

Si trabaja en Minnesota, puede solicitar los beneficios del Seguro del Pago de Licencia de 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

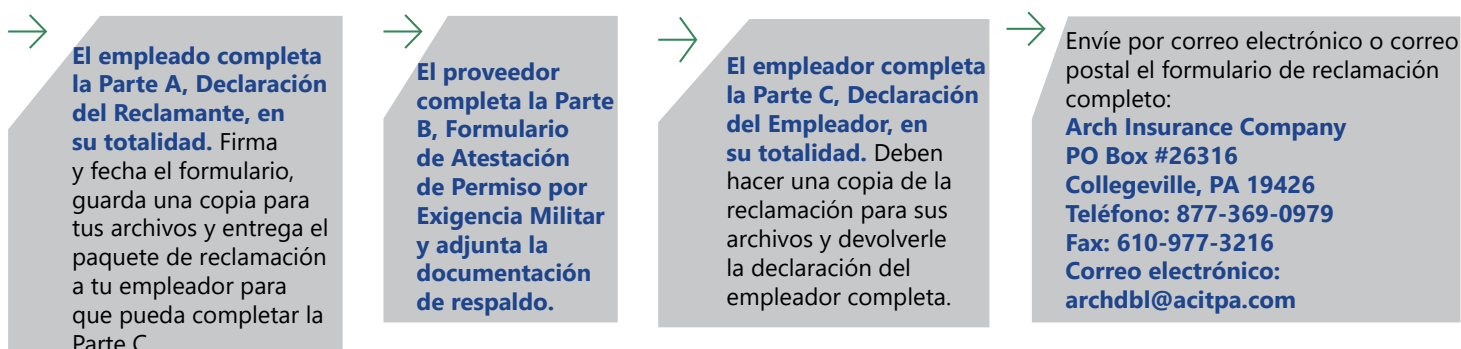


Planifique sus licencias. Puede tomarlas de forma continua, intermitente o con un horario reducido, de acuerdo con el programa de Pago de licencias de Minnesota.



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



Solicitud de Pago por licencia en Minnesota | Licencia por exigencia militar

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:** | ____ / ____ / ____

*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 encuétranos en línea en archinsurance.com/disability
 25-10-DBL35

Solicitud de Pago por licencia en Minnesota | Licencia por exigencia militar

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 | 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-DBL35

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por exigencia militar

Parte A (Continuación)

9 ¿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 Fecha de finalización de la licencia 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

10 ¿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:

11 ¿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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Incapacidad a corto plazo (ITP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Otro (enfermedad/licencias/ tiempo libre remunerado u otra licencia paga por el empleador). Por favor, especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 proporcione es verdadera y precisa en la medida de mis conocimientos.

Firma del empleado:

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

Fin de la Parte A

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

25-10-DBL35

Parte B: Formulario de certificación de licencia por exigencia militar

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: Acerca del familiar militar

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 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 Dirección postal del miembro de la familia:

Dirección _____

Ciudad _____

Estado | _____ |

Código postal | _____ |

Sección 3: Sobre la necesidad de licencia por urgencia calificada

Si se aprueba, puede tomar una licencia por el servicio activo de su familiar o la notificación de un llamado o una orden inminente para el servicio activo en las fuerzas armadas. Debe adjuntar a esta certificación una copia de las órdenes de servicio activo del familiar u otra documentación emitida por las fuerzas armadas que indique que el familiar está en servicio activo cubierto o que ha sido llamado para el servicio activo cubierto, como la correspondencia militar oficial de la cadena de mando del miembro militar. Por cada motivo marcado, presente la documentación o información de respaldo para agilizar el proceso de su solicitud. Es posible que necesitemos otra información o documentación necesaria para respaldar su solicitud.

1 Necesito una licencia por los siguientes motivos. Marque todos los que correspondan:

☐ Proporcionar atención u otras necesidades del hijo de un miembro de la familia militar u ☐ otro miembro de la familia

☐ Realizar arreglos financieros o legales para el miembro de la familia en el servicio militar.

☐ Asistir a consejería ☐ Asistir a eventos o ceremonias militares

☐ Pasar tiempo con el familiar militar durante una licencia de descanso/recuperación o después de regresar del despliegue.

☐ Realizar arreglos después de la muerte del familiar en el servicio militar.

2 ¿Hay documentación escrita disponible y adjunta que respalde esta solicitud de licencia?

☐ Sí ☐ No ☐ No disponible

¿Preguntas?

Contáctenos al 877-369-0979
o encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por exigencia militar

Sección 4: Fecha, duración y frecuencia de la licencia por exigencia que califica

Proporcione información sobre la duración de la licencia necesaria. Varias preguntas en esta sección buscan información sobre la frecuencia o duración de la licencia por exigencia que califica. Sea lo más específico posible; términos como “desconocido” o “indeterminado” podrían no ser suficientes para justificar la cobertura de la licencia remunerada.

Si necesita diferentes fechas, duración o frecuencia de licencia debido a más de una exigencia justificada, proporcione la información a continuación para cada motivo. Puede utilizar el espacio a continuación, copias de esta página o páginas adicionales.

1 Enumere la fecha aproximada en que comenzó o comenzará la licencia:

(mm/dd/aaaa)

2 Proporcione su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde:

Hasta:

(mm/dd/aaaa)

(mm/dd/aaaa)

Complete los puntos 3, 4 y/o 5 según corresponda:

3 Debido a una licencia por exigencia militar, tendré que ausentarme del trabajo durante un período continuo. Indique su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde

hasta:

(mm/dd/aaaa)

(mm/dd/aaaa)

4 Debido a la exigencia calificada, necesitaré ausentarme del trabajo de forma intermitente (periódicamente). Indique su mejor estimación de la frecuencia con la que deberá ausentarse y la duración de cada cita, reunión o ausencia.

Desde: (mm/dd/aaaa) hasta: (mm/dd/aaaa), estaré ausente veces por ☐ día/ ☐ semana/ ☐ mes,

probablemente dure aproximadamente ☐ horas por/ ☐ días por episodio

5 Debido a una exigencia calificada, necesito trabajar con un horario reducido. Indique su mejor estimación del horario reducido que podría trabajar.

Desde: (mm/dd/aaaa) hasta (mm/dd/aaaa), Soy capaz de trabajar (por ejemplo, 5 horas/día, hasta 25 horas a la semana).

6 Utilice este espacio para proporcionar la información solicitada en 3, 4 o 5 en cuanto a motivos adicionales de licencia por calificada, si hay más de uno, y/o para proporcionar cualquier información de respaldo adicional:

Sección 5: 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 exigencia militar que califica según lo dispuesto por la Ley de Licencia Pagada de Minnesota.

Firma del empleado:

Fecha:

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

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por exigencia militar

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:**

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

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por exigencia militar

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 enuétrnos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por exigencia militar

Nombre del empleado:

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

☐ Sí ☐ No

Fecha de aviso proporcionado al empleador: | m m / | d d / | a a a a |

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

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