Arch | Insurance

Permiso Pagado de Oregón

Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Si trabaja en Oregón, puede enviar una solicitud para el Seguro de permiso familiar y médico pagado (Paid Family and Medical Leave Insurance, PFMLI) de Oregón. Arch Insurance evaluará todas las solicitudes para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que envía una solicitud para un permiso de ausencia deberá completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Esta solicitud ("reclamo") la completa la persona que solicita los beneficios de permiso de ausencia pagado (el "solicitante"). Las solicitudes pueden presentarse hasta 30 días antes del comienzo del permiso de ausencia solicitado, y hasta 30 días después de su comienzo. Una solicitud de beneficios totalmente completada incluye una declaración del solicitante, una declaración del empleador, una certificación relacionada con el tipo de permiso de ausencia que se solicita y la documentación que justifique el permiso de ausencia. Los reclamos presentados fuera de este plazo serán denegados a menos que se dé una causa justificada para la presentación tardía. La presentación del reclamo es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios de permiso de ausencia pagado. El solicitante es responsable de dar cualquier otra información que se pida, o que falte, durante el proceso de reclamo y es responsable de informar a todas las partes necesarias de cualquier cambio en los planes del permiso de ausencia.

Antes de enviar una solicitud para OR PFMLI...

✓ **Consulte los requisitos de elegibilidad para el permiso de ausencia**

✓ **Planifique su permiso de ausencia.** El permiso de ausencia se puede tomar de manera continua (también conocido como permiso de ausencia en bloque) o intermitentemente, de acuerdo con OR PFMLI.

✓ **Informe a su empleador de OR** al menos 30 días antes del comienzo del permiso de ausencia (si el permiso de ausencia es previsible). De lo contrario, informe a su empleador lo antes posible.

Complete sus formularios de reclamo y adjunte la documentación necesaria

→ **El empleado completa la Parte A, Declaración del solicitante, en su totalidad.** Firme y feche el formulario, conserve una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamo a su empleador para que pueda completar la Parte B.

→ **Su empleador de Oregón completa la Parte B, Declaración del empleador, en su totalidad.** Él debe hacer una copia del reclamo para sus archivos y devolverle a usted la declaración del empleador completada.

→ **El empleado completa la *Certificación de vinculación afectiva* y adjunta la documentación de respaldo.**

→ Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamo completado a:
Arch Insurance Company
P.O. Box 26316
Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979
Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

* Los beneficios mencionados aquí están respaldados por Arch Insurance Company, n.° de NAIC 11150, una compañía miembro de Arch Insurance Group, Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para obtener más información sobre los términos y condiciones. La información que presente a Arch en este formulario se usará para administrar los beneficios de Permiso Pagado de Oregón. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y la cantidad del beneficio, Arch puede compartir su información con sus empleadores actuales o anteriores y con los socios de Permiso Pagado de Oregón. Visite **archinsurance.com/disability** o llame al **877-369-0979** para obtener más información.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte A: Información del empleado

(La debe completar el empleado que solicita el permiso de ausencia)

Información demográfica

1 **Nombre legal del empleado:** _____
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2 **Dirección postal del empleado:**

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ __ |

3 **Número de Seguro Social:** __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

4 **Fecha de nacimiento del empleado:** m m / d d / a a a a | __ __ / __ __ / __ __ __ __ |

5 **Sexo del empleado:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No designado/otro

6 **Teléfono del empleado:** (__ __ __) - | __ __ __ | - | __ __ __ __ |

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** _____

Información del permiso de ausencia

8 **Patrón del permiso de ausencia y períodos solicitados:**

☐ Continuo:

Fecha de comienzo del permiso de ausencia

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

Fecha de finalización del permiso de ausencia

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

☐ Intermitente:

Fecha de comienzo del permiso de ausencia

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

Fechas solicitadas:

_____

_____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte A, continúa

Aviso al empleado:
Para los permisos de ausencia previsibles es necesario dar con antelación un aviso a su empleador. Para los permisos de ausencia imprevisibles es necesario dar a su empleador un aviso en el plazo de 24 horas después del comienzo del permiso de ausencia, y por escrito en el plazo de 3 días después de su comienzo.

9 **¿Le dio a su empleador un aviso de 30 días para este permiso de ausencia?**

☐ Sí — Fecha en que dio aviso al empleador m m / d d / a a a a

☐ No — Motivo: _____

10 **Otros tipos de permisos de ausencia:**
Dé información sobre otros tipos de beneficios/permisos de ausencia tomados o solicitados en las 52 semanas anteriores, y si se prolongarán durante el período de permiso de ausencia solicitado actual cubierto por este reclamo.

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo	☐	☐		
b. Compensación de los trabajadores	☐	☐		
c. Ley de Licencia Familiar de Oregón (OFLA)	☐	☐		
d. OR PFML/Permiso Pagado de Oregón	☐	☐		

Información del empleo

Términos clave:

Año de beneficios: un período de 52 semanas consecutivas que comienza el domingo inmediatamente anterior al día en que comienza el permiso de ausencia familiar, el permiso de ausencia médico o el permiso de ausencia por seguridad para el solicitante, excepto que el año de beneficios será de 53 semanas si un año de beneficios de 52 semanas diera como resultado una superposición de cualquier trimestre calendario del año base de un reclamo válido de beneficios de PFML presentado previamente. Un solicitante solo puede tener un año de beneficios válido a la vez.

Año base: los cuatro primeros de los cinco últimos trimestres calendario completos anteriores al año de beneficios

Salario: tiene el significado que se le da a ese término en ORS 657.105, incluyendo, entre otros: comisión o salario garantizado, pago compensatorio, bonificaciones, pago por vacaciones/PTO/enfermedad/día festivo, propinas y gratificaciones, asignaciones por despido o separación.

El salario no incluye: reembolso de gastos de comidas/viajes, pensiones, pago de jurado, donaciones que no sean propinas/gratificaciones, beneficios pagados mediante un plan de cafetería

Ejemplo: Jada envía una solicitud al OR PFMLI para un permiso de ausencia para vinculación afectiva con fecha de comienzo el 9/20/2023. Su año de beneficios comenzará el 9/17/2023, que es el domingo anterior al comienzo del permiso de ausencia el **9/20/2023**. El año base de Jada para reportar el salario son los **(4) primeros** de los **(5) trimestres anteriores completados**. Basándose en su fecha de comienzo, los trimestres retroactivos son **1. 4/1 - 6/30/22 2. 7/1 - 9/30/22 3. 10/1 - 12/31/22 4. 1/1 - 3/31/23 5.** 4/1 - 6/30/23. El salario bruto de estos 4 primeros trimestres (4/1/2022-3/31/2023) se usará para determinar su salario semanal promedio. El salario bruto de Jada durante ese período fue de $39,000, lo que hace que sus ingresos semanales base sean de $750. Esta cantidad se usará para calcular su tasa de beneficio semanal según OR PFMLI.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte A, continúa

11 **Dé el nombre y la información de sus empleadores recientes:**
Si tuvo más de un empleador en el año base (los cuatro primeros de los cinco últimos trimestres calendario completos anteriores al año de beneficios), nombre a todos los empleadores. Salario es la suma total de su salario bruto (antes de impuestos) en los 4 primeros de los 5 últimos trimestres anteriores a su solicitud de permiso de ausencia, para ese empleador. El salario solo debe reflejar el salario recibido en el empleo de OR. El promedio de horas y días trabajados por semana está basado en su horario de trabajo habitual, un promedio de las 12 semanas anteriores a su último día trabajado antes del permiso de ausencia.

Nombre del empleador n.° 1 _____

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ **Estado** | __ __ | **Código postal** | __ __ __ __ __ |

N.° promedio de horas trabajadas/semana | __ | **N.° promedio de días trabajados/semana** | __ |
Salario promedio ($) | _____ |

Días de la semana generalmente trabajados:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

Nombre del empleador n.° 2 _____

Calle _____

Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ **Estado** | __ __ | **Código postal** | __ __ __ __ __ |

N.° promedio de horas trabajadas/semana | __ | **N.° promedio de días trabajados/semana** | __ |
Salario promedio ($) | _____ |

Días de la semana generalmente trabajados:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

Si son más de 3 empleadores de OR recientes, incluya la información en una hoja aparte.

12 **Consentimiento para obtener el salario de todos los empleadores de OR:** (Solo complete esta pregunta si tuvo más de 1 empleador de OR durante el año base).

Si tuvo más de un empleador de OR en el año base, ¿tenemos su consentimiento para comunicarnos con el Departamento de Empleo de Oregón (Oregon Employment Department, OED) para obtener todo el salario reportado en el año base, incluyendo el de sus otros empleadores?

☐ Sí, doy mi consentimiento. ☐ No, no doy mi consentimiento.

Escriba sus iniciales aquí: _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte A, continúa

Declaración y firma:

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS O CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O FACILITAR UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO DE SEGURO QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O EQUÍVOCA PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS.

Por la presente envío una solicitud de beneficios según el Seguro de permiso familiar y médico pagado de Oregón. Con mi firma declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado: _____

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

Fin de la Parte A

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte B: Información del empleador

(La debe completar el empleador para el empleado mencionado arriba que solicita OR PFML)

1 **Información del empleador:**

Nombre legal completo del negocio

Calle

Línea de dirección 2

Ciudad Estado | __ __ | Código postal | __ __ __ __ __ |

País (si no es EE. UU.):

2 **Número de póliza:**

3 **Número federal de identificación de empleador (FEIN) del negocio:**

4 **Persona de contacto del empleador (nombre y cargo) para esta solicitud de permiso de ausencia:**

5 **Teléfono del contacto:** (__ __ __) - | __ __ __ | - | __ __ __ __ |

6 **Dirección de correo electrónico del 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 de trabajado antes del permiso de ausencia:**

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

10 **¿Se reincorporó el empleado al trabajo?**

☐ Sí ☐ No

Fecha de reincorporación al trabajo: | m m / d d / a a a a | ☐ Real ☐ Aproximada

11 **Cargo y descripción del puesto del empleado:**

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte B, continúa

12 Verificación de empleo en Oregón ("OR"):

a. ¿Se reportan los ingresos del empleado al final del año en el formulario W-2 del IRS? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 12b)

b. ¿Está el empleado sujeto a las obligaciones del Seguro de desempleo en OR? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 12c)

c. ¿Está el servicio del empleado localizado (lo presta en su totalidad) en OR? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 12d)

d. Si los servicios no están localizados, ¿está la base de operaciones del empleado en OR y parte del trabajo lo hace en OR? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 12e)

e. Si no hay una base de operaciones, ¿presta empleado algunos de los servicios en OR y recibe dirección y control de OR? ☐ Sí ☐ No (responda a la pregunta 12f)

f. Si no existe un lugar de dirección y control, ni servicios localizados ni base de operaciones en OR, ¿reside el empleado en OR? ☐ Sí ☐ No

13 Seleccione los días de la semana que generalmente trabaja el empleado:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

14 Presente la historia de los ingresos del empleado durante los 5 trimestres calendario completos anteriores a la solicitud de permiso de ausencia:

Final del trimestre (mm/aaaa)	Salario bruto ($)

15 Dé las horas de trabajo programadas de las últimas 4 semanas en las que el empleado se presentó a trabajar antes del permiso de ausencia:

Semana 1 _____

Semana 2 _____

Semana 3 _____

Semana 4 _____

Promedio: _____

16 ¿Se usará el permiso de ausencia de manera continua o intermitente? Dé la información abajo.

	Fecha de comienzo (mm/dd/aaaa)		Hasta (mm/dd/aaaa)
Permiso de ausencia en bloque/permiso de ausencia continuo:		—	

Permiso de ausencia intermitente: Fechas solicitadas: _____

¿Tiene preguntas?

Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte B, continúa

17 **¿Le comunicó el empleado que solicitaba el permiso de ausencia previsible con 30 días de antelación?**

☐ Sí ☐ No

Fecha en que se dio aviso al empleador: m m / d d / a a a a

18 **¿Ha recibido o reclamado el empleado alguno de los siguientes beneficios en las 52 semanas anteriores?**

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Beneficios por desempleo (CESA)	☐	☐		
b. Compensación de los trabajadores debido a una enfermedad/lesión relacionada con el trabajo	☐	☐		
c. Permiso Pagado de Oregón	☐	☐		
d. Otro (Permiso de ausencia por enfermedad/ vacaciones/PTO u otros tipos de permisos de ausencia que da el empleador. Especifique).	☐	☐		

19 **Permiso de ausencia pagado que da el empleador durante el período de permiso de ausencia**

Si el empleador da un permiso de ausencia pagado acumulado u otra continuación de salario al empleado elegible durante un período de PFML, el empleador es responsable de pagar solamente la cantidad de permiso de ausencia pagado acumulado u otra continuación de salario que cuando se combina con la cantidad de beneficio semanal sea igual o menor que el salario semanal promedio del empleado elegible, de manera que el empleado elegible no reciba más del 100 % de su salario semanal promedio. Un empleado elegible debe dar su consentimiento para el uso del permiso de ausencia pagado acumulado durante los períodos de PFML.

"Permiso de ausencia pagado acumulado" significa el permiso ganado por, o de otra manera, dado a un empleado elegible según un plan o política de beneficios que ofrece el empleador, incluyendo, entre otros, pago por enfermedad (incluyendo el Permiso de ausencia pagado por enfermedad de Oregón), permiso de ausencia anual, pago por vacaciones, permiso de ausencia personal, permiso de ausencia compensatorio o tiempo libre pagado. El permiso de ausencia pagado acumulado no incluirá (i) una política o programa por discapacidad del empleador; o (ii) una política de permiso familiar o médico pagado del empleador.

a. ¿Usará el empleado algún permiso de ausencia pagado acumulado **durante el período de permiso de ausencia solicitado?**

☐ Sí (responda a la pregunta b) ☐ No

b. ¿Recibirá el empleado un reemplazo de salario **durante todo o parte del período de permiso de ausencia solicitado?**

☐ Sí (responda a la pregunta i) ☐ No

i. Dé información sobre el tipo de reemplazo de salario y las fechas en las que se pagará:

Declaración y firma:

AVISO: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS O CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O FACILITAR UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO DE SEGURO QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O EQUÍVOCA PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS.

Soy la persona autorizada para firmar como empleador del empleado que solicita beneficios según el programa de Seguro de permiso de ausencia pagado de Oregón. Con mi firma confirmo que, a mi leal saber y entender, la información que presenté es verdadera, precisa y completa. Cualquier declaración falsa, o no dar información veraz, precisa y completa, puede dar como resultado penalizaciones monetarias y de otro tipo, y a la posibilidad de un proceso penal.

Firma del empleado:

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

Fin de la Parte B

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Solicitud de permiso familiar y médico pagado (PFML) de Oregón – Permiso de ausencia para vinculación afectiva

Parte C: Certificación de fianzas de Oregon

(para ser completado por la persona (empleado) que solicita la licencia por vínculo)

El permiso de ausencia para vinculación afectiva permite a una persona elegible tomar un permiso de ausencia del empleo para cuidar y establecer vínculos afectivos con un hijo durante el primer año después del nacimiento o de la colocación del menor. "Hijo" significa el hijo biológico, adoptado o en crianza temporal del empleado elegible. Una persona no puede exceder las 12 semanas de permiso de ausencia pagado por hijo para cuidarlo y crear vínculos afectivos con él durante el primer año después del nacimiento o la colocación inicial del menor, independientemente de que comience un nuevo año de beneficios durante el primer año después del nacimiento o colocación inicial. Las solicitudes pueden presentarse hasta 30 días antes del comienzo del permiso de ausencia solicitado, y hasta 30 días después de su comienzo. La presentación del reclamo es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios de permiso de ausencia pagado (el "solicitante"). El solicitante es responsable de dar cualquier otra información que se pida, o que falte, durante el proceso de reclamo y es responsable de informar a todas las partes necesarias de cualquier cambio en los planes del permiso de ausencia.

A partir del 1 de enero de 2025, una persona elegible también podrá tomar una licencia familiar remunerada del empleo para actividades relacionadas con el proceso legal requerido para la colocación de un niño de crianza o la adopción de un niño.

Complete este formulario y envíenoslo de vuelta junto con su solicitud y cualquier otra documentación de respaldo como parte de su reclamo de beneficios.

Sección 1: Información del empleado (la debe completar la persona (empleado) que solicita el permiso de ausencia para vinculación afectiva)

1 **Nombre legal del empleado:** _____

(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2 **Número de Seguro Social:** __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

Sección 2: Información sobre la vinculación afectiva para el menor

3 **Fecha de nacimiento REAL del menor:**

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

4 **Relación del menor con la persona que solicita el permiso de ausencia:**

- ☐ Hijo biológico
- ☐ Hijo en crianza temporal
- ☐ Hijo adoptado

5 **Fecha de colocación del hijo adoptado/en crianza temporal:**
Si solicita un permiso de ausencia para establecer vínculos afectivos con un hijo adoptado o en crianza temporal, dé la FECHA de colocación del menor con usted.

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

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Oregón - Certificación de vinculación afectiva

Continúa

Sección 3: Adjunte la documentación necesaria para el permiso de ausencia para vinculación afectiva

Incluya por lo menos uno (1) de los documentos mencionados abajo con esta solicitud para respaldar la solicitud de permiso de ausencia. Su reclamo no se puede procesar sin la documentación que respalde el permiso de ausencia.

NOTA: Los documentos acreditativos que se entreguen deben mostrar:

- El nombre y apellido del solicitante como padre/madre o tutor del menor;
- El primer nombre y apellido del menor, y
- La fecha de nacimiento del menor o de su colocación (adopción/crianza temporal).

Nacimiento del menor:

- ☐ Certificado de nacimiento del menor
- ☐ Reporte consular de nacimiento en el extranjero
- ☐ Un documento expedido por el proveedor de atención médica del menor o de la madre embarazada
- ☐ Un formulario de ingreso al hospital asociado con el parto
- ☐ Cualquier otra documentación que exija Permiso Pagado de Oregón

Adopción/crianza temporal:

- ☐ Una copia de una orden judicial que verifique la colocación en crianza temporal o la adopción
- ☐ Una carta firmada por el abogado que representa a los padres adoptivos o de crianza temporal que confirme la colocación
- ☐ Un documento de la agencia de crianza temporal, de adopción o del trabajador social implicado en la colocación que confirme la colocación
- ☐ Un documento para el menor que extienda el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services)
- ☐ Cualquier otra documentación que exija Permiso Pagado de Oregón

Declaración y firma:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con intención de defraudar o facilitar a sabiendas un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa de un hecho material, puede ser culpable de fraude de seguros. Además, certifico que, si se pagan beneficios por una cantidad superior a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios la cantidad que se pagó en exceso, y reconozco que el incumplimiento de esta obligación puede dar como resultado la acumulación de intereses y otras penalizaciones.

Por la presente envío una solicitud de beneficios según el Seguro de permiso familiar y médico pagado de Oregón. Con mi firma declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma: _____

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

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nosotros llamando al **877-369-0979** o visítenos en línea en **archinsurance.com/disability**