

A photograph of two women hugging warmly. The woman on the left is wearing a light blue button-down shirt, and the woman on the right is wearing a floral patterned top. They are both smiling and looking down. A blue square graphic is in the top right corner of the page.

PERMISO FAMILIAR PAGADO

GUÍA PASO A PASO PARA SOLICITAR PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) **DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DEL EMPLEO**

Esta guía fue diseñada para ofrecer información general sobre los temas presentados. Se ofrece con la comprensión de que City of Hope no se compromete a prestar asesoramiento legal o profesional por su publicación o distribución. City of Hope no tiene relación con las agencias indicadas ni se encuentra afiliada a ellas. City of Hope no es responsable de la exactitud de la información obtenida en sitios web o materiales de terceros, ni de la disponibilidad del contenido de terceros. City of Hope no controla, respalda, patrocina, recomienda ni acepta de otra manera la responsabilidad del contenido de terceros. El uso del contenido de terceros corre a riesgo del usuario.

Los requisitos de elegibilidad y el proceso de solicitud para acceder a los beneficios de esta guía son reflejo de las últimas publicaciones del Departamento de Desarrollo del Empleo (*Employment Development Department*, EDD) de California.

City of Hope no se hace responsable de las decisiones del EDD sobre los reclamos ni participa en ellas.

El rol de City of Hope es específico para la certificación del médico/profesional. Todos los formularios se dirigen a Registros Médicos o al equipo de atención médica para completarse.

Si tiene preguntas sobre reclamos específicos o procesos de Permiso Familiar Pagado, llame al Programa de Permiso Familiar Pagado del EDD al (877) 238-4373 o visite edd.ca.gov/Disability/PFL_Claim_Process.htm.

¿QUÉ ES EL PERMISO FAMILIAR PAGADO?

El Permiso Familiar Pagado (*paid family leave*, PFL) es un beneficio financiero del estado de California que ofrece hasta ocho semanas con paga parcial a los empleados que se tomen tiempo libre del trabajo para cuidar a un miembro de la familia (hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge o pareja de hecho registrada) con una enfermedad grave.

El PFL le da hasta 60-75% del salario perdido por hasta ocho semanas de beneficios en un período de 12 meses. No le brindará protección del empleo ni el derecho de regresar a trabajar. Su empleo puede estar protegido por otras leyes federales o estatales, tales como la Ley de Ausencia Familiar y Médica.

Visite dol.gov/whd/fmla para obtener más información.

IMPORTANTE: REÚNA LA INFORMACIÓN REQUERIDA ANTES DE HACER LA SOLICITUD

Debe proveer la información que sigue para presentar un reclamo de Permiso Familiar Pagado:

- Nombre y apellido
- Número del Seguro Social
- Nombre comercial actual del empleador, número de teléfono y dirección postal (como aparece en su W-2 o recibo de sueldo)

Proporcione la información a continuación SOLO si aplica a usted:

- Los salarios que recibió o espera recibir de su empleador (ausencia por enfermedad, licencia paga, pago de vacaciones y salarios ganados después de dejar de trabajar)
- Información del reclamo de Compensación de Trabajadores

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Usted:

- No puede hacer su trabajo habitual porque está cuidando de un miembro de su familia con una enfermedad grave (conocido como el "care recipient").
- Debe estar contratado o estar buscando trabajo activamente al momento del inicio del permiso familiar pagado.
- Si está trabajando, debe tener una pérdida de salario por estar cuidando a un miembro de su familia con una enfermedad grave.
- Debe haber ganado al menos \$300 de los cuales se retuvieron deducciones del Seguro de discapacidad estatal (*State Disability Insurance*, SDI) en un período previo (busque "CASDI" en sus recibos de sueldo).
- Complete un formulario de reclamo **en un plazo de 41 días** a partir del primer día en que empiece el permiso por motivos familiares o puede perder beneficios.

Si está cuidando a un miembro de su familia con una enfermedad grave, debe cumplir con los siguientes requisitos adicionales:

- El familiar que está cuidando debe ser un niño, padre, cónyuge, pareja de hecho registrada, abuelo, nieto, hermano o suegro.
- El familiar que está cuidando (miembro de la familia con enfermedad grave) debe estar bajo continuo tratamiento o supervisión de un médico o un proveedor de atención médica mientras usted recibe los beneficios.

PUEDE SOLICITARLO DE DOS MANERAS: EN LÍNEA O ENVIANDO UN FORMULARIO EN PAPEL POR CORREO POSTAL

Hay dos maneras de solicitar el PFL, en línea o enviando un formulario en papel por correo postal. Mire el video para ver las instrucciones de cómo solicitar el PFL y complete la solicitud en línea en edd.ca.gov/Disability/SDI_Online_Tutorials.htm.

- HAGA CLIC EN:**
- "How to File a Paid Family Leave Claim using SDI Online" (English) (YouTube)
 - "How to File a Paid Family Leave Claim using SDI Online" (Spanish) (YouTube) (Cómo presentar una solicitud para beneficios del permiso familiar pagado usando SDI Online)
 - "How to File a Paid Family Leave Claim by Mail" (English) (YouTube)
 - "How to File a Paid Family Leave Claim by Mail" (Spanish) (YouTube) (Cómo presentar una solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado por correo postal)



SOLICITAR EL PFL EN LÍNEA

La manera más rápida y fácil de presentar un reclamo de PFL es en línea a través del sitio web del seguro de discapacidad estatal (SDI Online) del Departamento de Desarrollo del Empleo (*Employment Development Department, EDD*).

- PASO 1** Haga una cuenta en SDI Online en edd.ca.gov/Benefit_Programs_Online.htm. Haga clic en "Register" (Registrarse) si es un usuario nuevo. Si ya había solicitado beneficios anteriormente (incluso por desempleo, seguro de discapacidad del estado o PFL), es posible que ya tenga una cuenta.
- PASO 2** Entre a su cuenta de SDI y seleccione **"File a New Claim" (Presentar un reclamo nuevo)**.
- PASO 3** Seleccione **"Paid Family Leave Care" (Permiso Familiar Pagado)** y siga los pasos para completar el formulario.
- ☐ Seleccione **"Submit" (Enviar)** para enviar la **Parte A - Declaración del solicitante completada a través de SDI Online** al EDD.
- PASO 4** En la página de confirmación, asegúrese de escribir el número de recibo del formulario. (Si selecciona el enlace del número de recibo del formulario abrirá automáticamente una versión en PDF para imprimir). Entréguele el número de recibo al médico o profesional de atención de City of Hope del beneficiario de la atención (el paciente).
- PASO 5** **Documentos adicionales necesarios**
- También debe proporcionar estos documentos para completar el reclamo. Atención: es posible que deba enviar algunos documentos por correo postal de EE. UU.
- En la página de confirmación, descargue e imprima estos formularios, y entregue la página de confirmación a Registros Médicos [Duarte] o a su equipo de atención médica en los centros de atención comunitaria.
- ☐ **Autorización para la divulgación de salud personal de la persona que recibe el cuidado firmada por el paciente o su representante autorizado**
 - ☐ **Parte C - Declaración de la persona que recibe el cuidado** firmada por el paciente o su representante autorizado
 - ☐ **Parte D - Certificado del médico/profesional** del formulario de *Reclamo de beneficios de Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F) completado y firmado por el médico o proveedor de atención médica del paciente

PASO 6 Pacientes del campus Duarte: la solicitud se puede presentar en persona en la oficina de Registros Médicos (cerca del mostrador de registración en el edificio principal), por correo electrónico a **DL-HIMSMedicalForms@coh.org** o por fax al 626-218-0677. Registros Médicos de City of Hope reenviará la información al médico de City of Hope para que la complete.

Pacientes del centro de práctica comunitario: entregar a su equipo de atención médica en el centro de City of Hope que visite.

Incluya estos datos del paciente con su página de confirmación:

- | | |
|---|--|
| ☐ Su nombre completo | ☐ Fecha de nacimiento del paciente |
| ☐ Número de recibo del formulario:
_____ | ☐ Número de Seguro Social del paciente |
| ☐ Nombre completo del paciente | ☐ Nombre del profesional médico
a quien se le deben enviar los
documentos |
| ☐ Número de historia clínica (MRN) del
paciente | |

Espere hasta 10 días hábiles para que se procese la solicitud. Recibirá un correo electrónico de confirmación del PFL cuando se complete la certificación del médico.

Si no ha recibido nada del PFL en 10 días, o si tiene preguntas, puede llamar al Programa de Permiso Familiar Pagado del EDD al 877-238-4373.

IMPORTANTE Le recordamos que:

- ☐ Es su responsabilidad que el médico o proveedor de atención médica complete y firme el formulario y que lo envíe al EDD **en un plazo de 41 días** a partir de la fecha de inicio del Permiso Familiar Pagado o puede perder beneficios.
- ☐ Su reclamo no se procesará hasta que todas las secciones requeridas (como se explica en los pasos anteriores) de la solicitud se hayan recibido. El EDD se comunicará con usted para informarle el estado de su reclamo. Asegúrese de verificar su bandeja de entrada en SDI en línea para obtener las notificaciones del EDD.
- ☐ Le notificarán a su empleador que ha presentado un reclamo del PFL. La información médica es confidencial y no se compartirá con su empleador.

Para obtener más información, visite After You File for PFL: Claim Processing (después de presentar su solicitud para el PFL: Procesamiento del reclamo) en edd.ca.gov/Disability/Claim_Processing_for_PFL.htm.



SOLICITUD DE UN PFL POR CORREO POSTAL

Para presentar un reclamo de PFL por correo postal, complete y presente un formulario de *Reclamo de beneficios de Permiso Familiar Pagado* (DE 2501F).

PASO 1 Obtenga un formulario de reclamo en papel

Hay varias maneras diferentes de obtener un formulario en papel de *Reclamo de beneficios de Permiso Familiar Pagado* (DE 2501F):

- ☐ Visite Formularios y publicaciones en línea en forms.edd.ca.gov/forms y solicite el formulario **DE 2501F**. Le enviarán un formulario por correo.
- ☐ Puede obtener el formulario de su médico o el consultorio de su proveedor de atención médica o del departamento de RR. HH. de su empleador.
- ☐ Visite una oficina del EDD. Encuentre las direcciones de las oficinas en edd.ca.gov/Disability/Contact_SDI.htm.
- ☐ Llame al Programa de Permiso Familiar Pagado del EDD al 877-238-4373.

PASO 2 Complete el formulario de *Reclamo de beneficios* (DE 2501F)

- ☐ Complete la **Parte A - Declaración del solicitante** (página 1), del formulario **DE 2501F**. Asegúrese de escribir claramente en los espacios proporcionados, use tinta negra y firme el formulario.
- ☐ Solicite al paciente o representante autorizado que complete y firme la **Autorización para la divulgación de salud personal de la persona que recibe el cuidado** y la **Parte C - Declaración de la persona que recibe el cuidado** del formulario.
- ☐ También necesita la **Parte D - Certificado del médico/profesional** del formulario de *Reclamo de beneficios de Permiso Familiar Pagado* (DE 2501F) completado y firmado por el médico/profesional del paciente.
- ☐ Puede solicitar que el médico o profesional de atención de City of Hope del paciente complete la Parte D
Pacientes del campus Duarte: La solicitud se puede presentar en persona en la oficina de Registros Médicos (cerca del mostrador de registración en el edificio principal), por correo electrónico a DL-HIMSMedicalForms@coh.org o por fax al 626-218-0677.

Para pacientes del centro de práctica comunitario: entregar a su equipo de atención médica en el centro de City of Hope donde recibe atención.

City of Hope enviará por correo postal la solicitud completada al EDD y a usted.

Espere hasta 10 días hábiles para que City of Hope procese la solicitud.

El médico puede enviar el certificado usando SDI Online, o pueden completar y firmar el formulario en papel.

Es su responsabilidad que el médico complete y firme el formulario y que lo envíe al EDD **en un plazo de 41 días** a partir de la fecha de inicio de la licencia por motivos familiares o puede perder beneficios.

Las preguntas sobre la porción del estado de la certificación del médico/profesional (formulario de médico/proveedor) pueden dirigirse a Registros Médicos de City of Hope (campus Duarte) o a su equipo de atención médica si es paciente de un centro de práctica comunitario de City of Hope.

City of Hope no puede responder preguntas sobre su reclamo presentado al EDD. Si tiene preguntas sobre elegibilidad, su reclamo específico o el proceso de reclamo del Permiso Familiar Pagado, comuníquese con el EDD.

Si necesita enviar por correo postal la solicitud completada, siga estos pasos.

Envíe por correo el Formulario de Reclamo de beneficios de Permiso Familiar Pagado (DE 2501F).

Para presentar el reclamo, envíe por correo el reclamo en papel completado al EDD en el sobre con dirección a:

State of California
Employment Development Department
P.O. Box 989315
West Sacramento, CA 95798-9315

IMPORTANTE Le recordamos que:

- ☐ Se asegure de poner un sello en el sobre.
- ☐ Envíe por correo su reclamo después del primer día del inicio del Permiso Familiar Pagado, pero en el plazo de 41 días a partir del inicio de la licencia por motivos familiares o puede perder beneficios.
- ☐ Una solicitud completada adecuadamente incluirá:
 - ☐ **Parte A - Declaración del solicitante** del Formulario de *Reclamo para beneficios de Permiso Familiar Pagado* (DE 2501F)
 - ☐ **Parte C - Declaración de la persona que recibe el cuidado** del formulario
 - ☐ **Parte D - Certificado del médico** del formulario
 - ☐ **Autorización para la divulgación de salud personal de la persona que recibe el cuidado**



RECURSOS

Tutorial para el solicitante en SDI Online

— edd.ca.gov/Disability/pdf/sdi-online-tutorial-claimant.pdf

Preguntas frecuentes

— edd.ca.gov/FAQ_-_Benefit_Programs_Online.htm

Benefit Programs Online Overview and Registration (Resumen y registro en línea para los programas de beneficios) (YouTube)

— youtu.be/OUsh6ZwLd0k

Formulario DE 2501F

— forms.edd.ca.gov/forms

UBICACIONES DE LAS OFICINAS SIN CITA PREVIA

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DEL EMPLEO

Si tiene problemas para completar su solicitud de beneficio por discapacidad o permiso familiar pagado en línea o en papel, puede llamar o visitar las oficinas sin cita previa del EDD que figuran a continuación.

LA Works One-Stop Career Center

5200 Irwindale Ave.
Irwindale, CA 91706
Lunes, jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
Martes y miércoles de 8 a. m. a 7 p. m.
Primer y tercer sábado - 9 a. m. hasta el mediodía
(626) 960-3964

Inglewood South Bay One Stop Business and Career Center

110 South La Brea Ave., 5.º piso
Inglewood, CA 90301
Lunes a jueves de 8 a. m. a 6 p. m.
Viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (Cerrado un viernes de por medio)
(310) 680-3700

Hub Cities One-Stop Career Center

2677 Zoe Ave., 1.er piso
Huntington Park, CA 90255
Lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
(323) 586-4700

Verdugo Jobs Center

1255 South Central Ave.
Glendale, CA 91204
Lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
(818) 409-0476

LA South/Compton Workforce Service Office

2909 East Pacific Commerce Drive
Compton, CA 90221
Lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m.
(310) 223-2901

Cerritos Career Center

10900 E 183rd St., Suite 350
Cerritos, CA 90703
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
(562) 402-9336

Chino Hills

15315 Fairfield Ranch Road, Suite 100
Chino Hills, CA 91709
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
(800) 480-3287

Long Beach

4300 Long Beach Blvd., Suite 600
Long Beach, CA 90807-2011
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
(800) 480-3287

Los Angeles

888 South Figueroa St., Suite 200
Los Angeles, CA 90017-5449
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
(800) 480-3287

San Bernardino

371 West 3rd St.
San Bernardino, CA 92401
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
(800) 480-3287

Santa Ana

2 MacArthur Place, Suite 400
Santa Ana, CA 92707
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
(800) 480-3287

Van Nuys

15400 Sherman Way, Room 500
Van Nuys, CA 91406
Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
(800) 480-3287

Por preguntas legales y recursos para solicitar beneficios y presentar otras inquietudes relativas al seguro y el empleo, comuníquese con el Centro de Recursos Jurídicos para el Cáncer en CancerLegalResourceCenter.org o llame al 866-THE-CLRC o al 866-843-2572.

City of Hope no puede brindar asesoramiento legal.

Fuente(s):

Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD) Estado de California

Disponible en https://www.edd.ca.gov/Disability/paid_family_leave.htm

Educación para el paciente, la familia y la comunidad

Departamento de Medicina de Cuidados de Apoyo

2020



CityofHope.org

MAYO DE 2020