

Certificación de vinculación con un menor o de despliegue en servicio activo

Si trabaja en Massachusetts, puede solicitar la licencia familiar y médica pagada (PFML). Arch Insurance evaluará todas las solicitudes para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que solicita la licencia, el proveedor de atención médica y el empleador deben completar una parte de esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Este formulario **es** necesario para:

 **Licencia por maternidad/paternidad** para establecer el vínculo con un menor por 12 meses después del nacimiento, la adopción o la ubicación de crianza temporal.

 **Licencia por servicio activo** para gestionar los asuntos familiares cuando un familiar está en las fuerzas armadas.

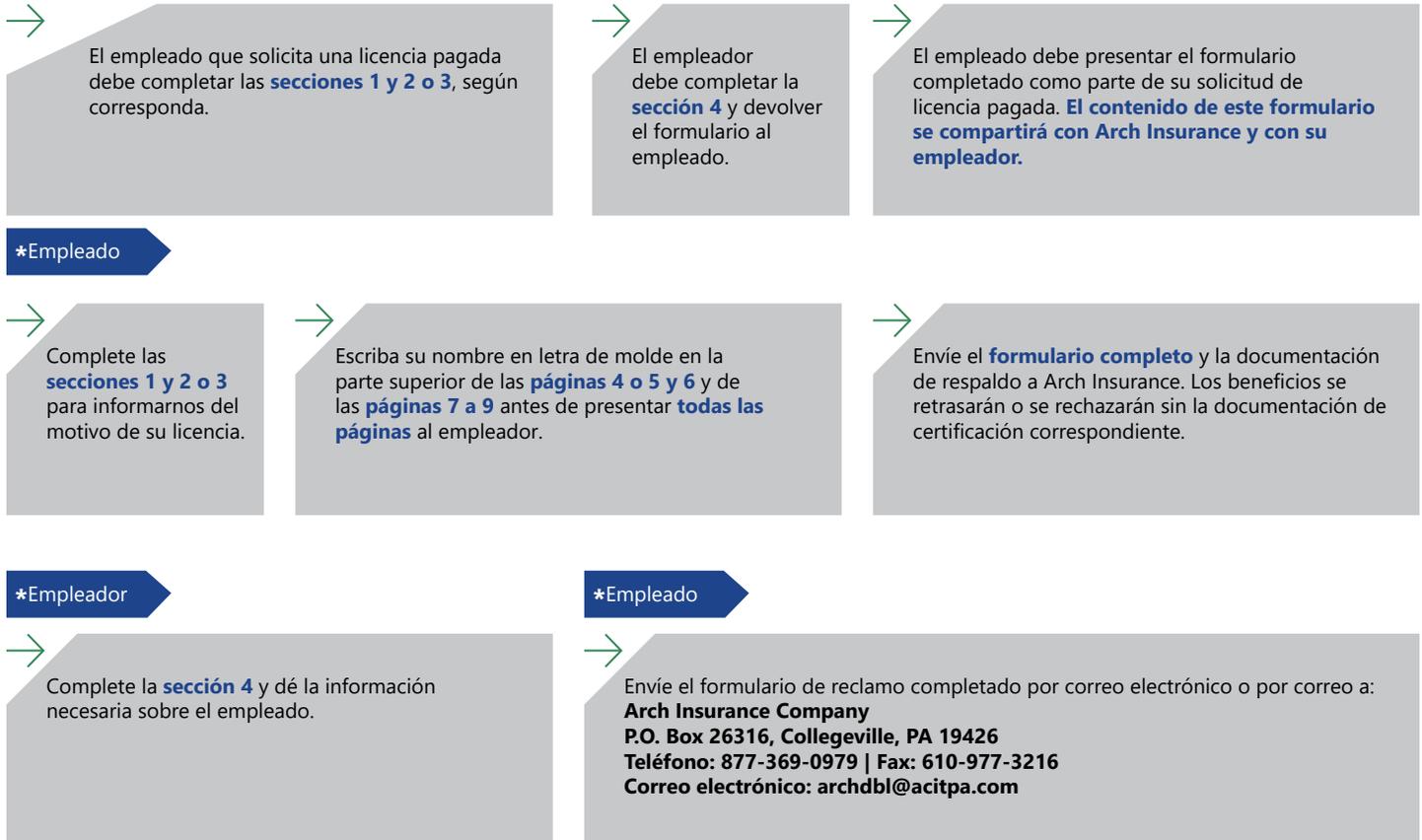
Este formulario **no** es necesario para:

 **Licencia médica** por su propia condición médica grave.

 **Licencia familiar** para cuidar a un familiar con una condición médica grave relacionada con el servicio militar.

 **Licencia familiar** para cuidar a un miembro de la familia con una condición de salud grave

Cómo utilizar este formulario



*Los beneficios mencionados aquí están respaldados por Arch Insurance Company, n.º de NAIC 11150, una empresa miembro de Arch Insurance Group, Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para saber más sobre los términos y condiciones. La información que presente a Arch en este formulario se utilizará para administrar los beneficios de la PFML. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y la cantidad del beneficio, Arch puede compartir su información con su empleador actual o anterior y con los socios estatales del Departamento de Licencias Familiares y Médicas (DFML). Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

¿Preguntas? Llámenos al **877-369-0979** o visítenos en archinsurance.com/disability.

1 Empleado que solicita una licencia pagada

Instrucciones ▶ La persona que solicita la licencia pagada de su propio trabajo debe ser el empleado. Como empleado, complete esta sección con su información. Arch Insurance utilizará la **sección 1** para cotejar esta certificación con el resto de su solicitud de licencia pagada.

1 Su nombre: Primer nombre Apellido

2 (Si es diferente) Su nombre tal como figura en documentos oficiales, como la licencia de conducir o el W-2:
Primer nombre Segundo nombre Apellido

3 N.º de teléfono: () - | | - | |

3a Dirección de correo electrónico: _____

3b Dirección de la casa:
Dirección
Dirección (continuación)
Ciudad Estado | | Código postal | |

4 Fecha de nacimiento: | / | / | |

5 Identidad de género: Femenino Masculino No binario Género no indicado

6 Número de Seguro Social o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN): | | - | | - | |

7 ¿Por qué solicita la licencia? Vinculación con un menor Despliegue en servicio activo

¿Será una licencia continua o periódica?

Continua Fecha de inicio de la licencia / | / | | Fecha de finalización de la licencia / | / | |

Las fechas son aproximadas

Periódica Indique las fechas en las que se tomará la licencia periódica: _____

Las fechas son aproximadas _____

¿Preguntas? Llámenos al **877-369-0979** o visítenos en archinsurance.com/disability.

8a Información del empleador:

Nombre _____
Dirección _____
Dirección (continuación) _____
Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ __ |

8b Indique todos los otros empleadores del último año:

Nombre del empleador n.º 1 _____
Dirección _____
Dirección (continuación) _____
Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ __ |
Período de empleo:
Desde | m m / | d d / | a a a a | Hasta | m m / | d d / | a a a a |

Nombre del empleador n.º 2 _____
Dirección _____
Dirección (continuación) _____
Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ __ |
Período de empleo:
Desde | m m / | d d / | a a a a | Hasta | m m / | d d / | a a a a |

Nombre del empleador n.º 3 _____
Dirección _____
Dirección (continuación) _____
Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ __ |
Período de empleo:
Desde | m m / | d d / | a a a a | Hasta | m m / | d d / | a a a a |

9 Ocupación: _____

Información importante sobre los impuestos

Si decide que le retengan el impuesto federal sobre la renta de sus beneficios por discapacidad, debe completar un formulario W-4S. Indique la cantidad específica en dólares que quiere que le retengan semanalmente de sus beneficios. No dé una cantidad porcentual (%).

¿Preguntas? Llámenos al **877-369-0979**
o visítenos en archinsurance.com/disability.

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

2 Información sobre la vinculación con un menor

Instrucciones ► Si indicó que solicita la licencia para la vinculación con un menor en la pregunta 7, complete la sección 2.

10 Fecha de nacimiento del menor: m m / d d / a a a a

11 Sexo del menor Masculino Femenino No designado/Otro

12 ¿Vive el menor con el empleado que solicita la licencia familiar pagada (PFL)? Sí No

13 Relación del menor con el empleado:

- Hijo biológico Hijo adoptado Hijastro Menor en crianza temporal
 Menor en tutela legal Menor a cargo de un sustituto de los padres Hijo del cónyuge/pareja de hecho

14 Elija una de las siguientes opciones y adjunte la documentación necesaria como prueba de la relación:

Padres de un niño recién nacido

Madre biológica:

- Certificado de embarazo emitido por el proveedor de atención médica (incluyendo la fecha prevista de parto Y el nombre de la madre) O
 Certificado de nacimiento emitido por el proveedor de atención médica (incluyendo la fecha de nacimiento Y el nombre de la madre) O
 Certificado de nacimiento del menor

Padres de crianza temporal:

- Carta de ubicación de crianza temporal o ubicación anticipada emitida por el Departamento de Servicios Sociales del condado o de la ciudad o por una agencia de crianza temporal voluntaria autorizada

Padres adoptivos:

- Documento judicial de finalización de la adopción
 Documentación que respalda la adopción

Otros padres:

- Copia del certificado de nacimiento con el nombre del segundo padre O
 Reconocimiento voluntario de la paternidad O
 Orden judicial de filiación O
 Documentación de la madre biológica (ver arriba) MÁS uno de los siguientes documentos:
 Certificado de matrimonio O
 Certificado de unión civil O
 Prueba de pareja de hecho
 O cualquier otra documentación de la relación parental

15 Fecha de la ubicación de crianza temporal o adopción, si corresponde: m m / d d / a a a a

Toda persona que, a sabiendas y con el fin de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que tenga información considerablemente falsa u oculte, con el objetivo de engañar, información relacionada con un hecho importante, cometerá un acto de fraude contra la compañía de seguros, lo que es un delito, y estará sujeta a penalizaciones civiles que no superarán los cinco mil dólares ni el valor declarado del reclamo por cada infracción.

Por la presente, solicito los beneficios de la licencia familiar pagada. Con mi firma, declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

16 Firma del empleado:

17 Fecha: m m / d d / a a a a

¿Preguntas?

Llámenos al 877-369-0979 o visítenos en archinsurance.com/disability.

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

3 Información sobre el miembro militar

Instrucciones ► Si indicó que solicita la licencia para el despliegue en servicio activo en la **pregunta 7**, complete la **sección 3**.

18 Nombre del miembro militar en servicio activo cubierto o llamada inminente al estado de servicio activo cubierto (despliegue internacional):

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

19 Fecha de nacimiento del miembro militar: | m m / | d d / | a a a a |

20 Dirección postal del miembro militar

Dirección

Dirección (continuación)

Ciudad

Estado | _ _ |

Código postal | _ _ _ _ |

21 Relación del miembro militar con el empleado: Cónyuge Pareja de hecho Hijo Padre/Madre

22 Período de servicio activo cubierto del miembro militar:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

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

23 Elija una de las siguientes opciones y adjunte el documento indicado para justificar que el miembro militar está en servicio activo cubierto o que es inminente la llamada u orden para el estado de servicio activo cubierto:

Órdenes de servicio activo cubierto

Carta de llamada u orden inminente para servicio cubierto

Documentación de la licencia militar firmada por la autoridad que autoriza el descanso y la recuperación del miembro militar

24 ¿Cuál es el motivo por el que el empleado solicita la PFL? (Se pueden elegir una o más opciones).

Organizar el cuidado de los hijos

Actuar como representante de un miembro militar ante una agencia federal, estatal o local para obtener, tramitar o apelar los beneficios del servicio militar

Otro

Organizar el cuidado de los padres

Obtener consejería

Hacer trámites financieros

Asistir a un evento patrocinado por las fuerzas armadas o las organizaciones de servicio militar

Hacer trámites legales

¿Preguntas?

Llámenos al 877-369-0979 o visítenos en archinsurance.com/disability.

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

25 ¿Está disponible y adjuntada la documentación escrita que respalda esta solicitud de licencia?

Sí

No

No disponible

Nota: Una certificación completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia familiar pagada (PFL) por un acontecimiento habilitante incluye toda documentación escrita disponible que respalde la necesidad de la licencia, como la copia de un anuncio de reunión para sesiones informativas patrocinadas por las fuerzas armadas, un documento que acredite la licencia para el descanso y la recuperación del miembro militar, un documento que confirme una cita con un tercero, como un asesor, un empleado de la escuela o el personal de un centro de atención, o la copia de una factura de servicios para la gestión de asuntos legales o financieros. Si se solicita licencia para reunirse con un tercero, el empleado debe presentar la documentación de respaldo de la reunión que incluya el nombre, la dirección y la información de contacto adecuada de la persona o entidad con la que se reunirá (es decir, número de teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico de dicha persona o entidad).

Toda persona que, a sabiendas y con el fin de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que tenga información considerablemente falsa u oculte, con el objetivo de engañar, información relacionada con un hecho importante, cometerá un acto de fraude contra la compañía de seguros, lo que es un delito, y estará sujeta a penalizaciones civiles que no superarán los cinco mil dólares ni el valor declarado del reclamo por cada infracción.

Por la presente, solicito los beneficios de la licencia familiar pagada. Con mi firma, declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

26 Firma del empleado:

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

*Empleador

Empleado que solicita la licencia:

4 Certificación e información del empleador

Instrucciones ► Firme y escriba la fecha para aceptar esta declaración. Complete esta sección con toda la información necesaria.

PARTE 4A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

28 Información del empleador:

Nombre legal completo de la empresa: _____

Dirección _____

Dirección (continuación) _____

Ciudad _____

Estado | _ _ |

Código postal | _ _ _ _ |

País (si no es EE. UU.): _____

29 Número de póliza:

30 FEIN del empleador:

31 Código SIC del empleador:

División: _____

32 Nombre del contacto para las preguntas relacionadas con la licencia médica y la PFL:

33 N.º de teléfono del contacto:

(_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ |

34 Dirección de correo electrónico del contacto:

PARTE 4B: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

35 Ocupación del empleado:

36 Marque las casillas que correspondan:

Exento

No exento

A tiempo completo

A tiempo parcial

Por hora

Horas por semana: _____

37 Ingresos semanales básicos del empleado: \$

38 Fecha de la última modificación del salario

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

39 Fecha de contratación del empleado

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

¿Preguntas?

Llámenos al 877-369-0979
o visítenos en archinsurance.com/disability.

*Empleador

Empleado que solicita la licencia:

40 Fecha del último día de trabajo: Fecha: | ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a | Cantidad de horas _____

41 Fecha de regreso al trabajo: Fecha: | ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a |

42 Indique todas las demás fuentes de ingresos que el empleado recibe o es elegible para recibir como resultado de su licencia médica o familiar pagada (por ejemplo, continuidad del salario, pago por enfermedad, otros beneficios por discapacidad, vacaciones o tiempo libre pagado [PTO], compensación a trabajadores, etc.).

Beneficios

Cantidad bruta semanal

Fecha de inicio

Fecha hasta la que se pagó

43 ¿Despidieron al empleado?

Sí

No

Si la respuesta es "Sí", escriba la fecha: | ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a |

Motivo:

44 ¿Rescindieron el contrato del empleado?

Sí

No

Si la respuesta es "Sí", escriba la fecha: | ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a |

Motivo:

45 Horario de trabajo normal del empleado

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo

_____ horas/día

_____ horas/semana

46 Si el empleado recibió o recibirá el salario COMPLETO en el plazo de la licencia, ¿solicitará el empleador un reembolso?

Sí

No

Si la respuesta es "Sí", indique las fechas en las que le pagan al empleado: desde

| ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a | hasta

| ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a |

¿Preguntas?

Llámenos al 877-369-0979

o visítenos en archinsurance.com/disability.

*Empleador

Empleado que solicita la licencia:

47 Indique el salario bruto de los últimos cuatro trimestres del empleado.

Trimestre n.º 1

Fecha de finalización del trimestre: | m m / | d d / | a a a a |

Cantidad bruta pagada: \$ _____

Trimestre n.º 2

Fecha de finalización del trimestre: | m m / | d d / | a a a a |

Cantidad bruta pagada: \$ _____

Trimestre n.º 3

Fecha de finalización del trimestre: | m m / | d d / | a a a a |

Cantidad bruta pagada: \$ _____

Trimestre n.º 4

Fecha de finalización del trimestre: | m m / | d d / | a a a a |

Cantidad bruta pagada: \$ _____

48 En las 52 semanas anteriores, ¿tomó el empleado alguna de estas licencias?

Licencia médica

PFL

Licencia médica Y PFL

Ninguna

49 Escriba la cantidad total de semanas y días de licencia médica y PFL en las últimas 52 semanas.

Licencia médica

Cant. de semanas: _____

Cant. de días: _____

Fechas específicas de discapacidad: _____

PFL

Cant. de semanas: _____

Cant. de días: _____

Fechas específicas de discapacidad: _____

50 ¿Se ampara el empleado en la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) junto con la PFL?

Sí

No

PARTE 4C: DECLARACIÓN Y FIRMA

Por la presente, certifico que la información de arriba es verdadera a mi leal saber y entender.

51 Firma: _____

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

52 Nombre en letra de molde: _____

53 Cargo: _____

¿Preguntas?

Llámenos al 877-369-0979

o visítenos en archinsurance.com/disability.