


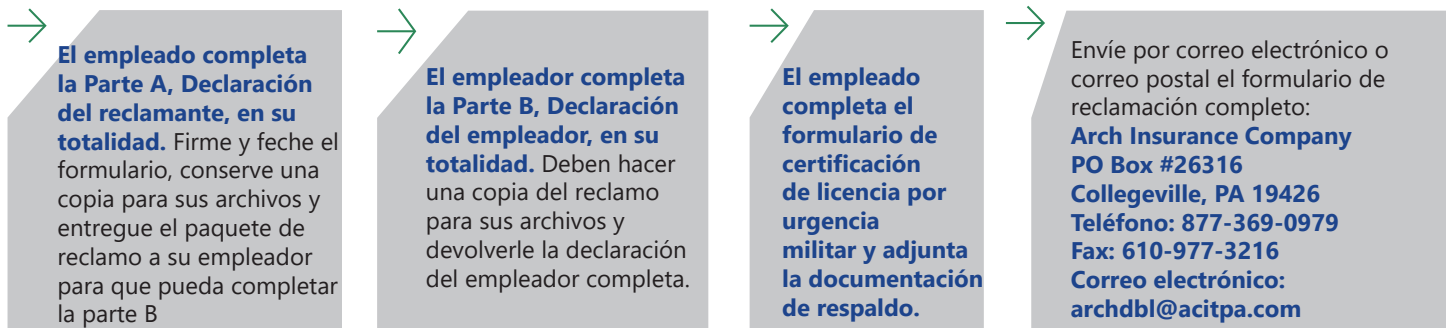


Si trabaja en Colorado, puede presentar una solicitud para los beneficios del Seguro de Licencia Familiar y Médica Pagada de Colorado (FAMLI). Arch Insurance revisará todas las solicitudes presentadas para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Antes de solicitar CO FAMLI...

- 
Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia
- 
Planifique sus licencias. Puede tomarlas de forma continua (también conocida como licencia en bloque), intermitente o con un horario reducido, de acuerdo con CO FAMLI.
- 
Notifique a su empleador de CO al menos 30 días antes del inicio de la licencia (si la licencia es previsible). De lo contrario, notifique a su empleador lo antes posible.

Complete su(s) formulario(s) de reclamo y adjunte la documentación requerida



Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por Exigencia Militar

Parte A: Información del empleado

(debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

- 1 **Nombre legal del empleado:** _____
 (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)
- 2 **Dirección postal del empleado:**

Dirección _____

Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ __ |
- 3 **Número de Seguro Social:** _ _ - _ - _ _ _
- 4 **Fecha de nacimiento del empleado:** | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _

m m d d a a a a

*Los beneficios descritos aquí están suscritos por Arch Insurance Company, NAIC n.º 11150, miembro de Arch Insurance Group Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para conocer los términos y condiciones detallados. La información que proporcione a Arch en este formulario se utilizará para administrar los beneficios de FAMLI. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y el monto del beneficio, Arch podría compartir su información con su(s) empleador(es) actual(es) o anterior(es), y con los socios de FAMLI.

Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

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

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por Exigencia Militar

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 | **hasta** | ^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 | **hasta** | ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a |

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

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

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por Exigencia Militar

Parte A (Continuación)

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

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 proporciono 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 encuétranos en línea en archinsurance.com/disability

25-10-DBL25

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: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

9 Último día trabajado antes de la licencia:

Fecha: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?

Sí No

Fecha de regreso al trabajo: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ | Real Estimado

11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado: _____

¿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 por Exigencia Militar

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:

Fecha de inicio
(mm/dd/aaaa)

Hasta
(mm/dd/aaaa)

Fechas solicitadas:

Licencia intermitente:

Frecuencia de las vacaciones:

(ej: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes)

Calendario de licencias reducidas:

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

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por Exigencia Militar

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	Desde (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, licencia por enfermedad pagada, licencia personal pagada, licencia parental pagada, licencia pagada según CRS 24-34-402.7 y cualquier otro tiempo libre pagada por el empleador, excepto que la licencia pagada 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 alguna licencia pagada 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 encuétranos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por Exigencia Militar
Formulario de certificación de licencia por necesidad militar

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

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

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

Sección 2: Acerca del familiar militar

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

- Hijo (de cualquier edad) Cónyuge Pareja de hecho
- Padre o padre de su cónyuge/pareja doméstica
- Hermano o hermano de su cónyuge/pareja doméstica
- Abuelo o abuelo de su cónyuge/pareja doméstica
- Nieto o nieto de su cónyuge/pareja doméstica
- Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es como una relación familiar

Las relaciones incluyen: biológica, de crianza, adoptiva, padrastro o madrastra en representación de los padres, así las mismas relaciones con el cónyuge o pareja doméstica del empleado, si corresponde.

2 **Nombre del miembro de la familia:** _____
 (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

3 **Dirección postal del miembro de la familia:**
Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** | ____ | **Código postal** | ____ |

Sección 3: Sobre la necesidad de licencia por urgencia calificada

Si se aprueba, puede tomar una licencia por el servicio activo de su familiar o la notificación de un llamado o una orden inminente para el servicio activo en las fuerzas armadas. Debe adjuntar a esta certificación una copia de las órdenes de servicio activo del familiar u otra documentación emitida por las fuerzas armadas que indique que el familiar está en servicio activo cubierto o que ha sido llamado para el servicio activo cubierto, como la correspondencia militar oficial de la cadena de mando del miembro militar. Por cada motivo marcado, presente la documentación o información de respaldo para agilizar el proceso de su solicitud. Es posible que necesitemos otra información o documentación necesaria para respaldar su solicitud.

1 **Necesito una licencia por los siguientes motivos. Marque todos los que correspondan:**

- Brindar atención u otras necesidades al hijo de un familiar militar o otro miembro de la familia
- Realizar arreglos financieros o legales para el familiar militar.
- Asistir a asesoramiento Asistir a eventos o ceremonias militares
- Pasar tiempo con el familiar militar durante una licencia de descanso/recuperación o después de regresar del despliegue.
- Realizar arreglos después de la muerte del familiar en el servicio militar.

2 **¿Está disponible y adjunta la documentación escrita que respalda esta solicitud de licencia?**

- Sí No Ninguno disponible

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por Exigencia Militar
Formulario de certificación de licencia por necesidad militar (continuación)

Sección 4: Fecha, duración y frecuencia de la licencia por exigencia que califica

Proporcione información sobre la duración de la licencia necesaria. Varias preguntas de esta sección buscan información sobre la frecuencia o duración de la licencia por exigencia calificada. Sea lo más específico posible; términos como "desconocido" o "indeterminado" podrían no ser suficientes para justificar la cobertura de la licencia remunerada.

Si necesita diferentes fechas, duración o frecuencia de licencia debido a más de una exigencia justificada, proporcione la información a continuación para cada motivo. Puede utilizar el espacio a continuación, copias de esta página o páginas adicionales.

1 Enumere la fecha aproximada en que comenzó o comenzará la licencia: _____
 (mm/dd/aaaa)

2 Proporcione su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde: _____ **hasta:** _____
 (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

Complete los puntos 3, 4 y/o 5 según corresponda:

3 Debido a una licencia calificada, necesitare ausentarme del trabajo por un período continuo. Proporcione su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde _____ **hasta:** _____
 (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

4 Debido a la exigencia que me habilita, necesitare ausentarme del trabajo de forma intermitente (periódica). Indique su mejor estimación de la frecuencia con la que deberá ausentarse y la duración de cada cita, reunión o ausencia.
 Desde: _____ hasta _____, Estaré ausente _____ veces por día/ semana/ mes,
 (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)
 probablemente dure aproximadamente _____ horas/ días por episodio.

5 Debido a una exigencia calificada, necesito trabajar con un horario reducido. Proporcione su mejor estimación del horario reducido que podría trabajar.
 Desde: _____ hasta _____, podría trabajar _____ (por ejemplo 5 horas/día, hasta 25 horas a la semana).
 (mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

6 Utilice este espacio para proporcionar la información solicitada en numerales 3, 4 o 5 en cuanto a motivos adicionales de licencia por exigencia militar, si hay más de uno, y/o para proporcionar cualquier información de respaldo adicional:

Sección 5: Firma del empleado

Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta, la documentación que estoy proporcionando es verdadera y precisa, y necesito una licencia por exigencia militar calificada según lo dispuesto por la Ley de seguro de licencia médica y familiar de Colorado.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

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