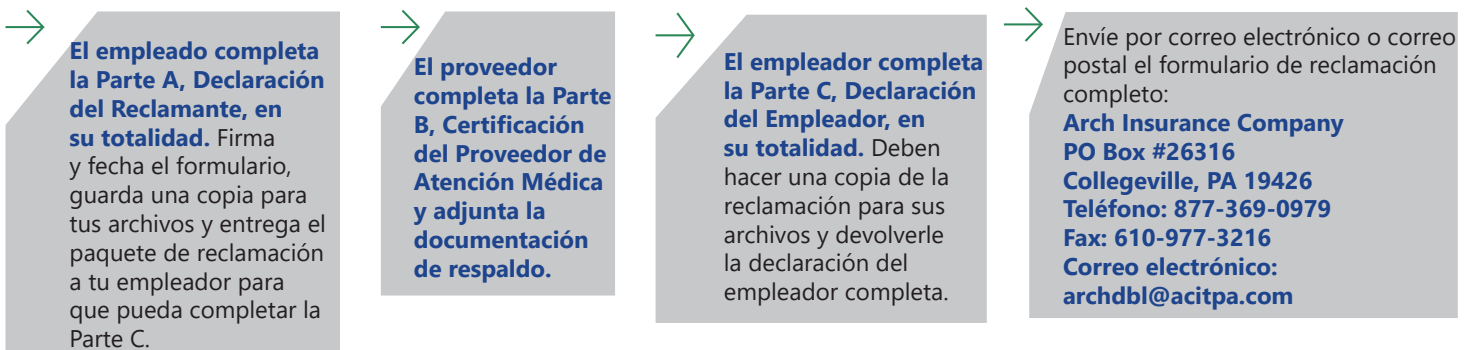


Si trabaja en Minnesota, puede solicitar los beneficios del Seguro de Pago de Licencia en Minnesota. Arch Insurance revisará todas las solicitudes presentadas para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación 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



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)

- 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
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 padre 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 | ^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 (\$)** | _ _ |

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

25-10-DBL34

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, envíenosla 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 padre 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

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 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 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**

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 médicamente 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 médicamente 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;
- O ☐ **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 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 incidente;
- O ☐ **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: _____

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

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o enuéntrémos en línea en archinsurance.com/disability
25-10-DBL34

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: | ^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 salir:**Fecha: | ^m _ | ^m _ / | ^d _ | ^d _ / | ^a _ | ^a _ | ^a _ | ^a _ |**10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?**☐ Sí ☐ NoFecha 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 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 (\$)
<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: _____

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

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 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