



Pago por licencia en
Minnesota
MINNESOTA

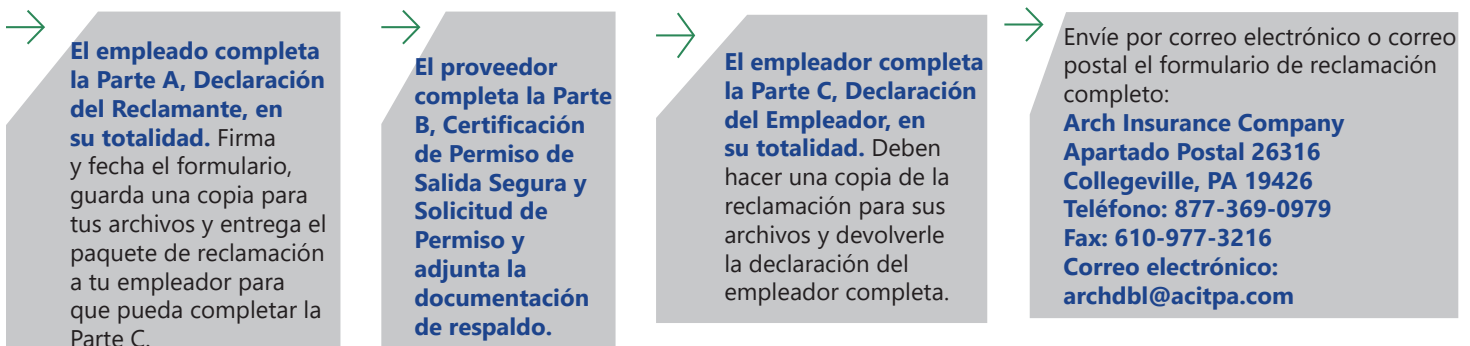
Licencia por medidas de seguridad

Si trabaja en Minnesota, puede solicitar los beneficios del Seguro de Licencia Pagada 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 vacaciones.** 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 | Licencia segura

Parte A: Información del empleado (debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

- Nombre legal del empleado:** _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)
- Dirección postal del empleado:**
Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** | ____ | **Código postal** | ____ |
- Número de Seguro Social:** ____ - ____ - ____
m m d d a a a a
- 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 encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability
25-10-DBL36

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por medidas de seguridad

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 **The Family Member's Relationship to the Employee (Claimant) is:**

- ☐ Ser ☐ Esposa ☐ Padre o padre del cónyuge ☐ Abuelo o abuelo del cónyuge
- ☐ Nieto ☐ Niño (de cualquier edad) o cónyuge del niño ☐ Hermano o hermano del cónyuge ☐ pareja de hecho
- ☐ Persona con la que el empleado tiene un vínculo significativo que es o es como una relación familiar

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 _ hasta | ^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 _ hasta | ^m _ ^m _ / | ^d _ ^d _ / | ^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-DBL36

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por medidas de seguridad

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 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

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"/>	<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 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

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

Parte B: certificación de permiso de ausencia seguro

Instrucciones importantes para completar su solicitud de beneficios:

Para solicitar los beneficios de la Licencia Pagada de Minnesota, debe completar este formulario y enviárnoslo junto con su solicitud y demás documentos de respaldo, como se describe a continuación. La información incompleta o faltante puede causar demoras en el procesamiento de la solicitud.

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: Certificación de la necesidad de una licencia segura

“Licencia por seguridad” significa licencia del trabajo debido a abuso doméstico, agresión sexual o acecho del solicitante o de un miembro de su familia.

1

CERTIFICACIÓN: Certifico que necesito una licencia segura de la siguiente manera (marque las que correspondan):

☐ Soy víctima de abuso doméstico, acecho o agresión o abuso sexual según se define anteriormente.

☐ El miembro de mi familia identificado a continuación es víctima de abuso doméstico, acecho o agresión o abuso sexual según se define anteriormente.

Nombre:

Relación conmigo:

Firma del empleado:

Fecha:

m m / d d / a a a a

Sección 3: Motivo(s) de la licencia y fechas/duración solicitadas

Si se aprueba, podrá tomarse una licencia por uno o más de los siguientes motivos. Para cada motivo marcado, deberá proporcionar las fechas y horas previstas de su licencia y la documentación justificativa indicada. Consulte también la Nota sobre otra documentación justificativa al final de esta sección.

Necesito ausentarme por los siguientes motivos. Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Busque atención médica relacionada con la lesión o discapacidad física o psicológica causada por abuso doméstico, agresión sexual o acecho.

Fecha(s) y duración de cada baja. Si aún no dispone de la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por medidas de seguridad

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: aviso u orden de audiencia judicial, evidencia de nombramientos de abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa):



Obtenga servicios de una organización que brinda servicios para víctimas.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no está disponible la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: evidencia de citas médicas o de asesoramiento):



Obtenga asesoramiento psicológico o de otro tipo.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: evidencia de mudanza, nueva casa en alquiler, designación o instalación de una empresa de seguridad o declaración escrita y firmada del familiar que asista con estas tareas):



Solicitar reubicación debido a abuso doméstico, agresión sexual o acecho.

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone de la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: notificación u orden de audiencia judicial, evidencia de nombramiento de abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa):

¿Preguntas?

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

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por medidas de seguridad

☐ **Búsqueda de asesoramiento legal o toma de acciones legales, incluida la preparación o participación en cualquier procedimiento legal civil o penal relacionado con, o resultante de, el abuso doméstico, la agresión sexual o el acecho.**

Fecha(s) y duración de cada licencia. Si aún no dispone de la información exacta, proporcione una estimación y notifíquenosla lo antes posible en cuanto esté disponible.

Describa y adjunte la documentación de respaldo proporcionada (ejemplos: notificación u orden de audiencia judicial, evidencia de nombramiento de abogados, declaración de servicios para víctimas o grupo de defensa):

NOTA: Otra documentación de respaldo.

- Para cualquier motivo de licencia, podríamos requerir otra información o documentación razonable necesaria para resolver su solicitud de beneficios.
- En lugar de los ejemplos de documentación anteriores, también puede respaldar su solicitud de licencia con una declaración escrita y firmada que acredite que se toma la licencia por uno de los motivos previstos en la Ley PFML. Si elige esta opción, incluya su declaración en las secciones marcadas arriba (utilice el espacio adicional a continuación o las páginas adicionales si es necesario) o envíe su declaración como documento aparte.

Sección 4: 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 motivos de seguridad según lo dispuesto por la Ley de Pago por licencia de Minnesota.

Firma del empleado:

Fecha: | ^m / | ^m / | ^d / | ^d / | ^a / | ^a / | ^a / | ^a |

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por medidas de seguridad

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☐ No

Fecha de regreso al trabajo: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____

☐ Real☐ Estimado**11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado:** _____**¿Preguntas?** Contáctenos al **877-369-0979**
o encuétrémos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de pago por licencia en Minnesota | Licencia por medidas de seguridad

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 medidas de seguridad

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 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 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 enuéntrémos en línea en archinsurance.com/disability