



Si trabaja en Minnesota, puede solicitar los beneficios del Seguro de Licencia Pagada de Minnesota. Arch Insurance revisará todas las solicitudes presentadas y determinará 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 Minnesota...

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 Pago de Licencias de Minnesota.

Notifique a su empleador de Minnesota 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 vinculación 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
Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979
Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | 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

*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 o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

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

Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Licencia por unión familiar

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 Información del empleador:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado | | Código postal | - - |

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

8a 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 | ^m ^m / | ^d ^d / | ^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 | ^m ^m / | ^d ^d / | ^a ^a ^a |

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

Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Licencia por unión familiar

Parte A (Continuación)

9 ¿La licencia será por un periodo de tiempo continuo o intermitente?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Continuo | Fecha de inicio de la licencia
 | Fecha de finalización de la licencia
 |
| | <input type="checkbox"/> Las fechas son estimadas | |
| <input type="checkbox"/> Intermitente | Identifique las fechas en las que se tomará la licencia intermitente: _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Las fechas son estimadas | |
| <input type="checkbox"/> Reducido | Fecha de inicio de la licencia:  |  |
| | Frecuencia de las salidas: _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Las fechas son estimadas | |

10 ¿Se le dio a su empleador un aviso con 30 días de anticipación para esta licencia?

- | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | Fecha de aviso proporcionado al empleador | _____ / _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> No | Razón: | |

11. ¿Ha recibido o reclamado alguna de los siguientes beneficios por esta licencia?

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. 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"/>		

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. 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 acumular intereses y otras sanciones.

Por la presente, solicito beneficios bajo el programa de Licencia Pagada de Minnesota. Mi firma confirma que la información que proporciono es verdadera y precisa en la medida de mis conocimientos.

Firma del empleado:

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

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

Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Licencia por unión familiar

Parte B: Declaración de unión familiar (debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

Instrucciones importantes para completar su solicitud de beneficios:

Para solicitar los beneficios de la licencia por unión familiar bajo la Licencia Pagada de Minnesota, debe enviarnos esta Declaración de Unión Familiar completa junto con su solicitud y cualquier otra documentación de respaldo. La información incompleta o faltante puede causar demoras en el procesamiento de la solicitud.

Sección 1: Información del empleado/solicitante - Para que la complete el empleado

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 Número de seguro social:

Sección 2: Declaración de unión (Declaración de la relación familiar y tipo de unión)

1 Estoy realizando una solicitud de beneficios por pago de licencia familiar para unirme con:

Género del hijo: Masculino Femenino No designado / Otro

2 Seleccione un tipo de unión y envíala con la respectiva documentación. Tenga en cuenta que se podrá solicitar documentación adicional según sea necesario:

- Hijo biológico: proporcione uno de los siguientes:
 - Comprobante de nacimiento (copia del certificado de nacimiento, solicitud de certificado de nacimiento, documentación del proveedor de atención médica que brindó atención durante el parto o la recuperación, o registros vitales que muestren el nacimiento del niño); o
 - Declaración suya que establece su condición de loco parentis*
 - Hijo adoptado: proporcione prueba de la ubicación de la adopción (copia de los documentos de adopción o documentos judiciales; incluya la fecha de nacimiento del niño y la fecha de adopción).
 - Hijo de crianza: proporcione uno de los siguientes:
 - Prueba de que usted es un padre de crianza autorizado o certificado y que el niño ha sido puesto bajo su cuidado; o
 - Documentación de una agencia de colocación de niños, un departamento de servicios humanos del estado o condado, o un tribunal que indique que fue necesaria una colocación de parentesco o de emergencia para brindar cuidado y seguridad inmediatos al niño menor y que usted actuará como loco parentis a través de un poder notarial u otra designación legal.

Firma del empleado:

Fecha: / /

* *In loco parentis* – relación en la que una persona se pone en la situación de padre o madre asumiendo y cumpliendo las obligaciones de un parente hacia un hijo.

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

Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Licencia por unión familiar

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:****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: | | | | | / | | | | | / | | | | |**8 Fecha de contratación del empleado:**

Fecha: | | | | | / | | | | | / | | | | |

9 Último día trabajado antes de salir:

Fecha: | | | | | / | | | | | / | | | | |

10 ¿El empleado ha regresado al trabajo? Sí NoFecha de regreso al trabajo: | | | | | / | | | | | / | | | | | Real Estimado**11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado:**

Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Licencia por unión familiar

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 Minnesota ("MN"):

- 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 Minnesota? Sí No (responda la pregunta 13c)
- c. ¿El servicio del empleado está localizado (se realiza íntegramente) dentro de Minnesota? Sí No (responda la pregunta 13d)
- d. Si los servicios no están localmente, ¿la base de operaciones del empleado está en Minnesota 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 MN y recibe dirección y control de MN? Sí No (responda la pregunta 13f)
- f. Si no hay lugar de dirección y control, no hay servicios locales ni base de operaciones en MN, ¿el empleado reside en MN? 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 (\$)

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:** _____

Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Licencia por unión familiar

Nombre del empleado

17 ¿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 proporcionado al empleador: | _____ / _____ / _____ |

18 ¿El empleado ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios para 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 algun pago de licencia 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 Pagada de Minnesota. Mi firma declara que, a 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:

m m d d a a a a

Fecha: | _____ / _____ / _____ |

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