






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

# Permiso de ausencia por seguridad

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, Declaración de permiso de ausencia por seguridad y Solicitud de permiso de ausencia 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 seguridad

### 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)  
 23-09-DBL21

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

Parte A, continúa

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

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

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_

8 **La relación del familiar con el empleado (solicitante) es:**  
 Él mismo  Cónyuge  Padre/madre o padre/madre del cónyuge  Abuelos o abuelos del cónyuge  
 Nieto  Hijo (de cualquier edad) o cónyuge del hijo  Hermanos o hermanos del cónyuge  Pareja doméstica  
 Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es o se asemeja a una relación familiar

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

9a **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>d</sup> | \_ \_ / | <sup>a</sup> | \_ \_ \_ \_ | **Al** | <sup>m</sup> | \_ \_ / | <sup>d</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>d</sup> | \_ \_ / | <sup>a</sup> | \_ \_ \_ \_ | **Al** | <sup>m</sup> | \_ \_ / | <sup>d</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](http://archinsurance.com/disability)

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

Parte A, continúa

**10 ¿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

**11 ¿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: \_\_\_\_\_

**12 ¿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

| \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ |

**¿Tiene preguntas?**

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

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

**¿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 seguridad

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 o con un horario de permiso de ausencia reducido? Dé la información abajo.**

Fecha de comienzo (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Hasta (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_  
 Fechas solicitadas: \_\_\_\_\_

Permiso de ausencia en bloque/  
permiso de ausencia continuo:

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 seguridad

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: | m m / d d / a a a a |

**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: | m m / d d / a a a a |

**¿Tiene preguntas?**

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

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

# Parte C: Declaración de permiso de ausencia por seguridad

**Instrucciones importantes para completar su solicitud de beneficios:**

Para pedir los beneficios según FAMLI de Colorado, debe completar este formulario y devolvérselo con su solicitud y otros documentos de respaldo, como se describe abajo. La información incompleta o faltante puede dar como resultado un retraso en el procesamiento del reclamo.

**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: Declaración de necesidad de permiso de ausencia por seguridad**

“Permiso de ausencia por seguridad” significa cualquier permiso de ausencia debido a que el empleado o el familiar del empleado es víctima de violencia doméstica, víctima de acoso, víctima de asalto o agresión sexual.

- “Violencia doméstica” significa cualquier conducta que constituya “violencia doméstica” según C.R.S. § 18-6-800.3 (1) o § 14-10-124 (1.3)(a) o “abuso doméstico” según § 13-14-101 (2).
- “Acoso” significa cualquier acto descrito en C.R.S. § 18-3-602.
- “Abuso o agresión sexual” significa cualquier delito según C.R.S. § 16-11.7-102 (3), o agresión sexual, según § 18-3-402, cometido por cualquier persona contra otra persona independientemente de la relación entre el actor y la víctima.

**1 DECLARACIÓN:** Declaro que necesito un permiso de ausencia por seguridad de la siguiente manera (marque las que correspondan):

- Soy víctima de violencia doméstica, acoso o abuso o agresión sexual según se define arriba.
- Mi familiar identificado abajo es víctima de violencia doméstica, acoso o abuso o agresión sexual según se define arriba.  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_

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

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

**Sección 3: Motivos para el permiso de ausencia y fechas/duración solicitados**

Si se autoriza, podrá pedir un permiso de ausencia por uno o más de los motivos siguientes. Para cada motivo marcado, deberá dar las fechas y horas previstas del permiso de ausencia y la documentación de respaldo indicada. **Consulte también** la nota sobre otros documentos de respaldo al final de esta sección.

Necesito un permiso de ausencia por los motivos siguientes. Complete todo lo que corresponda:

- Buscar una orden de protección civil para prevenir la violencia doméstica según las secciones C.R.S. §§ 13-14-104.5, 13-14-106 o 13-14-108.**

Fechas y duración de cada caso de permiso de ausencia. Dé un cálculo si aún no está disponible la información exacta y avísenos en cuanto esté 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 seguridad**

Describe y adjunte la documentación de respaldo presentada (*ejemplos: aviso u orden de audiencia judicial, evidencia de citas con abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa*):

---

---

**Obtener atención médica u orientación de salud mental, o ambos, para mí o para mis hijos para tratar lesiones físicas o psicológicas que resultan del acto de violencia doméstica, acoso, abuso o agresión sexual.**

Fechas y duración de cada caso de permiso de ausencia. Dé un cálculo si aún no está disponible la información exacta y avísenos en cuanto esté disponible:

---

---

Describe y adjunte la documentación de respaldo presentada (*ejemplos: evidencia de citas médicas o de orientación*):

---

---

**Asegurar mi casa o la casa de un familiar contra el autor del acto de violencia doméstica, acoso o abuso o agresión sexual, o buscar una nueva vivienda para escapar del autor.**

Fechas y duración de cada caso de permiso de ausencia. Dé un cálculo si aún no está disponible la información exacta y avísenos en cuanto esté disponible:

---

---

Describe y adjunte la documentación de respaldo presentada (*ejemplos: evidencia de mudanza, nueva casa de alquiler, cita o instalación de la compañía de seguridad, o declaración por escrito y firmada del familiar de asistencia con estas tareas*):

---

---

**Buscar asistencia legal para tratar los problemas que surgen del acto de violencia doméstica, acoso, abuso o agresión sexual, o asistir y prepararse para los procedimientos judiciales relacionados con el acto o delito.**

Fechas y duración de cada caso de permiso de ausencia. Dé un cálculo si aún no está disponible la información exacta y avísenos en cuanto esté disponible:

---

---

Describe y adjunte la documentación de respaldo presentada (*ejemplos: aviso u orden de audiencia judicial, evidencia de citas con abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa*):

---

---

**¿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 seguridad

NOTA: Otra documentación de respaldo.

- Para todos los motivos de permiso de ausencia, es posible que necesitemos otra información o documentación razonable necesaria para adjudicar su reclamo para los beneficios.
- En lugar de los ejemplos de documentación de arriba, también puede respaldar su solicitud de permiso de ausencia con una declaración por escrito y firmada de que está tomando el permiso de ausencia para uno de los propósitos previstos por la Ley FAMLI. Si elige esta opción, incluya su declaración en las secciones marcadas arriba (use el espacio extra de abajo o más páginas si es necesario) o presente su declaración como un documento separado.

Sección 4: 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 seguridad según la Ley de Seguro por Ausencia Familiar y Médica de Colorado.

Firma del empleado:

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