la
página siguiente

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

23-09-DBL17

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Condición médica del propio empleado

- Embarazo:** La condición médica es embarazo. Mencione la fecha de parto prevista: _____ (mm/dd/aaaa)
- Condiciones médicas crónicas:** (por ejemplo, asma, dolor de cabeza) Se espera que las visitas de tratamiento sean al menos dos veces al año
- Condiciones médicas permanentes o a largo plazo:** Debido a la condición médica, la incapacidad es permanente o es a largo plazo y necesita la supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no se está dando un tratamiento activo).
- Condiciones médicas que necesitan varios tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, operación de restauración, etc.) Debido a la condición médica, es médicamente necesario que el paciente reciba varios tratamientos.
- Ninguna de las opciones de arriba:** Si ninguna de las seis categorías de arriba está marcada (por ejemplo, atención para pacientes hospitalizados, embarazo) no se necesita más información. Firme y ponga la fecha en el formulario.

2 **Código de diagnóstico:** _____

Descripción del diagnóstico: _____

3 **Primera fecha de discapacidad:** | m m / d d / a a a a |

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

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

Próxima visita en el consultorio: | m m / d d / a a a a |

Fecha prevista de reincorporación al trabajo: | m m / d d / a a a a |

5 **Para la condición médica por la que el paciente está pidiendo un tiempo fuera del trabajo, ¿cree que la condición médica la causó una enfermedad o lesión en el lugar de trabajo, o está relacionada con él?**

- Sí No

6 **Si el empleador no suministra una declaración de las funciones esenciales de su paciente o una descripción del puesto de trabajo, responda a estas preguntas basándose en la descripción del propio paciente de las funciones laborales esenciales. Se considera que un empleado que no debe ir al trabajo para recibir tratamientos médicos, como visitas médicas programadas, por una condición médica, no puede desempeñar las funciones laborales esenciales del puesto cuando falte para recibir tratamientos.**

Debido a su condición médica, mi paciente (no pudo/ no puede/ no podrá) desempeñar una o más de las funciones laborales esenciales. Identifique al menos una función laboral esencial que su paciente no fue/es/será capaz de hacer:

Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Condición médica del propio empleado

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

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

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

- una jornada laboral reducida: limitada a ___ horas por día;
- una semana laboral reducida: limitada a ___ días por semana
- Otra: _____

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

Describa la frecuencia y duración calculadas de las recaídas. (Por ejemplo, 1 vez por semana con una duración de 4 horas), (por ejemplo, 1 vez cada 3 meses con una duración de 1-2 días), (por ejemplo, 3 veces cada mes con una duración de 1 día).

Seleccione y complete uno:

- Semanalmente:** ___ veces cada ___ semanas con una duración de ___ horas o ___ días por instancia;
- O **Mensualmente:** ___ veces cada ___ semanas por una duración de ___ horas o ___ días por instancia;

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

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

- Semanalmente:** ___ veces cada ___ semanas con una duración de ___ horas o ___ días por instancia;
- O **Mensualmente:** ___ veces cada ___ semanas por una duración de ___ horas o ___ días por instancia;

Información y firma del proveedor de atención médica

Nombre en letra de molde del proveedor de atención médica que da el tratamiento: _____

Especialidad/certificación de la Junta: _____

Dirección comercial del proveedor de atención médica que da el tratamiento: _____

Número de licencia de certificación: _____ Estado: _____

Teléfono: (___ ___ ___) - | ___ ___ ___ | - | ___ ___ ___ |

Fax: (___ ___ ___) - | ___ ___ ___ | - | ___ ___ ___ |

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del proveedor de atención médica que da el tratamiento: _____

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

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