



Programa de Seguro por Ausencia
Familiar y Médica (FAMLI)
COLORADO

Licencia por cuidados neonatales

Si trabaja en Colorado, puede presentar un reclamo para los beneficios del Seguro por Ausencia Familiar y Médica Pagada (Family and Medical Leave Insurance, FAMLI) pagado de Colorado. Arch Insurance revisará todos los reclamos presentados y determinará su elegibilidad para los beneficios. El empleado que envía una solicitud de licencia 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 la licencia

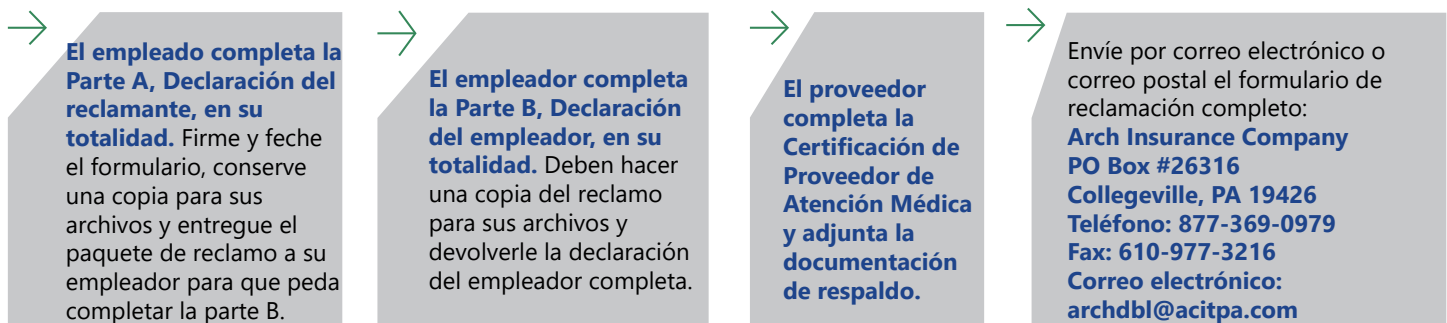


Planifique sus licencias. Puede tomarlas de forma continua (también conocida como licencia en bloque), intermitente o con un horario reducido, de acuerdo con CO FAMLI.



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 de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por cuidados neonatales

Parte A: Información del empleado (debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

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

Ciudad _____ Estado | ____ | Código postal | ____ | _____
- Número de Seguro Social:** ____ - ____ - ____
- 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

26-01-DBL01

Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por cuidados neonatales

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 **Relación con el bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN):**
☐ Padre/madre
☐ En lugar de los padres

9 **Información del empleador:**
Nombre _____
Dirección _____

Ciudad _____
Estado | _ _ | **Código postal** | _ _ _ _ _ |
Promedio de horas trabajadas/semana | _ | **Promedio de días trabajados por semana** | _ |
Salario promedio (\$) | _ |

9a **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 _____ **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 (\$)** | _ |

Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por cuidados neonatales

Parte A (Continuación)

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

☐ Continuo Fecha de inicio de la licencia m m / d d / a a a a Fecha de finalización de la licencia 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

11 ¿Ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. CO FAMLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Otros (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia proporcionada por el empleador. Por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por cuidados neonatales

Nombre del empleado:

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 ☐ NoFecha de regreso al trabajo: m m / d d / a a a a ☐ 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

Parte B, continúa en la página siguiente

26-01-DBL01

Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por cuidados neonatales

Nombre del empleado:

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 (\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 licencias: _____
 (ej: 2 días por semana, o 4 horas por día, o todos los lunes)
Calendario de licencias reducidas: _____

Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por cuidados neonatales

Nombre del empleado:

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, Pago de licencia por enfermedad, 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 periodo de licencia solicitado?

☐ Sí (responda la pregunta b) ☐ No

b. ¿Recibirá el empleado un reemplazo salarial durante todo o una parte del periodo 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 |

Fin de la Parte B

Preguntas?

Contáctenos al **877-369-0979**
o enuéntranos en línea en archinsurance.com/disability

26-01-DBL01

Parte C: Colorado - Certificación de permiso por cuidado neonatal

Consejos importantes al completar este formulario.

Para solicitar los beneficios de FAMLI de Colorado, deberá presentar un comprobante de que su bebé fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). **Puede presentar la documentación de ingreso de la unidad de cuidados intensivos neonatales o completar y enviarnos este formulario de certificación de atención neonatal.** Para comenzar el proceso, complete las Secciones 1 y 2 y envíelo al proveedor de atención médica que atiende a su bebé para que complete la Sección 3 y nos lo devuelva junto con su solicitud y cualquier otro documento justificativo como parte de su solicitud de beneficios.

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

2 **Fecha de nacimiento del empleado:** | / | / | |

3 **Número de teléfono del empleado:** () - | | - | |

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

5 **Número de reclamación (si está disponible):** _____

Sección 2: Información sobre el familiar

1 **Nombre del bebé:** _____
(Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2 **Fecha de nacimiento del bebé:** | / | / | |

Sección 3: Para ser completada por el profesional de la salud que atiende al niño.

Un familiar de su paciente ha solicitado ausentarse del trabajo para cuidar a su hijo/a mientras este/a se encuentra en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Para que podamos tomar una decisión sobre la solicitud de beneficios de CO FAMLI del empleado para el cuidado de su paciente, necesitamos que complete la información de la Sección 3. Al completar esta certificación, le solicitamos lo siguiente:

- Sus respuestas deben ser su mejor estimación basada en sus conocimientos médicos, experiencia y el examen del paciente.
- Sea lo más específico posible. El uso de términos como "según sea necesario", "desconocido" o "indeterminado" puede no ser suficiente para aprobar la solicitud.
- Limite sus respuestas a la condición de salud del paciente por la cual el empleado está solicitando beneficios.
- No incluya información sobre pruebas genéticas, según se definen en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, según se definen en 29 C.F.R. § 1635.3(e), ni sobre la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, 29 C.F.R. § 1635.3(b).

1 **Código de diagnóstico:** _____

Descripción del diagnóstico: _____

Solicitud de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por cuidados neonatales

2 Fecha en que el bebé ingresó a la UCIN: ^{m m d d a a a a}
| _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Fecha estimada o real en la que el bebé fue dado de alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales:

^{m m d d a a a a}
| _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

3 Nombre del hospital o centro donde se encuentra la unidad de cuidados intensivos neonatales: _____

Información y firma del proveedor de atención médica

Nombre del proveedor de atención médica tratante: _____

Certificación de especialidad/junta: _____

Dirección comercial del proveedor de atención médica: _____

Número de licencia de certificación: _____

Teléfono: (_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ |

Número de fax: (_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ |

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____

^{m m d d a a a a}
Fecha: | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |