



Pago de Licencia  
en Minnesota  
MINNESOTA

## Estado de salud del empleado

Si trabaja en Minnesota, puede solicitar los beneficios del Seguro de Pago por licencia en Minnesota. Arch Insurance revisará todas las solicitudes 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 por licencias en 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 del proveedor de atención médica 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 | Estado de salud del empleado

## 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](http://archinsurance.com/disability) o llame al **877-369-0979** para obtener más información.

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

# Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Estado de salud del empleado

## 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 Fecha de incapacidad:    m    m    d    d    a    a    a    a  
|    /    /    |

9 Motivo de la solicitud de licencia médica: \_\_\_\_\_

10 Información del empleador:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado |    |    Código postal |    |   

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

10a 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  
|    /    /    |    hasta    |    /    /    |

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

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

25-10-DBL33

## Parte B: Minnesota - Certificación médica

### Consejos importantes al completar este formulario

Para solicitar los beneficios de Pago de licencia de Minnesota, deberá devolver este formulario de certificación médica. Para comenzar, complete la Sección 1 y envíela al doctor que lo está tratando. Para completar la Sección 2, envíela junto con su Solicitud y cualquier otro documento de respaldo como parte de su solicitud de beneficios.

#### Sección 1: Para ser completada por el empleado

- 1 **Nombre legal del empleado:** \_\_\_\_\_  
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)
- 2 **Fecha de nacimiento del empleado:**

m	m	d	d	a	a	a	a

 / 


 / 

- 3 **Número de teléfono del empleado:** (    ) -    -
- 4 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_
- 5 **Número de reclamación (si está disponible):** \_\_\_\_\_

#### Sección 2: Para ser completada por el proveedor médico que lo está tratando

Su paciente solicitó ausentarse del trabajo debido a su propia enfermedad o lesión. Para que podamos tomar una decisión sobre su solicitud de beneficios de MN PFML, necesitamos que complete la información de la Sección 2. Al completar esta certificación, le solicitamos:

- Sus respuestas deben ser su mejor estimación, basándose en sus conocimientos médicos, experiencia y el examen del paciente.
- Sea lo más específico posible. Usar términos como "según sea necesario", "desconocido" o "indeterminado" podría no ser suficiente para aprobar la solicitud.
- Limite sus respuestas a la condición de salud por la que su paciente solicita la licencia. Si su paciente necesita licencia debido a más de una condición de salud, complete una certificación por separado para cada condición.
- No incluya información sobre pruebas genéticas, según se define en el Título 29 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), servicios genéticos, según se define en el Título 29 del C.F.R., Sección 1635.3(e), ni sobre la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, Título 29 del C.F.R., Sección 1635.3(b).

- 1 Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a las preguntas a continuación, según corresponda. (Las opciones continúan en la página siguiente)

Una condición grave de salud que califica es una condición física o mental que se ajusta a una de las siguientes categorías

**Marque la(s) casilla(s) para las preguntas a continuación, según corresponda.**

- ☐ **Atención hospitalaria:** El paciente ( ☐ fue / ☐ está / ☐ será ) ingresado para pasar la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en la(s) siguiente(s) fecha(s): \_\_\_\_\_
- ☐ **Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, cirugía ambulatoria, faringitis estreptocócica)
- Debido a la condición de salud del paciente, el paciente ( ☐ estuvo / ☐ está / ☐ estará ) incapacitado por más de tres días calendario completos consecutivos.
  - El paciente ( ☐ fue / ☐ es / ☐ será ) atendido en la(s) siguiente(s) fecha(s): \_\_\_\_\_
  - La condición de salud ( ☐ tuvo / ☐ tiene / ☐ también resultó(ron) en un curso de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (por ejemplo, medicamentos recetados (que no sean de venta libre), terapia que requiere equipo especial, etc.)

**¿Preguntas?** Contáctenos al **877-369-0979**  
o encuétranos en línea en [archinsurance.com/disability](https://archinsurance.com/disability)  
25-10-DBL33

## Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Estado de salud del empleado

- ☐ **Embarazo:** La condición es embarazo. Indique la fecha prevista de parto: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)
- ☐ **Condiciones de salud crónicas:** (por ejemplo, asma, migrañas) Se espera que las visitas de tratamiento sean al menos dos veces al año.
- ☐ **Condiciones de salud permanentes o de largo plazo:** Debido a la condición de salud, la incapacidad es permanente o de largo plazo y requiere la supervisión continua de un profesional de la salud (incluso si no se proporciona tratamiento activo).
- ☐ **Condiciones de salud que requieren múltiples tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, cirugía restaurativa, etc.) Debido a la condición de salud, es médicamente necesario que el paciente reciba múltiples tratamientos.
- ☐ **Ninguna de las anteriores:** Si no se marca ninguna de las categorías anteriores (p. ej., hospitalización, embarazo), no se necesita información adicional. Firme y feche el formulario, haga una copia para sus archivos y devuélvalo al paciente.

2 **Código de diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Descripción del diagnóstico:** \_\_\_\_\_

3 **Primera fecha de incapacidad:** | m | m | d | d | a | a | a | a |  
| \_ | \_ | / | \_ | \_ | / | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Fecha en que examinó por primera vez al paciente por esta condición:** | m | m | d | d | a | a | a | a |  
| \_ | \_ | / | \_ | \_ | / | \_ | \_ | \_ | \_ |

4 **Última visita al consultorio:** | m | m | d | d | a | a | a | a |  
| \_ | \_ | / | \_ | \_ | / | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Próxima visita al consultorio:** | m | m | d | d | a | a | a | a |  
| \_ | \_ | / | \_ | \_ | / | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Fecha prevista de regreso al trabajo:** \_\_\_\_\_

5 **En relación con la condición de salud por la cual su paciente solicita tiempo fuera del trabajo, ¿considera que la condición de salud fue causada por o relacionada de alguna manera con una lesión o enfermedad en el lugar de trabajo?**

☐ Sí ☐ No

6 **Si el empleador no proporciona una declaración de las funciones esenciales de su paciente ni una descripción del puesto, responda estas preguntas basándose en la propia descripción del paciente de las funciones esenciales del puesto. Un empleado que debe ausentarse del trabajo para recibir tratamiento médico, como visitas médicas programadas, por una condición de salud, se considera incapaz de realizar las funciones esenciales del puesto durante la ausencia para recibir tratamiento.**

Debido a su estado de salud, mi paciente ( ☐ no pudo/ ☐ no puede/ ☐ no podrá) realizar una o más de sus funciones laborales esenciales. Identifique al menos una función laboral esencial que su paciente no pudo/no podrá/no podrá realizar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ¿Preguntas?

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

Parte B Continúa en la página siguiente

25-10-DBL33

**Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Estado de salud del empleado**

**7 Marque las casillas correspondientes y complete la información que mejor describa el tipo de tiempo fuera del trabajo que el solicitante necesitará debido a su propia condición de salud.**

☐ **Licencia continua:** Mi paciente ha/estará incapacitado por un solo período continuo debido a su propia condición de salud, incluido el tiempo de tratamiento y recuperación que comienza el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y termina el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

☐ **Licencia por horario de trabajo reducido:** Mi paciente deberá trabajar un horario de trabajo reducido debido a su propia condición de salud y al período de tratamiento y recuperación asociado que comienza el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y termina el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por lo siguiente:

- ☐ una jornada laboral reducida: limitada a \_\_\_\_ horas por día;
- ☐ una semana laboral reducida: limitada a \_\_\_\_ día(s) por semana
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

☐ **Licencia intermitente - Incapacidad:** Se espera que mi paciente tenga brotes periódicos en los que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Describa la frecuencia y duración estimadas de los brotes (p. ej., 1 vez por semana con una duración de 4 horas), (p. ej., 1 vez cada 3 meses con una duración de 1 a 2 días), (p. ej., 3 veces al mes con una duración de 1 día). **Seleccione y complete una opción:**

- ☐ **Semanal:** \_\_\_\_ vez cada \_\_\_\_ semana(s) durante una duración de \_\_\_\_ hora(s) o \_\_\_\_ día(s) por incident:
- O ☐ **Mensual:** \_\_\_\_ vez cada \_\_\_\_ semana(s) durante una duración de \_\_\_\_ hora(s) o \_\_\_\_ día(s) por incident:

☐ **Licencia intermitente - Tratamientos:** Se espera que mi paciente tenga brotes periódicos en los que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Describa la frecuencia y duración estimadas de los tratamientos/citas. (p. ej., 1 vez por semana, 2 horas de duración), (p. ej., 1 vez al mes, 4 horas de duración) (p. ej., 3 veces cada 2 meses, 6 horas de duración). **Seleccione y complete una opción:**

- ☐ **Semanal:** \_\_\_\_ vez cada \_\_\_\_ semana(s) durante una duración de \_\_\_\_ hora(s) o \_\_\_\_ día(s) por incident:
- O ☐ **Mensual:** \_\_\_\_ vez cada \_\_\_\_ semana(s) durante una duración de \_\_\_\_ hora(s) o \_\_\_\_ día(s) por incident:

**Información y firma del proveedor médico.**

**Imprimir el nombre del proveedor médico que da el tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Certificación por la junta médica/especialidad:** \_\_\_\_\_

**Dirección comercial del proveedor médico que da el tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Número de licencia de certificación:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Número telefónico:** ( \_\_\_\_ \_\_\_\_ ) - | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | - | \_\_\_\_ \_\_\_\_ |

**Número de fax:** ( \_\_\_\_ \_\_\_\_ ) - | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | - | \_\_\_\_ \_\_\_\_ |

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor médico que da el tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** | <sup>m</sup> \_\_\_\_ | <sup>m</sup> \_\_\_\_ / | <sup>d</sup> \_\_\_\_ | <sup>d</sup> \_\_\_\_ / | <sup>a</sup> \_\_\_\_ | <sup>a</sup> \_\_\_\_ | <sup>a</sup> \_\_\_\_ | <sup>a</sup> \_\_\_\_

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

**Solicitud de pago por licencia en Minnesota** | Estado de salud del empleado

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

Fecha: | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ | / | \_\_\_\_ |

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

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 | Estado de salud del empleado

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 localizados, ¿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 localizados 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 (\$)
<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](https://archinsurance.com/disability)



## Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Estado de salud del empleado

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 Pago de licencia proporcionada por el empleador durante el período de licencia

a. ¿El empleado utilizará alguna licencia paga 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 afirma 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 enuéntrémos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)