

Certificación de condición médica grave

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 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 familiar
con una condición médica
grave.

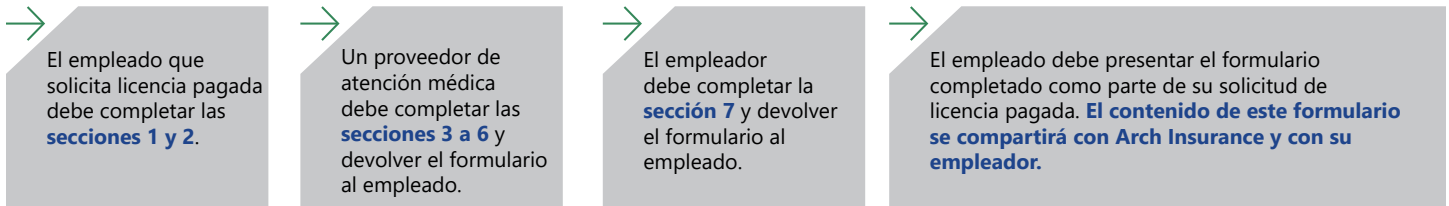


**Licencia por
maternidad/paternidad**
para establecer el vínculo
con un menor por 12 meses
después del nacimiento, la
adopción o la ubicación de
crianza temporal.

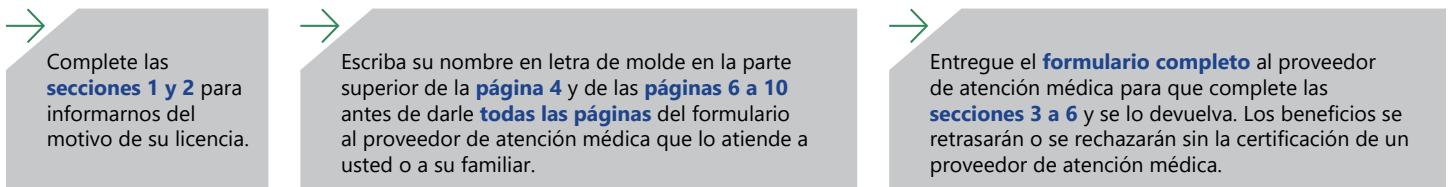


**Licencia por servicio
activo**
para gestionar los asuntos
familiares cuando un
familiar está en las fuerzas
armadas.

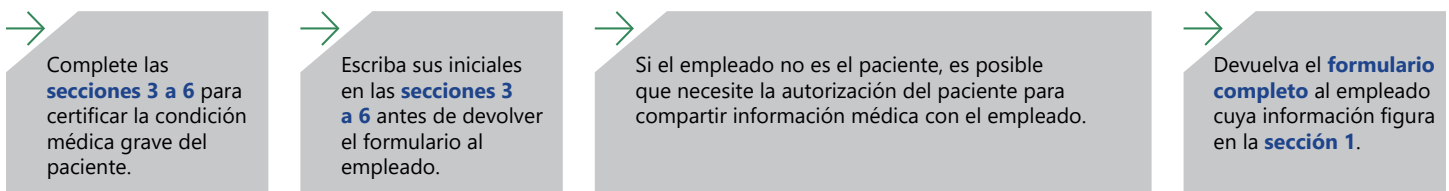
Cómo utilizar este formulario



*Empleado



+ Proveedor de atención médica



*Empleador



* 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?
 Mi propia condición médica grave Condición médica grave de un familiar relacionada con el servicio militar. Deberá completar la **sección 2**. Condición médica grave de cualquier otro tipo de un familiar (comienza el 7/1/21). Deberá completar la **sección 2**.

¿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 _____

8a Información del empleador:
 Nombre _____
 Dirección _____
 Dirección (continuación) _____
 Ciudad _____
 Estado | | Código postal | |

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

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

8c Ocupación:

9 Si solicita la licencia por una condición médica grave que usted tiene, indique el nivel de esfuerzo físico de su trabajo.



1 Sedentario



2 Leve



3 Medio



4 Intenso



5 Muy intenso

N/C

Marque solo una opción.
Consulte las explicaciones abajo.



1 Sedentario



2 Leve



3 Medio



4 Intenso



5 Muy intenso

Está sentado la mayor parte del tiempo. Hace una fuerza de hasta 10 libras ocasionalmente para mover objetos o muy poca fuerza con frecuencia. *Por ejemplo: despachador o recepcionista.*

Camina o está de pie con frecuencia, usa controles físicos mientras está sentado o conduce, o trabaja a un ritmo de producción con material liviano (p. ej., ropa). Hace una fuerza de hasta 20 libras ocasionalmente o de hasta 10 libras con frecuencia. *Por ejemplo: trabajador textil, reponedor de comestibles o chofer de vehículos de pasajeros.*

Hace una fuerza de entre 20 y 50 libras ocasionalmente, de entre 10 y 25 libras con frecuencia o de hasta 10 libras de forma constante. *Por ejemplo: plomero o electricista.*

Hace una fuerza de entre 50 y 100 libras ocasionalmente, de entre 25 y 50 libras con frecuencia o de entre 10 y 20 libras de forma constante. *Por ejemplo: trabajador de construcción o repartidor.*

Hace una fuerza de más de 100 libras ocasionalmente, de más de 50 libras con frecuencia o de más de 20 libras de forma constante. *Por ejemplo: trabajador de construcción que hace muchísima fuerza.*

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 del paciente

Instrucciones ► Si indicó que solicita la licencia para cuidar un familiar en la **pregunta 7**, complete la **sección 2**. Arch Insurance necesita saber cuál es su relación con el paciente para certificar la elegibilidad para la licencia. De lo contrario, omita esta sección.

10 El familiar que tiene una condición médica grave es:

- Mi hijo/a Mi hermano/a Mi nieto/a Mi abuelo/a
 Mi cónyuge o pareja de hecho El padre/madre de mi cónyuge o pareja Mi padre/madre

11 Nombre del paciente

Primer nombre Apellido

12 (Si es diferente) El nombre del paciente tal como figura en documentos oficiales, como la licencia de conducir o la documentación del seguro:

Primer nombre Segundo nombre Apellido

13 Dirección del paciente

Dirección

Dirección (continuación)

Ciudad Estado | _ _ | Código postal | _ _ _ _ |

14 Fecha de nacimiento: | m m / | d d / | a a a a |

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

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.

Firma del empleado:

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

*Empleado

DETÉNGASE AQUÍ. Entregue este formulario al proveedor de atención médica del paciente para que complete las secciones 3 a 6.

+ Proveedor de atención médica

Escriba sus iniciales aquí para indicar que completó esta página:

¿Preguntas?

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

+ Proveedor de atención médica

LEA ESTA PÁGINA. Luego déjela a un lado para que pueda consultarla mientras completa el formulario.

Definición de condición médica grave

Una condición médica grave puede incluir una enfermedad, lesión, discapacidad o condición física o mental que cumpla al menos uno de los siguientes dos requisitos:

1. Al menos una noche de atención hospitalaria en un hospital, hospicio o centro médico residencial.
2. Continuidad del tratamiento por parte de un proveedor de atención médica.

Atención hospitalaria:

Estancia durante la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial, incluyendo todo período de incapacidad o tratamiento posterior en relación con dicha atención hospitalaria.

Continuidad del tratamiento por parte de un proveedor de atención médica (más ejemplos de condiciones). Tratamiento de una condición que se ajusta a cualquiera de las siguientes descripciones:

- A. Cualquier incapacidad para trabajar por más de tres días naturales completos y consecutivos y que implique consultas médicas. La primera consulta del paciente debe hacerse en los siete días siguientes al inicio de la incapacidad. También se incluyen las consultas de telemedicina. Estas consultas médicas deben cumplir uno de estos dos patrones:
 - Dos o más consultas en un plazo de 30 días desde la incapacidad laboral del paciente (a menos que sea imposible reservar dos citas en este plazo).
 - Una consulta de este tipo, sin incluir exámenes físicos, oftalmológicos o dentales habituales, más un plan de atención o medicación bajo la supervisión del proveedor o según su indicación. Por ejemplo: cirugía ambulatoria o faringitis.

- B. Cualquier incapacidad por embarazo o atención prenatal.
- C. Cualquier incapacidad por una condición crónica, que es una condición que:
 - implica consultas médicas periódicas,
 - se prolonga mucho tiempo, y
 - puede causar incapacidad ocasional por la que se necesite licencia. Por ejemplo: asma o jaquecas.
- D. Cualquier incapacidad por una condición permanente o de largo plazo que no responda al tratamiento. Por ejemplo: enfermedad de Alzheimer o fases terminales del cáncer.
- E. Cualquier ausencia para recibir diversos tratamientos, más el tiempo de recuperación, por alguno de los siguientes motivos:
 - Cirugía reconstructiva después de un accidente o una lesión. Por ejemplo: prótesis o reconstrucción de las articulaciones.
 - Una condición que implicaría más de tres días naturales de incapacidad si el paciente no recibiera tratamiento. Por ejemplo: tratamientos de quimioterapia.

Incapacidad:

Incapacidad de una persona para desempeñar las funciones de su trabajo por una condición médica grave. En el caso de los solicitantes desempleados, implica una incapacidad para desempeñar las funciones de su puesto más reciente u otro empleo adecuado.

Más información en la sección 4: Capacidad para trabajar

En la sección 4 se establece el inicio y el final del período en que el empleado estará incapacitado y necesitará licencia laboral por una condición médica grave. Este intervalo de fechas es el período de licencia. No se puede aprobar un período de licencia por más de seis meses.

Si por la condición se necesita otra licencia después de seis meses o una reevaluación, el empleado puede presentar una nueva solicitud en ese momento con una nueva certificación.

Definición de proveedor de atención médica

Proveedor de atención médica:

Persona con licencia del estado o del territorio donde ejerce la medicina, la cirugía, la odontología, la quiropráctica, la podología, la obstetricia o la osteopatía, incluyendo a las siguientes:

- A. Los podólogos, los dentistas, los psicólogos clínicos, los optometristas y los quiroprácticos (limitados a tratamientos que consisten en la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación que se haya demostrado mediante radiografías) que estén autorizados a ejercer en un estado y que lo hagan en el ámbito de su profesión, según se define en la legislación de ese estado o territorio.
- B. Los enfermeros de práctica avanzada, los enfermos obstétricos, los trabajadores sociales clínicos y los asociados médicos que estén autorizados a ejercer según la legislación estatal y que lo hagan en el ámbito de su profesión según se define en la legislación de ese estado o territorio.

- C. Los practicantes de la ciencia cristiana que estén inscritos en la Primera Iglesia de Cristo, Científico en Boston, Massachusetts.
- D. Los proveedores de atención médica mencionados arriba que ejerzan en un país que no sea Estados Unidos, que estén autorizados a ejercer según la legislación de ese país y que lo hagan en el ámbito de su profesión según se define en dicha legislación.

¿Preguntas?

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

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

Certificación de condición médica grave por parte del proveedor de atención médica

3 Condición médica grave del paciente

Instrucciones ► El proveedor de atención médica del paciente, que puede ser o no el empleado, debe completar este formulario. Para que el empleado califique para recibir una licencia pagada, el paciente debe tener una condición médica grave. Responda todas las preguntas de forma completa.

16 ¿Tiene el paciente alguna condición médica grave?

- Sí No

17 ¿Cuál de las siguientes opciones se aplica a la condición médica grave del paciente?
La condición:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implica o implicó atención hospitalaria. | <input type="checkbox"/> Es crónica e implica tratamientos al menos dos veces al año y ausencias periódicas. |
| <input type="checkbox"/> Incapacitó o incapacitará al paciente por más de tres días naturales completos. | <input type="checkbox"/> Es de largo plazo e implica supervisión médica continua, con o sin tratamiento activo. |
| <input type="checkbox"/> Implica dos o más consultas médicas en un plazo de 30 días. | <input type="checkbox"/> Implica diversos tratamientos y causaría una incapacidad por un tiempo si el paciente no recibe tratamiento. |
| <input type="checkbox"/> Implica una consulta médica y un tratamiento de atención. | |

Marque todas las que correspondan.

18 Escriba el código de diagnóstico correspondiente y dé la información médica que permita saber cómo la condición puede afectar la capacidad del paciente para trabajar.

Código de diagnóstico:

Información médica:

Algunos ejemplos son los síntomas, las hospitalizaciones, las consultas médicas, los efectos secundarios pertinentes de los medicamentos y las remisiones para evaluación o tratamiento.

19 ¿Cuándo comenzó la condición médica?

- Esta condición comenzó en los últimos 12 meses.
- Fecha de inicio: | m | m | d | d | a | a | a | a |
- Esta condición comenzó hace más de un año.

Se refiere al comienzo de la condición, no al comienzo de la licencia laboral del empleado. Si no se puede determinar, escriba una fecha de inicio que sea lo más representativa posible.

+ Proveedor de atención médica

Escriba sus iniciales aquí para indicar que completó esta página:

¿Preguntas?

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

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

20 ¿Es la condición médica grave de la paciente un problema relacionado con el embarazo que causa un cierto nivel de incapacidad antes del parto?

Sí. Fecha prevista de parto:

 m m d d a a a a

 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

No

◀ Esto excluye el tiempo de recuperación después del nacimiento.

◀ Si ambas aplican, explique en la sección 4.

21 ¿Es la condición médica una lesión relacionada con el trabajo?

Sí No

◀ Marque solo una opción.

22 Si el paciente no es el empleado, ¿está relacionada la condición médica con el servicio militar del paciente?

Sí No N/C; el paciente es el empleado

◀ Marque solo una opción.

23 Si el paciente no es el empleado, ¿necesitará el paciente el cuidado de un familiar?

Sí No N/C; el paciente es el empleado

◀ Marque solo una opción.

4 Capacidad para trabajar

Instrucciones ▶ Dé su mejor estimación según sus conocimientos médicos, su experiencia y su evaluación del paciente. Sea lo más específico posible; términos como "se desconoce" o "indefinido" pueden no ser suficientes para aprobar un reclamo de beneficios de la licencia pagada. Para obtener más información, consulte la definición de capacidad para trabajar en la [página 5](#).

24 ¿Cuándo necesitará el empleado tomarse la licencia por primera vez?

Fecha de inicio: m m d d a a a a

 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

◀ Se refiere al primer día de ausencia en el trabajo, independientemente de si es medio día o un día entero. Si ya hubo otras ausencias por esta condición, escriba la fecha de la primera ausencia.

25 ¿Sabe cuál es el último día que el empleado necesitará licencia por la condición del paciente? Si no puede determinarlo, ¿cuándo recomienda hacer una reevaluación?

Sí. El último día que el empleado necesitará la licencia es:

 m m d d a a a a

 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

No. La condición del paciente debe reevaluarse el:

 m m d d a a a a

 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

◀ Marque solo una opción.

+ Proveedor de atención médica

Escriba sus iniciales aquí para indicar que completó esta página: _____

¿Preguntas?

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

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

26 En este período de licencia, ¿cuál de estos tipos de licencia prevé que el empleado necesitará como resultado de la condición del paciente?

- Licencia continua:**
Incapacidad total para trabajar por días naturales consecutivos.
- Horario reducido por licencia:**
Horario constante pero reducido por varias semanas.
- Licencia intermitente:**
Licencia ocasional a intervalos irregulares por brotes o atención después del alta.

Marque todas las que correspondan.

Si el paciente también es el empleado, responda las **preguntas 26 a 28**. De lo contrario, pase a la **sección 5**.

27 ¿Qué nivel de esfuerzo físico eligió el empleado en la **pregunta 9**?

- 1 Sedentario
- 2 Leve
- 3 Medio
- 4 Intenso
- 5 Muy intenso
- N/C

Marque solo una opción. Consulte las explicaciones al final de la **página 3**.

28 Según su opinión médica, ¿debe el paciente abstenerse parcial o totalmente de trabajar a este nivel de esfuerzo entre las fechas de las **preguntas 24 y 25**?

- Sí
- No

Describa las actividades específicas que el paciente debe hacer, parcial o totalmente, entre las fechas de las **preguntas 24 y 25** por su condición médica grave.

Si un paciente debe faltar al trabajo para recibir tratamiento, indíquelo directamente. Si el paciente necesita faltar por algún motivo que no sea recibir tratamiento, describa las tareas, acciones o funciones específicas que no puede hacer por su condición.

5 Información aproximada de la licencia

Instrucciones ▶ Para cada tipo de licencia que eligió en la **pregunta 26**, escriba la información aproximada de esa licencia abajo. Si el paciente supera el tiempo previsto de licencia, se puede presentar otra solicitud con una nueva certificación para otra licencia.

PARTE 5A: LICENCIA CONTINUA

29 ¿Cuándo empieza y termina el período de licencia continua?

Fecha de inicio:

m m / d d / a a a a

Fecha de finalización/reevaluación:

m m / d d / a a a a

+ Proveedor de atención médica

Escriba sus iniciales aquí para indicar que completó esta página: _____

¿Preguntas?

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

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

30 En el período de licencia, ¿cuántas semanas de licencia continua a tiempo completo prevé que el empleado necesitará?

_____ semanas de licencia continua.

No recomiendo la licencia continua.

La licencia continua es una licencia a tiempo completo que se toma sin interrupciones. Cuando responda esta pregunta, incluya todas las licencias continuas que el empleado ya se haya tomado por esta condición. En el caso de semanas parciales, redondee.

PARTE 5B: HORARIO REDUCIDO POR LICENCIA

31 Sin incluir la licencia continua contemplada en la Parte 5A, ¿cuántas semanas de horario reducido por licencia necesitará el empleado durante el período de licencia?

_____ semanas de horario reducido por licencia.

No se necesita horario reducido por licencia.

Un horario reducido por licencia es un horario constante que es más corto que el horario habitual del empleado. Por ejemplo: tomarse la misma cantidad de horas o días cada semana.

32 ¿Cuándo comenzará y terminará el horario reducido por licencia?

Fecha de inicio:

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

Fecha de finalización/revaluación:

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

33 ¿Cuántas horas debe tomarse el empleado a la semana?

_____ horas de licencia con horario reducido.

No se necesita horario reducido por licencia.

PARTE 5C: LICENCIA INTERMITENTE

34 ¿Cuándo comenzará y terminará la licencia intermitente?

Fecha de inicio:

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

Fecha de finalización/revaluación:

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

35 Sin incluir ninguna licencia contemplada en la Parte 5B, en promedio, ¿con qué frecuencia deberá el empleado faltar al trabajo por su condición médica?

- No se esperan otras ausencias
- Una o más veces por semana, aproximadamente _____ veces por semana
- Una o más veces por mes, aproximadamente _____ veces por mes
- Una o más veces por año, aproximadamente _____ veces en total

36 ¿Cuánto tiempo suele durar una sola ausencia?

- No más de un día laborable completo, hasta _____ horas
- Más de un día, hasta _____ días
- N/C; sin licencia intermitente

+ Proveedor de atención médica

Escriba sus iniciales aquí para indicar que completó esta página: _____


¿Preguntas?

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

***Empleado** Empleado que solicita la licencia:

6 Certificación e información del proveedor

Instrucciones ▶ Firme y escriba la fecha para aceptar esta declaración. Facilite la licencia pertinente y la información de contacto de su centro de salud o empresa. Antes de devolver el formulario al empleado, revíselo para asegurarse de haber escrito sus iniciales en las **secciones 3 a 5**.

 Certifico que la información incluida en este formulario es verdadera y correcta, que examiné al paciente y respondí las preguntas con precisión y de la mejor manera posible, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Consulte la **página 5** para saber la definición de proveedor de atención médica.

37 Firma: _____ **Fecha:** | m | m | / | d | d | / | a | a | a | a |

38 Nombre y cargo en letra de molde:
Nombre: _____
Cargo: _____

39 Licencia certificada: _____ **Estado** _____

40 Área de profesión o especialidad médica: _____

41 Nombre de su centro de salud o empresa: _____

42 Dirección: _____
Dirección de correo electrónico del consultorio: _____

43 N.º de teléfono del consultorio: (_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ |

44 N.º de fax del consultorio: (_ _ _) - | _ _ _ | - | _ _ _ _ | *(Opcional)*

+Proveedor de atención médica Después de completar y firmar la certificación, devuélvala al empleado. El empleado presentará esta información para que el Departamento de Licencias Familiares y Médicas y su empleador la evalúen.

+Proveedor de atención médica Escriba sus iniciales aquí para indicar que completó esta página: _____

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

***Empleador** Empleado que solicita la licencia:

7 Certificación e información del empleador

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

PARTE 7A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

45 Información del empleador:

Nombre legal completo de la empresa: _____

Dirección _____

Dirección (continuación) _____

Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ - __ __ - __ __ |

País (si no es EE. UU.): _____

46 Número de póliza:

47 FEIN del empleador:

48 Código SIC del empleador:

División:

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

50 N.º de teléfono del contacto: (__ __ __) - | __ __ __ | - | __ __ __ __ |

51 Dirección de correo electrónico del contacto:

PARTE 7B: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

52 Ocupación del empleado:

53 Marque las casillas que correspondan:

Exento No exento A tiempo completo A tiempo parcial Por hora **Horas por semana:** _____

54 Ingresos semanales básicos del empleado: \$

55 Fecha de la última modificación del salario

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

56 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:

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

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

59 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

60 ¿Despidieron al empleado?

Sí No

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

Motivo:

61 ¿Rescindieron el contrato del empleado?

Sí No

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

Motivo:

62 Horario de trabajo normal del empleado

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo _____ horas/día _____ horas/semana

63 Ha ganado el empleado al menos \$6,000 durante los últimos 4 trimestres calendario completos? Por discapacidades ocurridas en o después de 1/1/24, ingresos de \$6,300?

Sí No

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

¿Preguntas?

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

***Empleador** Empleado que solicita la licencia:

65 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: \$ _____

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

Licencia médica
 PFL
 Licencia médica Y PFL
 Ninguna

67 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:	
_____	_____	_____	

68 ¿Se ampara el empleado en la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) junto con la PFL? Sí No

PARTE 7C: DECLARACIÓN Y FIRMA

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

69 Firma: _____ Fecha: m m / d d / a a a a

70 Nombre en letra de molde: _____

71 Cargo: _____

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