



El programa del Permiso Familiar Pagado de California (PFL, por sus siglas en inglés) ofrece hasta ocho semanas de pagos de beneficios a las personas que necesitan tomar una ausencia laboral para:

- **Crear un vínculo afectivo con un hijo nuevo.**
- **Cuidar a un familiar gravemente enfermo.**
- **Participar en un evento aprobado debido al despliegue militar de un familiar en el extranjero.**

Cuándo solicitar el PFL

Usted puede solicitarlo el primer día que falte a su trabajo por ausencia familiar. Debe solicitar el PFL dentro de 41 días a partir de esa fecha para evitar perder los beneficios.

Cómo completar su solicitud

Cuando complete su solicitud:

- Use únicamente tinta negra.
- Escriba claro dentro las casillas proporcionadas.
- Ingrese el número de Seguro Social que usó para obtener beneficios en todas las páginas de la solicitud, incluyendo los anexos. Si no tiene un número de Seguro Social, puede dejar las casillas en blanco.

Nota: No complete esta solicitud si usted:

- Está asegurado con un plan voluntario. Pregunte a su empleador cómo solicitar los beneficios.
- Es un empleado del estado que forma parte de la unidad de negociación (*bargaining unit*) 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 18 o 19. Use el formulario titulado en inglés *Claim for Nonindustrial Disability Insurance – Family Care Leave (NDI-FCL)* (DE 8501F).

Parte A – Declaración del Solicitante

Usted debe completar y firmar la Parte A.

- Para la pregunta A8, si tiene un buzón privado, incluya “PMB” al inicio de la dirección.
- Para recibir ayuda con las preguntas A11 y A12, consulte “Sus cantidades de beneficios” en la página 2. Su solicitud puede comenzar el primer día en que tome su ausencia laboral para el PFL. Usted no necesita tomar las ocho semanas de ausencia de forma consecutiva.

Parte B – Certificación para crear un vínculo afectivo

Complete y firme la Parte B si solicita beneficios para crear un vínculo afectivo con su hijo.

Para la pregunta B10, usted debe presentar un documento que compruebe el parentesco con su hijo. Si selecciona “Otro”, el documento debe incluir su nombre, el nombre de su hijo y la prueba de que provee cuidado y ayuda financiera.

Parte C – Declaración del familiar que recibe cuidado

Complete la Parte C si solicita beneficios para cuidar a un familiar.

Su familiar debe firmar la Parte C. Si su familiar no puede firmar o marcar una “X”, puede firmar un representante autorizado.

Parte D – Certificación del médico/profesional médico

La Parte D es para los profesionales de la salud con licencia. Si usted solicita el PFL para cuidar a un familiar, pida a su profesional de la salud con licencia que complete y firme la parte de la solicitud titulada en inglés “*Physician/Practitioner’s Certification*” (*Certificación del médico/profesional médico*). Ellos lo pueden hacer en SDI Online o en la Parte D de esta solicitud. Si usan la Parte D, asegúrese de presentarla junto con la Parte A y Parte C.

Si su familiar está bajo el cuidado de un médico practicante religioso acreditado, éste debe completar el documento titulado en inglés *Practitioner’s Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2502F). Para obtener el DE 2502F, llame al 1-877-238-4373.

No aceptamos firmas hechas con estampas.

Parte E – Certificación para apoyo militar

Complete y firme la Parte E solo si solicita el PFL debido al despliegue militar de un familiar.

Para las preguntas E10 y E12, usted debe presentar documentación que:

- Pruebe que su familiar está en servicio activo con cobertura, está de guardia o recibió una orden de servicio activo con cobertura, o ausencia militar.
- Apoye su necesidad de tomar la ausencia laboral para participar en el evento aprobado.

Cómo presentar su solicitud

Envíenos por correo su solicitud usando el sobre proporcionado. Si presenta su solicitud tarde, contiene errores o le falta información, esto podría retrasar su solicitud o se le podrían negar los beneficios.

Para que esté completa su solicitud, debemos recibir:

- **Crear un vínculo afectivo:** La Parte A, la Parte B y la documentación de apoyo.
- **Proveer cuidado:** La Parte A, la Parte C y la Parte D.
- **Solicitud de apoyo militar:** La Parte A, Parte E y la documentación de apoyo.

Después de que recibamos su solicitud completa, usted recibirá información por correo en aproximadamente dos semanas. El tiempo que tarda el trámite de una solicitud puede variar. Para un trámite más rápido, puede solicitar el PFL usando [SDI Online](#) en edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol.

Si no puede completar su solicitud debido a una incapacidad, o si usted es un representante autorizado que solicita el PFL en nombre de una persona incapacitada o fallecida, llame al 1-877-238-4373 o envíe un mensaje usando [Ask EDD](#) en askedd.edd.ca.gov.

El EDD es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Los recursos auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para solicitar los servicios, asistencia o formatos alternos, necesita hacerlo llamando al 1-866-490-8879 (voz). Los usuarios de TTY (teletipo), por favor, llamen al Servicio de Relevo de California al 711

Criterios básicos de elegibilidad

Para ser elegible para los beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), usted debe:

- No poder hacer su trabajo regular y habitual debido a la necesidad de crear un vínculo afectivo con su hijo, proveer cuidado o participar en un evento aprobado.
- Estar empleado o buscando empleo activamente cuando comience su ausencia laboral.
- Haber perdido salarios (si trabaja) debido a su necesidad de crear un vínculo afectivo con su hijo, proveer cuidado o participar en un evento aprobado.
- Haber ganado al menos \$300, de los cuales se hayan hecho retenciones del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) durante los últimos 5 a 18 meses. Vea "Sus cantidades de beneficios" en la siguiente columna.
- Presentar su solicitud dentro de 41 después del primer día en que comenzó su ausencia laboral o podría perder sus beneficios.

Si solicita el PFL para crear un vínculo afectivo:

- Usted debe usar el PFL dentro de los 12 meses del nacimiento, adopción o la colocación para crianza temporal (*foster care*) del hijo.
- El hijo debe ser hijo biológico, adoptado o estar bajo crianza temporal de usted o de su pareja doméstica registrada.

Si solicita el PFL para proveer cuidado:

- El familiar debe ser su hijo, cónyuge, pareja doméstica registrada, padre, suegro, abuelo, nieto o hermano.
- El familiar debe estar bajo el tratamiento o supervisión de un profesional de la salud con licencia mientras usted recibe beneficios.
- El profesional de la salud con licencia debe completar una certificación médica que compruebe que su familiar necesita cuidados. Si su familiar está bajo el cuidado de un médico practicante religioso certificado, éste debe completar y firmar el documento titulado en inglés *Practitioner's Certification for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2502F). Para obtener el DE 2502F, llame al 1-877-238-4373.

Si solicita el PFL para apoyar a un familiar militar, debe ofrecer documentación que:

- Compruebe que su familiar está en servicio activo con cobertura, está de guardia o tiene una orden de servicio activo con cobertura, o ausencia militar.
- Apoye su necesidad de tomar la ausencia laboral para participar en el evento aprobado.

Criterios para no ser elegible

Solicite los beneficios, aunque no esté seguro si es elegible.

Si encontramos que no es elegible para el total o parte de su solicitud, se lo informaremos. Usted podría no ser elegible si:

- Solicita o recibe beneficios por desempleo o incapacidad.
- Recibe beneficios de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*) y la cantidad semanal es igual o mayor que la cantidad del PFL.
- Está en prisión o encarcelado.

Fraude

El hacer declaraciones falsas o retener información para recibir pagos de beneficios es un delito. Entre las penalidades se incluyen multas, una pérdida de beneficios o enjuiciamiento criminal. Para detectar y desalentar el fraude, monitoreamos solicitudes, investigamos actividades sospechosas y buscamos la restitución y la condena de quienes lo cometen (CUIC, secciones 1143, 2101, 2116, 2122 y 3305).

Sus responsabilidades

- Presente su solicitud completa dentro de 41 días después del primer día en que tome su ausencia laboral. Si presenta su solicitud tarde, incluya una explicación por escrito del por qué.
- Lea las instrucciones de todos los formularios que reciba de nuestra parte. Si no está seguro de lo que necesita hacer, comuníquese con una oficina del PFL (edd.ca.gov/es/Office_Locator).

- Usted debe informarnos por escrito, por SDI Online o por teléfono si:
 - Cambia su dirección o número de teléfono.
 - Regresa a trabajar de tiempo parcial o de tiempo completo.
 - Recibe algún tipo de ingreso.
- **Incluya su nombre y el número de Seguro Social que usó para obtener beneficios en toda su correspondencia.**

Sus derechos

La información de su solicitud es confidencial, excepto para fines permitidos por la ley. Usted tiene derecho a inspeccionar cualquier registro personal que tengamos sobre usted y pedir que corriamos nuestros registros si cree que no son correctos, relevantes, oportunos o completos (California Civil Code [Código Civil de California], secciones 1798.34 y 1798.35).

Cierto tipo de información está exenta de ser compartida con usted:

- Registros médicos o psicológicos donde el conocimiento de su contenido podría ser dañino para el interesado.
- Registros de actividad criminal, civil o de una investigación administrativa.
- Fotocopias de la información médica de su familiar.

Si se le niega el acceso a registros que usted cree que tiene derecho a inspeccionar, o si le niegan su solicitud para enmendar sus registros, puede presentar una apelación ante la oficina del PFL. Usted puede solicitar una copia de su expediente llamando al número que aparece en su *Notificación de Cálculo de Beneficios* (DE 429D/S) (Civil Code [Código Civil], sección 1798.40).

Usted también tiene derecho a apelar cualquier descalificación, sobrepago o penalidad. Las instrucciones sobre cómo apelar se encuentran en los documentos que se pueden apelar.

Sus cantidades de beneficios

Su solicitud puede comenzar el primer día en que toma su ausencia laboral. Calculamos su **cantidad de beneficios semanal** usando su período base. La fecha en que comienza su solicitud determina su período base. Usted no puede cambiar la fecha de inicio de su solicitud o ajustar su período base después de que la haya presentado.

Su período base cubre 12 meses y se divide en cuatro trimestres consecutivos. Esto incluye salarios sujetos al impuesto del SDI que pagó aproximadamente en los 5 a 18 meses antes de que comenzara su solicitud del PFL. Su período base no incluye salarios pagados cuando comenzó su ausencia familiar. Use la siguiente información para determinar su período base.

- Si su solicitud comienza en enero, febrero o marzo, su período base es los 12 meses que terminaron el pasado 30 de septiembre.
- Si su solicitud comienza en abril, mayo o junio, su período base es los 12 meses que terminaron el pasado 31 de diciembre.
- Si su solicitud comienza en julio, agosto o septiembre, su período base es los 12 meses que terminaron el pasado 31 de marzo.
- Si su solicitud comienza en octubre, noviembre o diciembre, su período base es los 12 meses que terminaron el pasado 30 de junio.

Su trimestre con los ingresos más altos determina su cantidad de beneficios semanal. Para más información, visite edd.ca.gov/es/disability/Calculating_PFL_Benefit_Payment_Amounts_Espanol.

Comuníquese con la oficina del PFL (edd.ca.gov/es/Office_Locator) para obtener información adicional si usted:

- No tiene suficientes salarios en el período base. Es posible que pueda usar una fecha de inicio posterior en su solicitud.
- No tiene suficientes salarios en el período base y estuvo activamente buscando trabajo por 60 días o más en cualquier trimestre del período base. Es posible que pueda sustituir salarios que le fueron pagados en trimestres anteriores.
- Durante su período base, prestó servicio en el ejército, recibió compensación para trabajadores o no trabajó debido a una disputa laboral.

Cómo se pagan los beneficios

Cuando recibamos su solicitud completada, le enviaremos una *Notificación de cálculo de beneficios* (DE 429D/S), la cual le informará lo que podría ser su pago semanal. Es posible que pidamos más información para determinar su elegibilidad.

Si usted es elegible para recibir beneficios, tiene la opción de recibir los pagos mediante depósito directo, tarjeta de débito o cheque. **La opción de depósito directo es una forma rápida y segura de recibir pagos automáticamente en su cuenta bancaria personal.**

Para recibir sus pagos mediante depósito directo, debe solicitarlo en SDI Online (edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/).

Usted no tiene que aceptar sus beneficios mediante depósito directo o tarjeta de débito. Para recibir sus pagos por cheque, espere de 7 a 10 días para el envío por el correo de los Estados Unidos. Seleccione su método de pago de preferencia en la pregunta A16.

La mayoría de las solicitudes y pagos se tramitan dentro de 14 días después que recibimos una solicitud completada correctamente.

Los pagos se emitirán automáticamente. Se le pagará 1/7 de su cantidad de beneficios semanal por cada día calendario en que sea elegible, a menos que se le reduzcan beneficios. A continuación, vea “Reducción de beneficios”.

Reducción de beneficios

Bajo ciertas circunstancias, es posible que no sea elegible para los beneficios por un período de su solicitud, o es posible que solo tenga derecho a recibir beneficios parciales. Haremos una determinación si deben reducirse los beneficios. Los siguientes tipos de ingreso deberían reportarse al EDD, aunque es posible que no siempre afecten sus beneficios:

- Pago por ausencia por enfermedad
- Pago de vacaciones
- Ingresos de trabajo por cuenta propia
- Pago por servicio militar
- Comisiones
- Salarios, incluyendo trabajo modificado
- Pagos residuales
- Bonos
- Beneficios del programa de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation*)
- Pago de días festivos
- Tiempo libre pagado
- Ingresos por trabajo de tiempo parcial
- Indemnizaciones de seguros

El no reportar sus ingresos podría traer como resultado un sobrepago, sanciones y ser descalificado por declarar falsamente. Además, sus beneficios podrían reducirse debido a un sobrepago anterior por desempleo, incapacidad o PFL, o por una orden judicial por no haber hecho pagos de pensión alimenticia.

Interrupción y terminación de beneficios

Le enviaremos un *Aviso de pagos a la tarjeta de débito EDD Debit Card* (DE 2500E/S) cuando:

- Se le ha pagado por las fechas en que su familiar ya no necesita cuidados, según lo haya estimado el profesional de la salud con licencia de su familiar. Si su familiar todavía necesita cuidados, complete y firme la sección “Certificación del solicitante del PFL” y pida al profesional de la salud con licencia que complete y envíe por correo la certificación suplementaria titulada en inglés *Physician/Practitioner's Supplementary Certificate* (DE 2525XFA).
- Su familiar se ha recuperado. Si usted regresa a trabajar y su familiar requiere nuevamente cuidados, presente una nueva solicitud y reporte las fechas en que trabajó.

Le enviaremos un *Aviso de agotamiento de sus beneficios de incapacidad* (DE 2525AF/S) cuando se le haya pagado la cantidad máxima de beneficios del PFL.

Pago de impuestos de los beneficios

Los beneficios del PFL están sujetos a los impuestos federales sobre el ingreso y se reportarán al IRS.

Si usted recibe beneficios del PFL, recibirá un formulario 1099G para que lo incluya con su declaración de impuestos federal. Los beneficios del PFL no están sujetos a los impuestos sobre el ingreso de California. Para más información sobre el formulario 1099G, llame al 1-800-795-0193.

Sobrepagos

Un sobrepago ocurre cuando usted recibe pagos de beneficios del PFL que no tenía derecho a recibir. Una vez que determinemos que recibió un sobrepago, nos comunicaremos con usted para explicarle el motivo. Es importante que complete y devuelva todas solicitudes de información, ya que existen casos en que se puede perdonar un sobrepago.

Si determinamos que se le pagó de más y que el sobrepago no puede perdonarse, usted debe devolver el dinero. Los pagos emitidos después de que se estableció un sobrepago podrían reducirse del 25 al 100 por ciento para cobrar su sobrepago. Le enviaremos un *Aviso de reducción de beneficios para ser abonada a su cuenta del pago indebido* (DE 826/S) si su cantidad de beneficios semanal se reduce debido a un sobrepago por incapacidad, desempleo o PFL.

Descalificación

Consideraremos toda la información disponible antes de hacer un pago o no aprobar su solicitud. Los beneficios solo se pagarán por los días que usted sea elegible. Si se niega o reduce un pago, le enviaremos una *Notificación de la decisión* (DE 2517/S) explicando el motivo y el período de tiempo.

Si intencionalmente reporta información incorrecta o retiene información, evaluaremos las descalificaciones por hacer declaraciones falsas por hasta 92 días. Esto puede aplicar si usted recibe un pago en el que usted sabe que incluye días que no se le deberían pagar, como por ejemplo días después de regresar a trabajar. Además, cualquier sobrepago será incrementado con una multa de 30 por ciento.

Circunstancias especiales

- Debido a un embarazo, las madres que reciben beneficios relacionados a una incapacidad y que han dado a luz podrían ser elegibles para los beneficios del PFL para crear un vínculo afectivo con su hijo. Se enviará automáticamente una *Solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado – Maternidad* (DE 2501FP/S) a estas madres al final de su solicitud por una incapacidad relacionada al embarazo.
- Respecto a obligaciones de manutención de menores, comuníquese con la oficina del fiscal de distrito que trabaja en su orden judicial.
- Respecto a obligaciones conyugales o parentales, las preguntas deben dirigirse a la oficina del fiscal de distrito que trabaja en su orden judicial.
- Si la persona que recibe beneficios del PFL muere, un heredero o representante legal debe reportar la muerte al PFL. Los beneficios se pagarán hasta el día de la muerte, si se cumplió con los requisitos de elegibilidad.
- Si la persona que cuida o el hijo con el que crea un vínculo afectivo muere, reporte la muerte al PFL al 1-877-238-4373. Los beneficios se pagarán hasta el día de la muerte, si se cumplió con los requisitos de elegibilidad.
- Para los programas de beneficios de empleo y protección, la Ley Family and Medical Leave Act (Ley de Ausencia Familiar y Médica [FMLA]) y la Ley California Family Rights Act (Ley de Derechos de la Familia de California [CFRA]) ofrecen protección laboral por ausencias a empleados elegibles por ciertos motivos médicos y familiares. Para más información sobre la FMLA, llame al 1-866-487-9293 o visite dol.gov/whd/fmla. Para más información sobre la CFRA, llame al 1-800- 884-1684 o visite dfeh.ca.gov.

Divulgación de la tarjeta de crédito prepagada

Formato corto del Programa de Desembolso del Gobierno del Estado Money Network®

Usted no tiene que aceptar esta tarjeta de beneficios. Pregunte por otras opciones para recibir sus beneficios.			
Cargo mensual	Por compra	Retiros en cajero automático	Recarga de efectivo
\$0	\$0	\$0 en la red \$1.00 fuera de la red	N/A
Consulta de saldo en cajero automático (en la red o fuera de la red)			\$0
Servicio al cliente			\$0 por llamada
Inactividad			\$0
Cobramos otros 5 tipos de cargos. A continuación, se explican dos de ellos:			
Retiros en cajeros automáticos internacionales – \$1.00 Envío urgente – \$8.00			
No sobregiros/funciones de crédito: Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC. Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid . Consulte los detalles y las condiciones para todos los cargos y servicios en el contrato del tarjetahabiente.			

Programa de Desembolso del Gobierno Estatal Money Network. La tarjeta Mastercard la emite My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank, N.A., miembro de FDIC, conforme a la licencia de Mastercard U.S.A. Inc. Incorporated. La tarjeta es un servicio de Money Network Financial, LLC.

Lista de todos los cargos (formulario largo) del Programa de Desembolso del Gobierno Estatal Money Network®

Todos los cargos	Cargos del programa	Detalles
Uso mensual		
Apertura de la cuenta y recepción de la tarjeta	\$0.00	Sin cargo por apertura de cuenta y tarjeta inicial.
Cargo por mantenimiento mensual	\$0.00	No cobramos un cargo por mantenimiento mensual.
Agregar dinero		
Depósito del pagador	\$0.00	Solo su pagador carga los fondos.
Gastar dinero		
Transacciones de débito con firma	\$0.00	Seleccione "Credit" (Crédito) o firme en un punto de venta (POS). También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.
Transacciones de débito con PIN	\$0.00	Seleccione "Debit" (Débito) e ingrese el PIN en el punto de venta (POS); los comercios participantes disponen de la opción de dinero en efectivo. También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.
Obtener y enviar efectivo		
Cargo por retiro o rechazo en cajeros automáticos Dentro de la red	\$0.00	Retiro o rechazo en un cajero automático que es parte de nuestra red. Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos por uso de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por retiros en cajeros automáticos Fuera de la red	\$1.00	Este es nuestro cargo. Recibirá dos (2) retiros gratis después de cada depósito que se realice en su cuenta. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no termina la transacción. "Fuera de la red" se refiere a los cajeros automáticos que no son cajeros automáticos dentro de la red. Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos por uso de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por rechazo en cajeros automáticos Fuera de la red	\$0.00	No cobramos un cargo por este servicio. El operador del cajero automático podrá cobrar un cargo.
Retiro de efectivo en ventanilla del banco	\$1.00	En los bancos que exhiben el logo de la asociación de tarjetas en el anverso de su tarjeta. Este es nuestro cargo. Recibirá un (1) retiro gratis por cada depósito que se realice en su cuenta. También puede aplicarse a las transacciones internacionales un cargo por servicio internacional o un cargo por transacción internacional.
Cargo bancario por transferencia a cliente	\$0.00	Las transacciones nacionales efectuadas a través de la Cámara de Compensación Automatizada (Automated Clearing House, ACH) están sujetas a los términos adicionales que se informan al iniciar una transacción.
Cargo por retiro de cámara de compensación automatizada internacional (ACH)	\$0.00 más 0% de la tasa de cambio	Las transferencias de fondos a cuentas bancarias internacionales a través de la ACH, no están disponibles.

Lista de todos los cargos (formulario largo) del Programa de Desembolso del Gobierno Estatal Money Network®
(continuado)

Todos los cargos	Cargos del programa	Detalles
Información		
Estado de cuenta mensual impreso	\$0.00	También puede obtener la actividad de la cuenta sin cargo a través de la aplicación móvil (pueden aplicarse cargos por el uso de datos), nuestro sitio web o del Servicio de Atención al Cliente.
Servicio de Atención al Cliente	\$0.00	Acceso gratuito a la cuenta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidas las consultas sobre el saldo de la cuenta.
Cargo por consulta de saldo en cajero automático Dentro de la red	\$0.00	Para encontrar cajeros automáticos de la red, use el localizador de nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse cargos por el uso de datos) o de nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Cargo por consulta de saldo en cajero automático Fuera de la red	\$0.00	Este es nuestro cargo. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no termina la transacción.
Uso de la tarjeta fuera de EE. UU. (transacciones internacionales)		
Cargo por retiros en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$1.00	Este es nuestro cargo. El operador del cajero automático también podrá cobrar un cargo, incluso si usted no termina la transacción. Los cargos por conversión de divisas, el cargo por servicio internacional o el cargo por transacción internacional también pueden aplicarse a estas transacciones.
Cargo por rechazo en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$0.00	
Cargo por consulta de saldo en cajeros automáticos internacionales (en el extranjero)	\$0.00	
Evaluación del servicio internacional de Mastercard	2.0%	Este cargo se aplica si se iniciara una transacción en una moneda que no fuese dólares estadounidenses y se aplica una tasa de conversión de divisa. El cargo se aplica como un porcentaje del monto en dólares estadounidenses de cada transacción internacional realizada con su tarjeta. Consulte la sección titulada "Transacciones internacionales" en su Acuerdo del titular de la tarjeta para obtener más información. Si este cargo se aplicase a su transacción, se incluirá en el monto de la transacción en su estado de cuenta.
Evaluación transfronteriza de Mastercard	0.0%	Este cargo se aplica si un comerciante con un código de país fuera de los EE. UU. inicia una transacción en dólares estadounidenses. El cargo se aplica como un porcentaje del monto en dólares estadounidenses de cada transacción internacional realizada con su tarjeta. Consulte la sección titulada "Transacciones internacionales" en su Acuerdo del titular de la tarjeta para obtener más información. Si este cargo se aplicase a su transacción, se incluirá en el monto de la transacción en su estado de cuenta.
Otro		
Reemisión de tarjeta perdida/robada	\$0.00	No cobramos una tarifa por este servicio. Tarjeta reemitida y enviada por correo postal de los EE. UU. entre 7 y 10 días hábiles después de realizado el pedido.
Fondos de emergencia	\$15.00	Esta es nuestra tarifa para que obtenga fondos de emergencia, la cual debe ser solicitada a través del servicio al cliente. Consulte la sección titulada "Acceso a fondos y limitaciones" en su Acuerdo del titular de la tarjeta para obtener información adicional.
Cargo por envío prioritario	\$8.00	Cargo adicional por enviar la tarjeta de reemplazo entre 4 y 7 días hábiles después de realizar el pedido. También se aplica un cargo por reemisión de tarjeta.
Información adicional		
<p>Sus fondos son elegibles para el seguro de depósito, hasta los límites aplicables estipulados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos ("FDIC"). Sus fondos se conservarán en My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank. N.A., una institución asegurada por la FDIC. Una vez allí, la FDIC asegurará sus fondos por un máximo de \$250,000 en caso de que el Flagstar Bank. N.A. incumpla, si se reúnen los requisitos específicos del seguro de depósito y su tarjeta está registrada. Money Network Financial, LLC no es un banco y no está asegurada por la FDIC. Consulte fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html (en inglés) para obtener más detalles.</p> <p>Sin función de sobregiro/crédito.</p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-800-684-7051, por correo a 2900 Westside Pkwy, Alpharetta, GA 30004, o visite nuestro sitio web en moneynetwork.com/EDD.</p> <p>Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid.</p> <p>Si tiene quejas sobre alguna cuenta prepagada, llame a la Oficina de Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.</p> <p>© 2023 Money Network Financial, LLC. My Banking Direct, un servicio de Flagstar Bank N.A., miembro de la FDIC, el emisor de las tarjetas. Todas las marcas registradas, las marcas de servicio y los nombres comerciales mencionados en estos materiales son propiedad de sus respectivos dueños. FSB State Gov D 08/24 M-139372.</p>		

Ley Federal de Privacidad

El EDD requiere de la revelación de los números de Seguro Social para cumplir con las Secciones 1253 y 2627 del California Unemployment Insurance Code (Código de Seguro de Desempleo de California); las secciones 1085, 1088 y 1326, Título 22 del California Code of Regulations (Código de Reglamentos de California); la Parte 604 del Título 20 del Code of Federal Regulations (Código Federal de Regulaciones); y con las Secciones 1621, 1641 y 1642, Título 8 del U.S. Code (Código de los Estados Unidos).

Recopilación y Acceso a Información

La ley estatal requiere que se proporcione la siguiente información cuando se recaude información de personas:

Nombre de la agencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)	Título del oficial responsable de mantener la información: Gerente, Oficina del Seguro Estatal de Incapacidad del EDD
Persona de contacto local: Gerente, Oficina del Seguro Estatal de Incapacidad del EDD	Información de contacto: Puede comunicarse con el Permiso Familiar Pagado llamando al 1-877-238-4373. Puede encontrar una lista con las direcciones de las oficinas locales del Permiso Familiar Pagado visitando edd.ca.gov/disability/Contact_DI.htm . La dirección y número de teléfono del Permiso Familiar Pagado aparece en la Notificación de cálculo de beneficios (DE 429D/S), la cual se le envió cuando se determinó su elegibilidad para recibir beneficios.
El mantenimiento de la información está autorizado por: California Unemployment Insurance Code (Código del Seguro de Desempleo de California), Secciones 2601 a 3272. California Code of Regulations (Código de Reglamentos de California), Título 22, Secciones 2706-1, 2706-3, 2708-1 y 2710-1.	
Consecuencias de no proporcionar toda o parte de la información solicitada: <ul style="list-style-type: none">El no proporcionar el total o parte de la información solicitada podría causar un retraso en la emisión de los pagos de beneficios o podría causar que se le nieguen beneficios a que tiene derecho.Si intencionalmente hace una declaración o representación falsa, u oculta un hecho material con el fin de obtener o aumentar cualquier beneficio o pagos, el EDD determinará que no puede recibir pagos de beneficios o servicios, y posiblemente podría iniciar un enjuiciamiento criminal en su contra.	
Propósito principal para el cual se usa la información recopilada: <ul style="list-style-type: none">Para determinar la elegibilidad para los beneficios del Permiso Familiar Pagado.Para resumir y publicar de forma estadística el uso e información de las agencias gubernamentales y del público. (El nombre e identificación del solicitante y del familiar que recibe cuidado, el hijo con el que crea un vínculo paternal o el familiar para el que solicita apoyo militar, no aparecerán en las publicaciones).Para localizar a personas que están siendo buscadas por no pagar la manutención de hijos o del cónyuge.Para que otras agencias gubernamentales determinen la elegibilidad de una persona para los servicios sociales de conformidad con las estipulaciones de la División 9 del California Welfare and Institutions Code (Código de Asistencia Pública e Instituciones de California).Para que el EDD la use y para lleve a cabo sus responsabilidades de conformidad con el California Unemployment Insurance Code (Código de Seguro de Desempleo de California).Para el intercambio de información conforme con la Sección 322 del California Unemployment Insurance Code (Código del Seguro de Desempleo de California) y la Sección 1798.24 del California Civil Code (Código Civil de California), con otros departamentos y agencias gubernamentales, tanto federales y estatales, las cuales tienen que ver con cualquiera de lo siguiente:<ol style="list-style-type: none">La administración de un programa del Seguro de Desempleo.La recaudación de impuestos que se pueden utilizar para financiar el Seguro de Desempleo o el Seguro Estatal de Incapacidad.Asistencia a personas desempleadas o desplazadas.La investigación de violaciones a la ley laboral o acusaciones de discriminación ilegal en el empleo.La audiencia de apelaciones sobre la compensación para trabajadores.Cuando sea necesario permitirle a una agencia estatal llevar a cabo sus responsabilidades donde el uso de la información sea compatible con el propósito para el cual fue recopilada.Cuando sea bajo mandato de la ley estatal o federal. Las declaraciones conforme a la Sección 322 del el California Unemployment Insurance Code (Código del Seguro de Desempleo de California) se harán solamente en aquellos casos en que se fomente la administración de los programas involucrados bajo el mandato de ese Código.Conforme a las secciones 1095 y 2714 del California Unemployment Insurance Code (Código del Seguro de Desempleo de California): (1) La información recopilada puede ser compartida con la administración de servicios sociales públicos hasta cierto punto necesario, al director de Servicios Sociales o sus representantes.La información recopilada puede ser compartida con las agencias autorizadas conforme a las secciones 1095 y 2714 del California Unemployment Insurance Code (Código del Seguro de Desempleo de California).	



Solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado



2501F01251



Parte A – Declaración del solicitante (proveer cuidado, crear un vínculo afectivo u ofrecer apoyo militar)

A1. Su número de Seguro Social	A2. Su fecha de nacimiento	A3. Idioma que prefiere usar (Si elige otro, escríbalo aquí)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

A4. Su nombre legal Inicial del segundo nombre Apellido	A5. Identidad de género
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

A6. Número de teléfono	A7. Si ha trabajado con otros apellidos, escríbalos aquí (por ejemplo: apellido de soltera o nombre elegido)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

A8. Dirección postal (para recibir correspondencia en un apartado postal privado - no del servicio postal de EE. UU. - debe incluir el número en el espacio "PMB#". PMB# (si aplica)			
Ciudad	Estado/Prov.	Código postal	País (si no es los EE. UU.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A9. Nombre de su empleador	Dirección postal		
Ciudad	Estado/Prov.	Código postal	Número de teléfono del empleador
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A10. Último día en que trabajó	A11. Fecha en que desea que comience su solicitud del PFL	A12. Fecha en que regresó o regresará a trabajar	A13. ¿Trabajó o continuará trabajando durante su período de ausencia familiar?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

A14. ¿Por qué redujo o reducirá sus horas de trabajo, o dejará de trabajar?	A15. ¿A qué se dedica regularmente?
<input type="checkbox"/> Cuidar a un Familiar <input type="checkbox"/> Crear un vínculo afectivo con un hijo <input type="checkbox"/> Apoyo Militar <input type="checkbox"/> Otro (explique)	<input type="text"/>
	A16. Seleccione su método de pago de preferencia <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito <input type="checkbox"/> Cheque

A17. Nombre legal del familiar (nombre, inicial del segundo nombre, apellido). Esta es la persona que cuida, con la que crea un vínculo afectivo o el familiar miembro del ejército.
<input type="text"/>

A18. Este familiar es su:
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Suegro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro (explique)
<input type="text"/>

A19. ¿Hay algún otro familiar dispuesto y disponible para proveer cuidado por el mismo período en el que usted solicita los beneficios del PFL?	A20. ¿Ha solicitado o planea solicitar beneficios de compensación para trabajadores (workers' compensation) por alguna porción de los períodos que cubre esta solicitud?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

A21. ¿Tiene más de un empleador?	A22. Si su empleador continúa o continuará pagándole durante su ausencia familiar, indique el tipo de pago:	A23. ¿Podemos compartir la información de su pago de beneficios con su(s) empleador(es)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Otro (explique)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

A24. Durante su ausencia del PFL, ¿estuvo bajo custodia de las autoridades del cumplimiento de la ley porque fue condenado por violar la ley o las normas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---

A25. Declaración y firma. Mediante mi firma en esta solicitud, yo (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado y certifico que durante el período cubierto por esta solicitud, estuve brindando cuidado, creando un vínculo afectivo o participando en un evento militar aprobado con el receptor anteriormente mencionado (2) autorizo que el EDD comparta mi información personal como aparece en esta solicitud con el médico que atiende a la persona que recibe cuidado como aparece respectivamente en la Parte C y la Parte D de esta solicitud (3) autorizo a mi(s) empleador(es) que compartan con el EDD todos los hechos concernientes a mi empleo que son de su conocimiento y (4) autorizo que se comparta y use la información como se declara en este documento y la porción de acceso de este formulario. Entiendo que el hacer una declaración falsa o retener información intencionalmente para recibir pagos de beneficios es una violación a la ley de California que se castiga con prisión o con una multa, o ambas. Yo declaro bajo pena de perjurio que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración que se acompañe, es de mi mejor conocimiento y afirmo que es correcta y está completa. Estoy de acuerdo en que las fotocopias de esta autorización sean tan válidas como las originales, y entiendo que la autorización que contiene la solicitud se concede por un período de 15 años a partir de la fecha de mi firma o la fecha efectiva de esta solicitud, o lo que ocurra al último.

Firma del solicitante (no escriba en letra de molde)	Si la firma se hace marcando (X), por favor, hágalo aquí. *	Fecha de la firma (MM DD AAAA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Si hace su firma marcando (X), debe ser atestiguada por dos testigos, e incluir sus direcciones.

Tera firma del testigo y dirección	2da firma del testigo y dirección
<input type="text"/>	<input type="text"/>





2501F01252

Parte B – Certificación para crear un vínculo afectivo (debe completarla la persona que solicita beneficios del PFL para crear un vínculo afectivo con un hijo)

B1. Su número de Seguro Social
B2. Fecha de la adopción o colocación de crianza temporal (foster care)
B3. El niño que se nombra en la pregunta B8 es mi

B4. Su apellido legal
B5. Número de Seguro Social del hijo
B6. Fecha de nacimiento del hijo
B7. Identidad de género del hijo

B8. Nombre legal del hijo | Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

B9. Dirección donde vive el hijo (si es diferente a la del solicitante)
Ciudad Estado/Prov. Código postal País (si no es EE. UU.)

B10. Como evidencia de la relación de parentesco en la pregunta B3, marque una de las siguientes opciones e incluya una copia del documento que seleccionó.
Acta de nacimiento del menor
Declaración de paternidad, CS-909
Acuerdo de adopción, AD-907
Acuerdo de adopción independiente, AD-924
Otro

B11. Declaración y firma. Mediante mi firma en esta certificación para crear un vínculo afectivo, yo autorizo al proveedor médico, a la agencia de adopción, a las partes en la adopción o a la agencia de colocación bajo crianza temporal (foster care) que compartan con el Departamento del Desarrollo del Empleo todos los hechos concernientes al nacimiento, adopción o colocación para crianza temporal del hijo antes mencionado.
Firma original del solicitante del vínculo paternal – No se aceptan firmas con estampas
Fecha de la firma (MM|DD|AAAA)

Parte C – Declaración del familiar que recibe cuidado La puede completar el solicitante si el familiar esta física o mentalmente imposibilitado para hacerlo. Debe firmarse por el familiar que recibe cuidado o su representante autorizado.

C1. Fecha de nacimiento del familiar que recibe cuidado
C2. Número de teléfono del familiar que recibe cuidado
C3. Identidad de género del familiar que recibe cuidado

C4. Nombre legal del familiar que recibe cuidado (Nombre Inicial del segundo nombre Apellido)

C5. Dirección física del familiar que recibe cuidado
Ciudad Estado/Prov. Código postal País (si no es EE. UU.)

C6. Confirmación de la autorización para compartir información médica.
Yo autorizo a mi médico/profesional médico para que comparta mi información personal de salud actual con mi proveedor de cuidado y con el Departamento del Desarrollo del Empleo de California (EDD). Además, entiendo que las fotocopias de mi firma más abajo son tan válidas como las originales.
Firma del familiar que recibe cuidado (no escriba en letra de molde)
Fecha de la firma (MM|DD|AAAA)

C7. El representante autorizado que firma en favor de la persona que recibe cuidado debe completar lo siguiente: Yo, _____, represento al familiar que recibe cuidado o con quien se crea un vínculo afectivo en este trámite por motivo de mi autorización por [] derecho paternal [] poder notarial (se anexa copia) [] orden de la corte (se anexa copia) (para los cónyuges o parejas domésticas registradas, comuníquense con el EDD).
Firma del representante autorizado (no escriba en letra de molde)
Fecha de la firma (MM|DD|AAAA)





2501F01253

Instructions for completing this form:

Complete the information in the spaces provided in **UPPER CASE** using black ink. Do not use special characters (- , . / '). If handwritten, print each letter or number in a separate box. Ignore the boxes provided if using a typewriter or printer.

Part D – Physician/Practitioner’s Certification (Do not complete this part if you are bonding or participating in a qualifying event.)																																							
D1. PFL claimant’s (care provider’s) Social Security Number			D2. PFL claimant’s name																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													First Name			MI		Last Name																					
D3. Patient’s date of birth			D4. Does your patient require care by the claimant?																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			M	M	D	D	Y	Y	Y	Y			No (skip to D15)			Yes																							
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y																																
D5. Patient’s Name First Name																																							
			MI		Last Name																																		
D6. Diagnosis or, if not yet determined, a detailed statement of symptoms																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 100%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 100%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 100%; height: 20px;"></td></tr> </table>																																							
D7. Primary ICD Code			D8. Secondary ICD Codes				D9. Date when the patient’s condition started																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			M	M	D	D	Y	Y	Y	Y		
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y																																
D10. First date patient needed care			D11. Date you expect patient to recover				D12. Date you estimate patient will no longer need care by the claimant																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			M	M	D	D	Y	Y	Y	Y			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">NEVER</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				M	M	D	D	Y	Y	Y	Y	NEVER		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">PERMANENT</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			M	M	D	D	Y	Y	Y	Y	PERMANENT	
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y																																
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y	NEVER																															
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y	PERMANENT																															
D13. Approximately how many total hours per day will the patient need the claimant for care?																																							
Hours		Comments																																					
D14. Would disclosure of this certificate to your patient be medically or psychologically detrimental?																																							
									No	Yes																													
D15. Physician/Practitioner’s license number					D16. State or Country Physician/Practitioner is licensed																																		
D17. Physician/Practitioner’s Name First Name																																							
			MI		Last Name																																		
D18. Physician/Practitioner’s Address (Post Office Box is not acceptable as the sole address)																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																							
City				State/Prov.			Zip or Postal Code		Country (if not U.S.A.)																														
D19. Type of Physician/Practitioner					D20. Specialty (if any)																																		
D21. Physician/Practitioner’s certification and signature: I certify under penalty of perjury that this patient has a serious health condition and requires a care provider. I have performed a physical examination and/or treated the patient. I am authorized to certify a patient disability or serious health condition pursuant to California Unemployment Insurance Code Section 2708.																																							
Original Signature of Attending Physician/Practitioner – Rubber Stamp is Not Acceptable					Physician/Practitioner’s Phone Number			Date Signed (MM D Y Y Y Y)																															

Under sections 2116 and 2122 of the California Unemployment Insurance Code, it is a violation for any individual who, with intent to defraud, falsely certifies the medical condition of any person in order to obtain disability insurance benefits, whether for the maker or for any other person, and is punishable by imprisonment and/or a fine not exceeding \$20,000. Sections 1143 and 3305 require additional administrative penalties.





2501F01254

Parte E – Certificación de apoyo militar (debe completarla el solicitante)

E1. Su número de Seguro Social	E2. Su nombre legal		Inicial del segundo nombre	Apellido
	Nombre			

E3. Nombre del miembro del ejército en servicio activo con cobertura o llamado inminente (estar de guardia) para tener estatus de servicio activo con cobertura (nombre / inicial del segundo nombre / apellido)

E4. Fecha de nacimiento del miembro del ejército

M	M	D	D	A	A	A	A

E5. Identidad de género del miembro del ejército

Masculino Femenino

E6. Dirección postal del miembro del ejército

Ciudad	Estado/Prov.	Código	País (si no es EE. UU.)

E7. Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro del ejército

E8. Período del servicio activo con cobertura del miembro del ejército

M	M	D	D	A	A	A	A	M	M	D	D	A	A	A	A

E9. Fecha en que fue notificado para el servicio activo con cobertura

M	M	D	D	A	A	A	A

E10. Seleccione una de las siguientes opciones e incluya los documentos indicados para apoyar que el miembro del ejército está en servicio activo con cobertura o llamado inminente (está de guardia) para tener estatus de servicio activo con cobertura

Orden de servicio activo con cobertura Carta de llamado inminente (estar de guardia) para cobertura de servicio activo (cover duty)

Documento de ausencia militar firmado por la autoridad que aprueba el descanso y recuperación del miembro del ejército

E11. El evento aprobado de la solicitud del PFL es para: (puede seleccionar una o más opciones)

<input type="checkbox"/> Proveer u organizar el cuidado infantil del hijo del miembro del ejército	<input type="checkbox"/> Proveer u organizar el cuidado de los padres del miembro del ejército
<input type="checkbox"/> Asistir a asesorías	<input type="checkbox"/> Hacer trámites financieros y legales
<input type="checkbox"/> Asistir al miembro del ejército durante su ausencia para descansar y recuperarse	<input type="checkbox"/> Atender un evento militar
<input type="checkbox"/> Representar al miembro del ejército ante agencias locales, estatales y federales	<input type="checkbox"/> Tratar asuntos relacionados a la muerte del familiar miembro del ejército
<input type="checkbox"/> Otra: <input type="text"/>	

E12. ¿La documentación por escrito de apoyo que sustenta esta solicitud de ausencia está disponible y se anexa?

Sí No Ninguna está disponible

Nota: Una certificación completada y suficiente para apoyar una solicitud de ausencia del PFL debido a un evento aprobado incluye cualquier documentación por escrito que justifique la necesidad de la ausencia. Esta documentación puede incluir; una fotocopia de la reunión en que se anuncian sesiones informativas patrocinadas por el ejército, un documento que confirme la ausencia para descansar y recuperarse del familiar miembro del ejército, una cita con un tercero (por ejemplo: un consejero, oficial escolar o personal de alguna entidad para el cuidado de la salud), o una copia de la factura de honorarios por el manejo de asuntos legales o financieros. Si la ausencia se solicita para reunirse con un tercero, el empleado debe ofrecer la documentación de apoyo de la reunión que incluya el nombre, la dirección y la información de contacto apropiada de la persona o entidad con quien se va a reunir (por ejemplo: el número de teléfono, número de fax o la dirección de correo electrónico de la persona o entidad).

E13. Declaración y firma. Mediante mi firma en esta certificación de apoyo militar, yo entiendo que el hacer una declaración falsa o retener un hecho material intencionalmente para recibir pagos de beneficios es una violación a la ley de California que se castiga con prisión o con una multa, o ambas. Yo declaro bajo pena de perjurio que la declaración anterior, incluyendo cualquier declaración o documentación que se acompañe, es de mi mejor conocimiento y afirmo que es correcta y está completa. Estoy de acuerdo en que las fotocopias de esta autorización sean tan válidas como las originales, y entiendo que la autorización que contiene esta solicitud se concede por un período de 15 años a partir de la fecha de mi firma o la fecha efectiva de esta solicitud, o lo que ocurra al último.

Firma original del solicitante de apoyo militar (no escriba en letra de molde)

Fecha de la firma (MM DD AAAA)



