






Licencia médica y familiar
Programa de Seguros
(FAMLI)
COLORADO

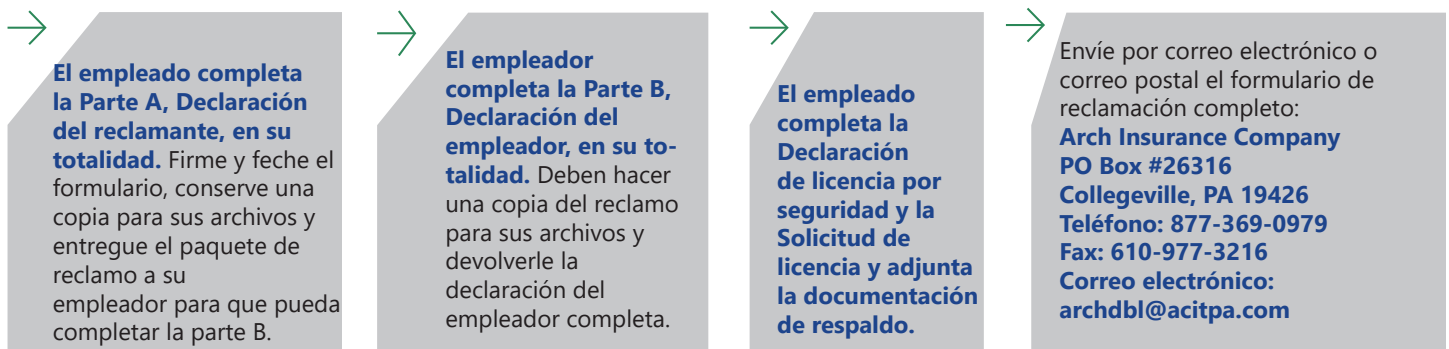
Licencia por Seguridad

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 Seguridad

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
25-10-DBL26

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

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 **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 _____

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 / | _ _ _ _ _ | hasta | ^m | ^m / | ^d | ^d / | _ _ _ _ _ |

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 / | _ _ _ _ _ | hasta | ^m | ^m / | ^d | ^d / | _ _ _ _ _ |

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](https://www.archinsurance.com/disability)
25-10-DBL26

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

Parte A (Continuación)

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

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

11 ¿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: _____

12 ¿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 proporcione 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 encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability

25-10-DBL26

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 No

Fecha de regreso al trabajo: | m m / d d / a a a a | Real Estimado

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

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

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 encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability

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

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 pagada 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.

“Licencia pagada 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 pagado 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 encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

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

Certificación de permiso de ausencia por seguridad

Instrucciones importantes para completar su solicitud de beneficios:

Para solicitar beneficios de FAMLI de Colorado, debe completar este formulario y enviarnoslo junto con su solicitud y demás documentos de respaldo, como se describe a continuación. La información incompleta o faltante puede causar demoras en el proceso de la solicitud.

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: Certificación de la necesidad de una licencia por seguridad

“Licencia por seguridad” significa cualquier licencia debido a que el empleado o un miembro de su familia es víctima de violencia doméstica, víctima de acoso o víctima de agresión o abuso sexual.

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

1 **CERTIFICACIÓN:** Certifico que necesito permiso de ausencia por seguridad de la siguiente manera (marque las que correspondan):

- Soy víctima de violencia doméstica, acoso o agresión o abuso sexual según se define anteriormente.
- El miembro de mi familia identificado a continuación es víctima de violencia doméstica, acoso o agresión o abuso sexual según se define anteriormente.

Nombre: _____ Relación conmigo: _____

Firma del empleado:

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

Sección 3: Motivo(s) de la licencia y fechas/duración solicitadas

Si se aprueba, podrá tomarse una licencia por uno o más de los siguientes motivos. Para cada motivo marcado, deberá proporcionar las fechas y horas previstas de su licencia y la documentación justificativa indicada. Consulte también la Nota sobre otra documentación justificativa al final de esta sección.

Necesito ausentarme por los siguientes motivos. Marque todas las opciones que correspondan:

- Solicitar una orden de protección civil para prevenir la violencia doméstica de conformidad con las secciones CRS §§ 13-14-104.5, 13-14-106, o 13-14-108.**

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone de la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

¿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 Seguridad

Certificación de permiso de ausencia por seguridad - **Continúa**

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: aviso u orden de audiencia judicial, evidencia de nombramientos de abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa):

Obtener atención médica o asesoramiento sobre salud mental o ambos para mí o mi(s) hijo(s) para abordar lesiones físicas o psicológicas resultantes del acto de violencia doméstica, acoso o agresión o abuso sexual.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone de la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: evidencia de citas médicas o de asesoramiento):

Hacer que mi hogar o el hogar de un miembro de mi familia sea seguro contra el autor del acto de violencia doméstica, acoso o agresión o abuso sexual, o buscar una nueva vivienda para escapar del autor.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone de la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: evidencia de mudanza, nueva casa de alquiler, designación o instalación de una empresa de seguridad o declaración escrita y firmada del familiar que acredite la asistencia con estas tareas):

Buscar asistencia legal para abordar cuestiones derivadas del acto de violencia doméstica, acoso o agresión o abuso sexual, o asistir y prepararse para procedimientos judiciales derivados del acto o delito.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone de la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible:

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: aviso u orden de audiencia judicial, evidencia de nombramientos de abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa):

Solicitud del Seguro de Licencia Familiar y Médica de Colorado (FAMLI) | Licencia por Seguridad Certificación de permiso de ausencia seguro - [Continúa](#)

NOTA: Otra documentación de respaldo.

- Por todos los motivos de licencia, podemos requerir otra información o documentación necesaria para evaluar su reclamo de beneficios.
 - En lugar de los ejemplos de documentación anteriores, también puede respaldar su solicitud de licencia con un escrito y firmado Declaración de que se toma una licencia por uno de los motivos previstos en la Ley FAMLI. Si elige esta opción, incluya su declaración en las secciones marcadas arriba (use el espacio adicional a continuación o páginas adicionales si es necesario) o envíela como documento aparte.
-

Sección 4: 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 seguridad según lo dispuesto por la Ley de seguro de licencia médica y familiar de Colorado.

Firma del empleado:

Fecha: | / | / | |