



Pago por Licencia  
en Minnesota  
**MINNESOTA**

## Condición grave de salud de un familiar

Si trabaja en Minnesota, puede solicitar los beneficios del Seguro de Pago de Licencia en Minnesota. 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 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 Licencias Pagadas 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 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 licencia remunerada en Minnesota | Condición grave de salud de un familiar**

## Parte A: Información del empleado

(debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

<p><b>1</b> Nombre legal del empleado: _____            (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)</p> <p><b>2</b> Dirección postal del empleado:  <b>Dirección</b> _____    <b>Ciudad</b> _____ <b>Estado</b>   ____   <b>Código postal</b>   ____  </p> <p><b>3</b> Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____</p> <p><b>4</b> Fecha de nacimiento del empleado:   ____   ____ /   ____   ____ /   ____   ____   ____  </p>
---

\*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 encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)  
 25-10-DBL34

**Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Condición grave de salud de un 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** Seleccione a su familiar. El familiar es su:

- Hijo (de cualquier edad)  Esposo  Pareja doméstica
- Padre o parente de su cónyuge/pareja doméstica
- Hermano o hermano de su cónyuge / pareja doméstica
- Abuelo o abuelo de su cónyuge/pareja doméstica
- Nieto o nieto de su cónyuge/pareja doméstica
- Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es como una relación familiar

Las relaciones incluyen: relaciones biológicas, de cuidado temporal, adoptivas, de padrastro o madrastra, y relaciones en lugar de los padres, así como las mismas relaciones con el cónyuge o pareja de hecho del empleado, si corresponde.

**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 | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | 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 | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | hasta | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ |

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

## ¿Preguntas?

Contáctenos al 877-369-0979

o encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

25-10-DBL34

**Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Condición grave de salud de un familiar****Parte A (Continuación)****10 ¿La licencia será por un periodo de tiempo continuo o intermitente?** Continuo

Fecha de inicio de la licencia

m	m	d	d	a	a	a	a	m	m	d	d	a	a	a	a

Fecha de finalización de la licencia

m	m	d	d	a	a	a	a	m	m	d	d	a	a	a	a

 Las fechas son estimadas Intermitente

Identifique las fechas en las que se tomará la licencia intermitente:

 Las fechas son estimadas Reducido

Fecha de inicio de la licencia:

m	m	d	d	a	a	a	a

Frecuencia de las salidas:

 Las fechas son estimadas**11 ¿Se le dio a su empleador un aviso con 30 días de anticipación para esta licencia?** Sí

Fecha de aviso proporcionado al empleador

m	m	d	d	a	a	a	a

 No

Razón:

--	--	--	--	--	--	--	--

**12 ¿Ha recibido o reclamado alguno 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 pagada 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 declara que la información que proporciono es verdadera y precisa en la medida de mis conocimientos.

**Firma del empleado:**

m	m	d	d	a	a	a	a

Fin de la Parte A

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

**Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Condición grave de salud de un familiar**

# **Parte B:** Minnesota - Certificación de proveedores de atención médica

**Consejos importantes al completar este formulario**

Para solicitar los beneficios del Pago de licencia de Minnesota, deberá devolver este formulario de certificación médica. Para iniciar el proceso, complete las Secciones 1 y 2 y envíelo al profesional de la salud que trata a su familiar. Para que complete la Sección 3, envíenosalas junto con su solicitud y cualquier otro documento de respaldo como parte de su solicitud de beneficios.

**Sección 1: Información del empleado - Para que la complete 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: Acerca del miembro de la familia**

- 1** **Seleccione a su familiar. El familiar es su:**
  - Hijo (de cualquier edad)       Esposo       Pareja doméstica
  - Padre o parente de su cónyuge/pareja doméstica
  - Hermano o hermano de su cónyuge / pareja doméstica
  - Abuelo o abuelo de su cónyuge/pareja doméstica
  - Nieto o nieto de su cónyuge/pareja doméstica
  - Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es o es como una relación familiar

Las relaciones incluyen: relaciones biológicas, de cuidado temporal, adoptivas, de padrastro o madrastra, y relaciones en lugar de los padres, así como las mismas relaciones con el cónyuge o pareja de hecho del empleado, si corresponde.

- 2** **Nombre del miembro de la familia:** \_\_\_\_\_  
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)
  
- 3** **Fecha de nacimiento del miembro de la familia:**

m	m	d	d	a	a	a	a

 / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  
- 4** **Dirección postal del miembro de la familia:**  
**Dirección** \_\_\_\_\_  
  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** | \_\_\_\_\_ | **Código postal** | \_\_\_\_\_ |

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

Parte B Continúa en la página siguiente

25-10-DBL34

## Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Condición grave de salud de un familiar

### Sección 3: Para ser completada por el proveedor de atención médica del miembro de la familia

Un familiar de su paciente ha solicitado ausentarse del trabajo para cuidarlo. Para que podamos tomar una decisión sobre la solicitud del empleado para recibir beneficios de MN PFML por el cuidado de su paciente, necesitamos que complete la información de la Sección 3. 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 de salud grave 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): \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
  - 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.)
- Embarazo:** La condición de salud es embarazo. Indique la fecha prevista de parto:
- 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 médicaamente 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** Fecha de inicio del problema de salud:  m  m /  d  d /  a  a a a

Fecha en que examinó por primera vez al paciente por esta condición de salud:  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: \_\_\_\_\_

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

Parte B Continúa en la página siguiente

## Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Condición grave de salud de un familiar

**5** Para tener derecho a los beneficios, la atención del paciente debe ser médica mente necesaria. Describa brevemente el tipo de atención que necesita el paciente (p. ej., asistencia con necesidades médicas básicas, higiene, nutrición, seguridad, transporte, cuidado físico o bienestar psicológico).

**6** Marque las casillas correspondientes y complete la información que mejor describa el tipo de tiempo fuera del trabajo que el reclamante necesitará para cuidar a su familiar (su paciente).

**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 médica mente necesaria a partir del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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 incidente;
- Mensual:** \_\_\_\_ vez cada \_\_\_\_ semana(s) durante una duración de \_\_\_\_ hora(s) o \_\_\_\_ día(s) por incidente;

**Licencia intermitente - Tratamientos:** Se espera que mi paciente tenga brotes periódicos en los que la ausencia intermitente del trabajo será médica mente 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 incidente;
- Mensual:** \_\_\_\_ vez cada \_\_\_\_ semana(s) durante una duración de \_\_\_\_ hora(s) o \_\_\_\_ día(s) por incidente;

### Información y firma del proveedor de atención médica

Imprimir el nombre del proveedor de atención médica tratante:

Certificación de especialidad/junta:

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:

m m d d a a a a

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

**Solicitud de Pago por Licencia en Minnesota | Condición grave de salud de un 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 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 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 | Condición grave de salud de un 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 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 (\$)

**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 | Condición grave de salud de un 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 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:

\_\_\_\_\_

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 encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)