




Si trabaja en Maine, puede solicitar los beneficios del Seguro de Licencia médica y familiar pagada de Maine. 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 licencia pagada de Maine...

- 
Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia
- 
Planifique sus licencias. Puede tomarlas de forma continua, intermitente o con un horario reducido, de acuerdo con el programa de Licencias Pagadas de Maine.
- 
Notifique a su empleador de Maine al menos 30 días antes del inicio de la licencia (si 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 completa la Parte A, Declaración del Reclamante, en su totalidad.** Firma y fecha el formulario, guarda una copia para tus archivos y entrega el paquete de reclamación a tu empleador para que pueda completar la Parte C.

→ **El proveedor completa la Parte B, Certificación de Permiso de Salida Segura y Solicitud de Permiso y adjunta la documentación de respaldo.**

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

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

Solicitud de licencia médica y familiar remunerada de Maine | 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, 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 médica y familiar pagada de Maine. 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 médica y familiar pagada de Maine. Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
 o encuétranos en línea en archinsurance.com/disability
 26-02-DBL14

Solicitud de licencia médica y familiar remunerada de Maine | Licencia por medidas de 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 **El vínculo familiar con el empleado (reclamante) es:**

Yo mismo Esposo Padre o padre del cónyuge Abuelo o abuelo del cónyuge

Nieto Hijo (de cualquier edad) o cónyuge del hijo Hermano o hermano del cónyuge pareja doméstica

Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es como 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 n.º 1 _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** | _ _ | **Código postal** | _ _ _ _ _ |

Periodo de empleo:

Desde | ^m _ ^m / | ^d _ ^d / | ^a _ ^a ^a ^a | **hasta** | ^m _ ^m / | ^d _ ^d / | ^a _ ^a ^a ^a |

Promedio de horas trabajadas/semana | _ | **Promedio de días trabajados por semana** | _ | **Salario promedio (\$)** | _ |

Nombre del empleador n.º 2 _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** | _ _ | **Código postal** | _ _ _ _ _ |

Periodo de empleo:

Desde | ^m _ ^m / | ^d _ ^d / | ^a _ ^a ^a ^a | **hasta** | ^m _ ^m / | ^d _ ^d / | ^a _ ^a ^a ^a |

Promedio de horas trabajadas/semana | _ | **Promedio de días trabajados por semana** | _ | **Salario promedio (\$)** | _ |

Parte B: certificación de permiso de ausencia seguro

Instrucciones importantes para completar su solicitud de beneficios:

Para solicitar los beneficios de la Licencia médica y familiar pagada de Maine, debe completar este formulario y enviárnoslo junto con su solicitud y demás documentos de respaldo, como se describe a continuación. La información incompleta o faltante puede causar demoras en el procesamiento 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 medidas de seguridad

“Licencia por seguridad” significa licencia del trabajo debido a abuso doméstico, agresión sexual o acecho del solicitante o de un miembro de su familia.

1 **CERTIFICACIÓN:** Certifico que necesito una licencia por medidas de seguridad de la siguiente manera (marque las que correspondan):

- Soy víctima de abuso doméstico, acecho o agresión o abuso sexual según se define anteriormente.
- El miembro de mi familia identificado a continuación es víctima de abuso doméstico, acecho 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:

Buscar atención médica relacionada con la lesión o discapacidad física o psicológica causada por abuso doméstico, agresión sexual o acecho.

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 encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de licencia médica y familiar remunerada de Maine | Licencia por medidas de seguridad

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 servicios de una organización para víctimas.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no está disponible 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):

Obtener asesoramiento psicológico o de otro tipo.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone 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 en alquiler, designación o instalación de una empresa de seguridad o declaración escrita y firmada del familiar que asista con estas tareas):

Solicitar reubicación debido a abuso doméstico, agresión sexual o acoso.

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: notificación u orden de audiencia judicial, evidencia de nombramiento de abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa):

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](https://www.archinsurance.com/disability)

Solicitud de licencia médica y familiar remunerada de Maine | Licencia por medidas de seguridad

Búsqueda de asesoramiento legal o toma de acciones legales, incluida la preparación o participación en cualquier procedimiento legal civil o penal relacionado con, o resultante de, el abuso doméstico, la agresión sexual o el acoso.

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: notificación u orden de audiencia judicial, evidencia de nombramiento de abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa):

NOTA: Otra documentación de respaldo.

- Para cualquier motivo de licencia, podríamos requerir otra información o documentación razonable necesaria para resolver su solicitud de beneficios.
- En lugar de los ejemplos de documentación anteriores, también puede respaldar su solicitud de licencia con una declaración escrita y firmada que acredite que se toma la licencia por uno de los motivos previstos en la Ley PFML. Si elige esta opción, incluya su declaración en las secciones marcadas arriba (utilice el espacio adicional a continuación o las páginas adicionales si es necesario) o envíe su declaración 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 motivos de seguridad según lo dispuesto por la Ley de Licencia médica y familiar pagada de Maine.

Firma del empleado:

Fecha: | / | / | |

Solicitud de licencia médica y familiar remunerada de Maine | Licencia por medidas de seguridad

Nombre del empleado: _____

Parte C: Información del empleador (debe ser completado por el empleador para el empleado mencionado anteriormente que solicita 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 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 la licencia:

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 de licencia médica y familiar remunerada de Maine | Licencia por medidas de seguridad

Nombre del empleado:

12 Por favor marque las casillas correspondientes:

Exento No exento Tiempo completo Tiempo parcial Por hora **Horas/semana:** _____

13 Verificación de empleo de Maine ("ME"):

- a. ¿Las ganancias del empleado se informan al final del año en el formulario W-2 del IRS? Sí No (responda la pregunta 13b)
- b. ¿El empleado está sujeto a obligaciones del seguro de desempleo en Maine? Sí No (responda la pregunta 13c)
- c. ¿El servicio del empleado está localizado (se realiza íntegramente) dentro de Maine? Sí No (responda la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localizados, ¿la base de operaciones del empleado está en Maine y parte del trabajo se realiza allí? Sí No (responda la pregunta 13e)
- e. Si no hay una base de operaciones, ¿el empleado realiza algunos de los servicios dentro de ME y recibe dirección y control de ME? Sí No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay lugar de dirección y control, no hay servicios localizados ni base de operaciones en ME, ¿el empleado reside en ME? 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:

Final del trimestre (mm/aaaa)	Salarios brutos (\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: _____

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
 o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de licencia médica y familiar remunerada de Maine | Licencia por medidas de seguridad

Nombre del empleado: _____

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

Sí No

Fecha de aviso proporcionado al empleador: | / | / | |

18 ¿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"/>	_____	_____

19 Licencia remunerada proporcionada por el empleador durante el período de licencia

a. ¿El empleado utilizará alguna licencia pagada proporcionada por el empleador durante el período de licencia solicitado?

Sí (responda la pregunta b) No

b. ¿El empleado recibirá 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 de salario y la(s) fecha(s) en que se pagará:

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

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

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 bajo el programa de Licencia médica y familiar pagada de Maine. 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 otro tipo, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Firma: _____

Fecha: | / | / | |

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability