




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.

Consejos importantes cuando complete este formulario:

Para pedir los beneficios FAMLI de Colorado debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, deberá devolver este formulario de certificación médica. Complete la **Sección 1** y envíela al proveedor de atención médica que la atiende para que complete la **Sección 2**.

Si este es el primer permiso de ausencia FAMLI relacionado con el embarazo y el parto, también tendrá que completar y devolver una solicitud y presentar cualquier otro documento de respaldo como parte de su reclamo de beneficios.

Sección 1: Deberá completarla el empleado

→ 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

- 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:** | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _

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

- 6 **Dirección de correo electrónico del empleado:** _____

- 7 **Número de reclamo (si está disponible):** _____

* 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

Sección 2: Deberá completarlo el proveedor de atención médica que la atiende

La paciente hizo una solicitud para faltar al trabajo debido a una condición médica grave relacionada con complicaciones del embarazo o del parto. Para que podamos tomar una decisión sobre el reclamo de beneficios de CO FAMILI, 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 grave relacionada con complicaciones del embarazo o del parto por la que la paciente pide 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, como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de una enfermedad o un trastorno en los familiares del empleado, 29 C.F.R. §1635.3(b).

1 Marque y complete todas las que correspondan:

El bebé de mi paciente nacerá/nació el _____ (fecha)

Si nació, mencione: Parto vaginal Parto por cesárea

Si fue cesárea, ¿tuvo/tiene la paciente alguna otra complicación? Sí No

NOTA: El parto por cesárea sin otras complicaciones del embarazo o del parto le dará derecho a la paciente a 8 semanas de permiso de ausencia y beneficios FAMILI. No es necesario completar el resto de este formulario. Firme y ponga la fecha abajo.

Mi paciente está incapacitada y no puede trabajar debido a complicaciones del embarazo o del parto.

Fecha en que comenzó la complicación: _____

Fecha en que examinó por primera vez a la paciente por esta complicación: _____

2 Describa brevemente la incapacidad debida a complicaciones del embarazo o del parto.

3 Especifique las fechas de comienzo y finalización del período de permiso necesario para la incapacidad posparto debido a complicaciones del embarazo o del parto descritas arriba. *No incluye el permiso de ausencia por vinculación afectiva, que la paciente puede pedir por separado.*

NOTA DE LA OPCIÓN 1: Si las complicaciones de la paciente ocurren por completo en el plazo de 6 semanas después del parto (8 semanas por parto por cesárea), mencione las fechas específicas en las que hubo una complicación o se espera que haya una, ya que esto podría ampliar la duración del derecho al permiso de ausencia de la paciente.

NOTA DE LA OPCIÓN 2: Si las complicaciones de la paciente ocurren por completo en el plazo de 6 semanas después del parto (8 semanas por parto por cesárea), no es necesario que complete este formulario. A las nuevas madres se les aprobarán 6 semanas de permiso de ausencia médica para la recuperación de un parto vaginal sin complicaciones u 8 semanas para un parto por cesárea y no necesitan ninguna otra justificación para faltar al trabajo durante este período.

Fecha de comienzo: | / | / | |

Fecha de finalización: | / | / | |

(Dé su mejor cálculo de la fecha de finalización si no está seguro).

Colorado - Certificación del proveedor de atención médica | Complicaciones del embarazo o parto

Continúa

4 Marque las casillas correspondientes y complete la información que mejor describa el tipo de tiempo fuera del trabajo que la paciente necesitará debido a las complicaciones del embarazo o del parto.

Permiso de ausencia continuo: Mi paciente está/estará incapacitada por un **período único continuo**, 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 incapacidad o tratamiento y recuperación que comienzan el ___/___/___ y terminan el ___/___/___ por 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;

Mensualmente: ___ veces cada ___ semanas por una duración de ___ horas o ___ días por instancia;

Permiso de ausencia intermitente - Tratamientos: Se espera que mi paciente asista a las citas de seguimiento del tratamiento debido a sus complicaciones del embarazo o el parto que comienza el ___/___/___ y finaliza 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 tratamiento;

Mensualmente: ___ veces cada ___ semanas con una duración de ___ horas o ___ días por tratamiento;

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

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

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

Dirección de correo electrónico: _____

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

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

¿Tiene preguntas?

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