

Si trabaja en Delaware, puede solicitar el Seguro de Licencia Pagada de Delaware. Arch Insurance revisará todas las solicitudes y determinará su elegibilidad para recibir beneficios. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador\*.

Esta Solicitud ("Reclamo") la completa la persona que solicita los beneficios de licencia remunerada (el "Reclamante"). Las solicitudes pueden presentarse hasta 30 días antes del inicio de la licencia solicitada y hasta 30 días después del inicio de la misma. Una solicitud completa incluye una declaración del Reclamante, una declaración del empleador, una certificación relacionada con el tipo de licencia solicitada y la documentación que la acredite. Las solicitudes presentadas fuera de este plazo serán denegadas, a menos que se justifique la presentación tardía. La presentación de la solicitud es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios de licencia remunerada. El Reclamante es responsable de proporcionar cualquier información faltante o adicional solicitada durante el proceso de solicitud y de informar a todas las partes involucradas sobre cualquier cambio en los planes de licencia.

## Antes de solicitar la DE PFML...



**Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia**



**Planifique sus licencias.** Las licencias pueden tomarse de forma continua o intermitente, de acuerdo con la DE PFML.



**Notifique a su empleador de DE** 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



**El empleado debe completar la Parte A, Declaración del Reclamante, en su totalidad.** Firme y feche el formulario, conserve una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamación a su empleador para que pueda completar la Parte C.



**El empleado completa la Parte B, la Certificación de Fianza, y adjunta la documentación de respaldo.**



**Su empleador de DE completa la Parte C, Declaración del Empleador, en su totalidad.** Deben hacer una copia de la reclamación para sus archivos y devolverle la declaración completa.



Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamación completo:  
**Arch Insurance Company**  
**PO Box #26316**  
**Collegeville, PA 19426**  
**Teléfono: 877-369-0979**  
**Fax: 610-977-3216**  
**Correo electrónico:**  
**archdbl@acitpa.com**

\*Los beneficios descritos aquí están suscritos por Arch Insurance Company, NAIC n.º 11150, empresa 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 Licencia Pagada de Delaware. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y el monto de sus beneficios, Arch podría compartir su información con su(s) empleador(es) actual(es) o anterior(es), y con los Socios de Licencia Pagada de Delaware. Visite [archinsurance.com/disability](http://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](http://archinsurance.com/disability)

# Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Licencia para unión familiar

## 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 |
- 5 **Género del empleado:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No designado / Otro
- 6 **Número de teléfono del empleado:** ( \_\_\_\_ ) - | \_\_\_\_ | - | \_\_\_\_ |
- 7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_

### Información de licencia

- 8 **Patrón de licencia y período(s) solicitado(s):**  
☐ 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 | \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |  
☐ Intermitente: Fecha de inicio de la licencia m m d d a a a a | \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ | Fecha(s) solicitada(s): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 9 **¿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: \_\_\_\_\_

Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Licencia para unión familiar

**10 Otros tipos de licencia:**  
Proporcione detalles sobre otros tipos de beneficios/licencia tomada o solicitada para esta licencia, y si se extenderá durante el período de licencia solicitado actual cubierto por este reclamo.

Tipo de beneficio	Recibió	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. Incapacidad a corto plazo (ITP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Otro (enfermedad/ licencias/ tiempo libre remunerado u otra licencia paga por el empleador). Por favor, especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**11 ¿Recibirá pagos de su empleador mientras esté en DE PFML?**

☐ Sí

☐ No

Si su respuesta es Sí, al firmar a continuación usted confirma que asigna el pago de sus beneficios a su empleador.

**Declaración y Firma:**

**ADVERTENCIA:** CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS O CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O FACILITAR UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO DE SEGURO QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O EQUIVOCADA PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS.

Por la presente, solicito los beneficios del Seguro de Licencia Pagada de Delaware. Mi firma confirma que la información que proporciono es verdadera y precisa en la medida de mis conocimientos.

**Firma del empleado:**

Fecha:   /   /

Fin de la Parte A

## Solicitud de pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Licencia para unión familiar

# Parte B: Certificación de fianzas de Delaware

(para ser completado por la persona (empleado) que solicita la licencia po unión familiar)

**La Licencia por Unión Familiar** permite que una persona elegible tome una licencia del empleo para cuidar y unirse con un hijo durante el primer año después del nacimiento o de la colocación del hijo. "Hijo" significa el hijo biológico, adoptado o de crianza del empleado elegible. Una persona no puede exceder las 12 semanas de licencia pagada en un año de beneficios. Las solicitudes se pueden presentar hasta 30 días antes del inicio de la licencia solicitada y hasta 30 días después del inicio de la licencia. La presentación de la reclamación es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios del pago de licencia (el "Solicitante"). El solicitante es responsable de proporcionar cualquier información faltante o adicional solicitada durante el proceso de reclamación y es responsable de informar a todas las partes requeridas sobre cualquier cambio en los planes de licencia.

**Complete este formulario y envíenoslo junto con su solicitud y cualquier otra documentación de respaldo como parte de su reclamo de beneficios.**

### Sección 1: Información del empleador (debe ser completada por la persona (empleado) que solicita la licencia por unión familiar)

- 1 **Nombre legal del empleado:** \_\_\_\_\_  
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)
- 2 **Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Sección 2: Información sobre unión familiar para un hijo

- 3 **Fecha de nacimiento REAL del hijo:**  
Fecha: | m | / | d | / | a | a | a | a |
- 4 **Relación del hijo con la persona que solicita la licencia:**
  - ☐ Hijo biológico
  - ☐ Hijo temporal
  - ☐ Hijo adoptado
- 4a **Fecha de colocación para niño adoptado/hijo temporal:**  
Si solicita permiso para unirse con un hijo adoptado o un hijo temporal, proporcione la FECHA en la que el niño fue colocado con usted.  
Fecha: | m | / | d | / | a | a | a | a |

## Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Licencia para unión familiar

### Sección 3: Adjunte la documentación requerida para la licencia de unión familiar

Incluya al menos uno (1) de los siguientes documentos junto con esta solicitud para respaldar su solicitud de permiso. Su solicitud no podrá procesarse sin la documentación que acredite el permiso.

**NOTA:** Los documentos de prueba proporcionados deben mostrar:

- El nombre y apellido del reclamante como padre o tutor del hijo;
- El nombre y apellido del hijo; y
- La fecha de nacimiento del hijo o de su colocación (adopción/cuidado temporal).

#### Nacimiento del hijo:

- ☐ Acta de nacimiento del hijo
- ☐ Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero
- ☐ Un documento emitido por el proveedor de atención médica del hijo o de la madre embarazada
- ☐ Un formulario de admisión hospitalaria asociado con el parto
- ☐ Cualquier otra documentación requerida por la licencia pagada de Delaware

#### Adopción/Cuidado Temporal:

- ☐ Una copia de una orden judicial que verifique la colocación en un hogar por cuidado temporal o la adopción
- ☐ Una carta firmada por el abogado que representa al posible padre de crianza o adoptivo que confirma la colocación
- ☐ Un documento del cuidador temporal, la agencia de adopción o el trabajador social involucrado en la colocación que confirme la colocación
- ☐ Un documento para el hijo emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos
- ☐ Cualquier otra documentación requerida por la licencia pagada de Delaware

#### Declaración y Firma:

**ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa sobre un hecho sustancial, podrá ser culpable de fraude de seguros. Certifico además que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso, y reconozco que, de no hacerlo, se podrán devengar intereses y otras sanciones.

**Por la presente, solicito los beneficios del Pago de Seguro por Licencia Familiar y Médica en Delaware.. Mi firma confirma que la información que proporcione es verdadera y exacta, en la medida de mis conocimientos.**

Firma: \_\_\_\_\_

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

# Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Licencia para unión familiar

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

## Parte C: Información del empleador (debe ser completado por el empleador para el empleado mencionado anteriormente que solicita DE PFML)

### 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 \_ / | a \_ \_ \_ |

### 8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: | m \_ / | m \_ / | d \_ / | a \_ \_ \_ |

### 9 Último día trabajado antes de la licencia:

Fecha: | m \_ / | m \_ / | d \_ / | a \_ \_ \_ |

### 10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?

☐ Sí ☐ No

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

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

### 12 Seleccione los días de la semana en que habitualmente trabaja el empleado:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

# Solicitud del pago de licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Licencia para unión familiar

Nombre del empleado:

## 13 Salario semanal promedio:

Tome las 52 semanas de salario bruto anteriores a la presentación de la solicitud de reclamo. \$ \_\_\_\_\_

## 14 ¿El empleado que solicitó licencia previsible le dio 30 días de anticipación?

☐ Sí ☐ No m m d d a a a a  
Fecha de aviso al empleador: | \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ |

## 15 ¿El empleado ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios por esta licencia?

Tipo de beneficio	Recibido	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. Incapacidad a corto plazo (ITP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia paga por el empleador). Por favor, especifique. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

## 16 Licencia remunerada proporcionada por el empleador durante el período de licencia

Si el Empleador proporciona Licencia Pagada Acumulada u otra prestación salarial al Empleado Elegible durante un período de PFML, el Empleador es responsable de pagar únicamente la cantidad de Licencia Pagada Acumulada u otra prestación salarial que, combinada con el Monto del Beneficio Semanal, sea igual o inferior al salario semanal promedio del Empleado Elegible, de modo que este no reciba más del 100 % de su salario semanal promedio. El Empleado Elegible debe dar su consentimiento para el uso de la Licencia Pagada Acumulada durante los períodos de PFML.

“Licencia Pagada Acumulada” se refiere a la licencia obtenida o proporcionada a un Empleado Elegible de conformidad con un plan o póliza de beneficios ofrecido por el Empleador, incluyendo, entre otros, el Pago por Enfermedad (incluida la Licencia Pagada por Enfermedad de Delaware), vacaciones anuales, vacaciones pagadas, licencia personal, licencia compensatoria o tiempo libre remunerado. La licencia pagada acumulada no incluirá (i) una póliza o programa de discapacidad del Empleador; ni (ii) una póliza de Licencia Familiar o Médica Pagada del Empleador.

a. ¿El empleado utilizará alguna licencia pagada acumulada durante el período de licencia solicitado?

☐ Sí (responda la pregunta b) ☐ No

b. ¿El empleado recibirá un reemplazo salarial durante todo el período o una parte del período de licencia solicitado?

☐ Sí (responda la pregunta i) ☐ No

i. Proporcione detalles sobre el tipo de reemplazo salarial y la(s) fecha(s) en que se pagará:

ii. En caso afirmativo, ¿el empleador solicita el reembolso? ☐ Sí ☐ No

\*El reembolso solo está disponible si el empleador continuó pagando el salario durante la licencia.

## 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 para firmar como empleador del empleado que solicita beneficios bajo el programa de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Delaware. Mi firma confirma 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](http://archinsurance.com/disability)