

Si trabaja en Colorado, puede presentar un reclamo para los beneficios del Seguro por Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Insurance, FAMLI) pagado 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

→ **El empleado completa la Parte A, Declaración del solicitante, en su totalidad.** Firme y ponga la fecha en el formulario, guarde una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamo al empleador para que puedan completar la Parte B.

→ **El empleador completa la Parte B, Declaración del empleador, en su totalidad.** Deben hacer una copia del reclamo para sus archivos y devolverle la declaración del empleador completada.

→ **El empleado completa la Parte C, Formulario de Declaración de permiso de ausencia por exigencia militar y adjunta la documentación de respaldo.**

→ Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamo completado a:  
**Arch Insurance Company**  
**P.O. Box 26316**  
**Collegeville, PA 19426**  
**Teléfono: 877-369-0979**  
**Fax: 610-977-3216**  
**Correo electrónico: archdbl@acitpa.com**

## Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por exigencia militar

# 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](http://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](http://archinsurance.com/disability)

## Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por exigencia militar

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 | <sup>m</sup> \_\_\_ <sup>m</sup> \_\_\_ / | <sup>d</sup> \_\_\_ <sup>d</sup> \_\_\_ / | <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ | Al | <sup>m</sup> \_\_\_ <sup>m</sup> \_\_\_ / | <sup>d</sup> \_\_\_ <sup>d</sup> \_\_\_ / | <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ |

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 | <sup>m</sup> \_\_\_ <sup>m</sup> \_\_\_ / | <sup>d</sup> \_\_\_ <sup>d</sup> \_\_\_ / | <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ | Al | <sup>m</sup> \_\_\_ <sup>m</sup> \_\_\_ / | <sup>d</sup> \_\_\_ <sup>d</sup> \_\_\_ / | <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ <sup>a</sup> \_\_\_ |

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

Salario promedio (\$) | \_\_\_ |

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979**  
o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](https://www.archinsurance.com/disability)

23-09-DBL19

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Permiso de ausencia por exigencia militar

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 de permiso familiar y médico 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](http://archinsurance.com/disability)

23-09-DBL19

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Permiso de ausencia por exigencia militar

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: | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
- 8 **Fecha de contratación del empleado:**  
 Fecha: | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
- 9 **Último día de trabajado antes del permiso de ausencia:**  
 Fecha: | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
- 10 **¿Se reincorporó el empleado al trabajo?**  
 Sí       No  
 Fecha de reincorporación al trabajo: | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ / | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |       Real       Aproximada
- 11 **Cargo y descripción del puesto del empleado:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)  
23-09-DBL19

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Permiso de ausencia por exigencia militar

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 o intermitente, 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:** \_\_\_\_\_  
**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) \_\_\_\_\_

**¿Tiene preguntas?**

Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado** | Permiso de ausencia por exigencia militar

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 de permiso 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](http://archinsurance.com/disability)

## Parte C: Formulario de declaración de permiso de ausencia por exigencia militar

### Sección 1: Información del empleado - Deberá completarla el empleado

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

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

### Sección 2: Sobre el familiar del militar

1 **Seleccione a su familiar. El familiar es su:**

- Hijo (de cualquier edad)     Cónyuge     Pareja doméstica
- Padre/madre o padre/madre de su cónyuge/pareja doméstica
- Hermanos o hermanos de su cónyuge/pareja doméstica
- Abuelos o abuelos de su cónyuge/pareja doméstica
- Nietos o nietos de su cónyuge/pareja doméstica
- Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es o se asemeja a una relación familiar

Las relaciones incluyen: relaciones biológicas, de crianza temporal, adoptivas, padrastro/madrastra e in loco parentis, y las mismas relaciones con el cónyuge o pareja doméstica del empleado, si corresponde.

2 **Nombre del familiar:** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

3 **Dirección postal del familiar:**

Calle \_\_\_\_\_

Línea de dirección 2 \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado | \_ \_ | Código postal | \_ \_ \_ \_ \_

### Sección 3: Sobre la necesidad de permiso de ausencia por exigencia aceptable

Si se autoriza, puede tomar un permiso de ausencia por el servicio activo del familiar o por el aviso de una inminente llamada u orden de servicio activo en las fuerzas armadas. **Debe adjuntar a esta declaración** una copia de las órdenes de servicio activo del familiar u otra documentación expedida por las fuerzas armadas que indique que el familiar está en servicio activo cubierto o que lo llamaron al estado de servicio activo cubierto, como correspondencia militar oficial de la cadena de mando del miembro de las fuerzas armadas. Para cada motivo marcado, presente la documentación o información de respaldo para agilizar el procesamiento del reclamo. Es posible que necesitemos otra información o documentación razonable necesaria para respaldar su reclamo.

1 **Necesito permiso de ausencia por los siguientes motivos. Marque todas las que correspondan:**

- Dar atención u otras necesidades del hijo u  otro familiar del militar
- Hacer arreglos financieros o legales para el familiar del militar
- Asistir a consejería     Asistir a eventos o ceremonias militares
- Pasar tiempo con el familiar del militar durante un permiso de ausencia por descanso/recuperación o después de regresar de un despliegue
- Hacer arreglos después del fallecimiento del familiar del militar

2 **¿Está disponible y se adjunta la documentación por escrito que respalda esta solicitud de permiso de ausencia?**

Sí     No     No disponible

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de Seguro por Ausencia Familiar y Médica (FAMLI) de Colorado | Permiso de ausencia por exigencia militar**

**Sección 4: Fecha, duración y frecuencia del permiso de ausencia por exigencia aceptable**

**Presente** información relacionada con la cantidad de permiso de ausencia que necesita. Varias preguntas en esta sección buscan una respuesta sobre la frecuencia o duración de la ausencia por exigencia aceptable necesaria. Sea lo más concreto que pueda; es posible que términos como "desconocido" o "indeterminado" no sean suficientes para respaldar la cobertura del permiso de ausencia pagado.

Si necesita diferentes fechas/duración/frecuencia del permiso de ausencia debido a más de una exigencia aceptable, presente la información abajo para cada motivo del permiso de ausencia. Puede usar el espacio abajo, copias de esta página o más páginas.

- 1 **Mencione la fecha aproximada en que comenzó o comenzará la exigencia:** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)
- 2 **Dé su mejor cálculo sobre cuánto tiempo durará la exigencia. A partir del:** \_\_\_\_\_ **hasta el:** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

**Complete** los puntos 3, 4 o 5 según corresponda:

- 3 **Debido a un permiso de ausencia aceptable, necesitaré faltar al trabajo por un período de tiempo continuo. Dé su mejor cálculo sobre cuánto tiempo durará la exigencia. A partir de** \_\_\_\_\_ **hasta:** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
- 4 **Debido a un permiso de ausencia aceptable, tendré que faltar al trabajo de manera intermitente (periódicamente). Dé su mejor cálculo sobre la periodicidad (frecuencia) con la que tendrá que faltar y cuánto tiempo (duración) tardará cada cita, reunión o evento de permiso de ausencia.**  
A partir del: \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_, faltaré \_\_\_\_\_ veces por  día/  semana/  mes,  
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)  
con una duración aproximada de \_\_\_\_\_  horas/  días por episodio.
- 5 **Debido a una exigencia aceptable, necesito trabajar con un horario reducido. Dé su mejor cálculo del horario reducido que puede trabajar.**  
A partir del: \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_, puedo trabajar \_\_\_\_\_ (por ejemplo, 5 horas/día, hasta 25 horas a la semana).  
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
- 6 **Use este espacio para presentar la información que se pide en los puntos 3, 4 o 5 sobre los demás motivos para el permiso de ausencia por exigencia, si hay más de uno, o para presentar cualquier otra información:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sección 5: Firma del empleado**

Declaro que la información presentada arriba es correcta, que la documentación que estoy presentando es verdadera y exacta, y que necesito un permiso de ausencia por exigencia aceptable según la Ley de Seguro por Ausencia Familiar y Médica de Colorado.

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con nosotros al **877-369-0979** o visítenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)