

CÓMO SOLICITAR UN PERMISO FAMILIAR PAGADO

para proporcionar asistencia cuando un miembro de la familia es desplegado en el extranjero



Paid Family Leave



ANTES DE SOLICITAR UN PERMISO FAMILIAR PAGADO

- Verifique los requisitos de elegibilidad. Consulte la siguiente página o visite PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility.
- Planifique su permiso. Puede tomar el permiso completo de una sola vez o de forma intermitente, pero se debe tomar en incrementos de días completos.
- Notifique a su empleador al menos **30 días por adelantado**, si la necesidad de tomarse el permiso es previsible, o de lo contrario, lo antes posible.

COMPLETE SUS FORMULARIOS Y ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Complete la **Solicitud del Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-1)**.
Nota: Este formulario tiene secciones que usted y su empleador deben completar.
 - Complete su sección, haga una copia y entregue el formulario a su empleador para que complete la **parte B**.
 - Su empleador debe devolverle el **Formulario PFL-1** en un período de **tres días hábiles**. Si existe algún retraso, no tiene que esperar para proseguir. Envíe el **formulario PFL-1** que completó, junto con el resto de su paquete de solicitud, directamente a la compañía de seguros de su empleador.
- Complete el formulario de **Evento Militar que Califique (Formulario PFL-5)**.
 - Complete el **formulario PFL-5** y adjunte la documentación requerida. (Consulte la siguiente página para obtener detalles).

ENVÍE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SU EMPLEADOR

- Debe enviar su paquete de solicitud completo a la compañía de seguros de su empleador dentro de los **30 días posteriores al comienzo de su permiso** para evitar perder los beneficios.
Conserve una copia de todos los formularios y documentación en sus archivos.

Envíe por correo postal o por fax el formulario PFL-1, el formulario PFL-5 y toda la documentación requerida a la compañía de seguros de su empleador.

Para saber cuál es la compañía de seguros de su empleador, puede:

 - Buscar el póster sobre el Permiso Familiar Pagado en su lugar de trabajo.
 - Preguntarle a su empleador.
 - Búsquelo utilizando la aplicación de búsqueda de cobertura del empleador en wcb.ny.gov.

Si no puede encontrar la compañía de seguros de su empleador, llame a la línea de ayuda del Permiso Familiar Pagado (PFL) para obtener asistencia: **(844) 337-6303**

La línea de ayuda de PFL está disponible de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

NO envíe su paquete de solicitud a la Junta de Compensación Obrera del estado de Nueva York.

Es SU responsabilidad enviar los formularios a la compañía de seguros. NO es responsabilidad de su empleador.



Importante saber

- En la mayoría de los casos, la compañía de seguros debe pagar o denegar los beneficios dentro de los **18 días** posteriores a la recepción de su solicitud completada o en su primer día de permiso; lo que ocurra después. Su solicitud no se puede considerar incompleta solo porque su empleador no completó la **parte B** del **formulario PFL-1** dentro de los **tres días hábiles**.
- Si la aseguradora niega o no paga oportunamente sus beneficios, o si tiene cualquier otra disputa relacionada con el reclamo, puede solicitar que se revisen las acciones de la aseguradora. Puede obtener más información en nyspfla.namadr.com.
- Después de una audiencia, un Juez de Derecho de la Junta de Compensación Obrera resuelve las quejas sobre discriminación o represalias por parte del empleador. Si siente que ha sido objeto de discriminación o represalias por parte de su empleador por solicitar o tomar un Permiso Familiar Pagado, visite PaidFamilyLeave.ny.gov/protections o llame al **(844) 337-6303**.

Elegibilidad

- Puede tomarse un tiempo libre remunerado y amparado por su trabajo **para ayudar cuando un miembro de la familia es desplegado en el extranjero en servicio militar activo**. Puede tomar un Permiso Familiar Pagado por los mismos motivos por los que puede tomar un permiso relacionado con asuntos militares, de acuerdo con la Ley Federal de Ausencia Familiar y Médica (Federal Family and Medical Leave Act, FMLA), que puede incluir:
 - Despliegue militar con poca antelación
 - Actividades militares, que pueden incluir ceremonias oficiales o reuniones informativas relacionadas con el servicio activo
 - Descanso y recuperación del miembro militar
 - Orientación del miembro militar
 - Actividades posteriores al despliegue, las cuales pueden incluir ceremonias de llegada y eventos de reintegración
 - Hacer arreglos financieros o legales
 - Hacer arreglos de cuidado infantil para el hijo del miembro militar
- Los miembros de la familia por los que puede tomar un permiso para ayudar son su:
 - cónyuge/pareja registrada
 - padre/padrastro/suegro
 - hijo/hijastro
- La mayoría de los empleados que trabajan para empleadores privados en el Estado de Nueva York están cubiertos en función del Permiso Familiar Pagado.
 - Empleados de tiempo completo:** Si trabaja en un horario regular de 20 horas o más a la semana, es elegible después de 26 semanas consecutivas de empleo con su empleador.
 - Empleados de medio tiempo:** Si trabaja en un horario regular menor a 20 horas a la semana, es elegible después de trabajar para su empleador durante 175 días, no necesariamente consecutivos.
- Los empleados públicos no representados pueden estar cubiertos si su empleador optó voluntariamente por proporcionar el servicio. Los empleados públicos representados por un sindicato solo podrán estar cubiertos si el beneficio se negoció a través de una negociación colectiva.
- La condición de inmigración o ciudadanía no es un factor en la elegibilidad del empleado.
- Si considera que es elegible, puede solicitar un Permiso Familiar Pagado y la compañía de seguros tomará una decisión.
- Si tiene preguntas sobre las normas de elegibilidad, llame a **línea de ayuda de PFL** al **(844) 337-6303** (lunes - viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.).

Documentación necesaria

VERIFICACIÓN DE SERVICIO

Deberá verificar el servicio de su familiar con uno de los siguientes:

- Órdenes de servicio activo cubierto.
- Una carta de parte de la unidad militar que documente la orden inmediata o la orden de servicio cubierto.

DOCUMENTACIÓN DE TERCEROS

Si se requiere un permiso para reunirse con un tercero, debe proporcionar la documentación de la reunión, que incluya lo siguiente:

- El nombre, dirección e información de contacto de la persona o entidad con la que se reunirá.
- Una descripción de la reunión.

La última página del **formulario PFL-5** tiene una plantilla que puede usar para documentar estas reuniones.

Recuerde: Es SU responsabilidad enviar los formularios a la compañía de seguros. No es responsabilidad de su empleador.

Para obtener más información, visite PaidFamilyLeave.ny.gov o llame al **(844) 337-6303**.



Paid Family Leave

Instrucciones para la solicitud del Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-1)

- Para solicitar el Permiso Familiar Pagado (Paid Family Leave, PFL), el empleado que lo solicita debe completar la Parte A de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1)*. Todos los puntos del formulario son obligatorios a menos que se indique que son opcionales. A continuación, el empleado le entrega el formulario al empresario para que complete la Parte B.
- El empleador completa la parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-1)* y se la devuelve al empleado en un plazo de tres días laborables.
- Dependiendo del tipo de permiso que se solicite, se requieren formularios adicionales. El empleado que solicita el permiso es responsable de completar estos formularios.
- **El empleado presenta la Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1) debidamente cumplimentado con el formulario adicional requerido a la compañía de seguros de PFL del empleador que figura en la Parte B de la Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1). El empleado debe conservar una copia de cada formulario presentado para sus archivos.**

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado)

El empleado que solicita el PFL debe completar toda la información requerida.

Solicitud de PFL (para ser completada por el empleado)

Pregunta 12: por hijo se entiende un hijo biológico, adoptado o en acogida, un hijastro, un menor bajo tutela legal, un hijo de una pareja de hecho o la persona a la que el empleado se halle in loco parentis. Se entiende por progenitor al padre biológico, de acogida o adoptivo, al suegro, al padrastro o a la madrastra, al tutor legal o a la persona que tenía una relación de parentesco con el empleado cuando este era niño.

Pregunta 13: si las fechas son "Continuas", el empleado debe facilitar las fechas de inicio y finalización del PFL solicitado. Estas fechas deben ser las fechas reales de inicio y finalización del PFL. Si no está seguro, estime las fechas de inicio y finalización e indique que "Las fechas son estimadas". Si las fechas son "Periódicas", introduzca las fechas en las que se tomará el PFL. Sea lo más específico posible. Si las fechas son desconocidas o estimadas, indique que "Las fechas son estimadas".

Si las fechas son estimadas, la compañía de PFL puede pedirle que presente una solicitud de pago **después** de que se tome el día de PFL. El pago de las solicitudes aprobadas se efectuará lo antes posible, pero en ningún caso más de 18 días después de la fecha de la solicitud completada.

Pregunta 14: si el empleado le presenta la solicitud de PFL a su empleador con menos de 30 días de antelación a la fecha de inicio del PFL, el empleado debe explicar por qué no ha podido avisar con 30 días de antelación. Si la explicación no cabe en el espacio proporcionado en el formulario, introduzca "Véase anexo" y añada un anexo con la explicación. Asegúrese de incluir el nombre completo del empleado y su fecha de nacimiento en la parte superior del anexo.

Información laboral (para ser completada por el empleado)

Pregunta 16: indique la fecha de contratación que mejor recuerde el empleado. Si ha transcurrido más de un año desde la fecha de contratación, basta con indicar el año de inicio de la relación laboral.

Pregunta 18: indique la mejor estimación del salario bruto semanal medio. Incluya solo los salarios devengados por el empleador que figura en este formulario de solicitud. **El salario bruto semanal es la remuneración semanal total, incluidas las horas extraordinarias, propinas, primas y comisiones, antes de que el empleador realice cualquier deducción**, como los impuestos federales y estatales. Si el empleador no puede facilitar esta información, el empleado puede calcular su salario bruto semanal de la manera siguiente:

Paso 1: sume todos los salarios brutos percibidos (antes de cualquier deducción) durante las últimas ocho semanas anteriores al inicio del PFL, incluidas las horas extraordinarias y las propinas ganadas. (Consulte en el Paso 3 las instrucciones para calcular las primas o comisiones).

Paso 2: divida el salario bruto calculado en el primer paso entre ocho (o el número de semanas trabajadas si es inferior a ocho) para calcular el salario medio semanal.

Paso 3: si el empleado recibió primas o comisiones durante las 52 semanas anteriores al PFL, añada el salario

semanal promedio al importe semanal prorrateado. Para determinar el importe semanal prorrateado, sume todas las primas/comisiones devengadas en las 52 semanas anteriores y divídalo por 52.

Ejemplo de cálculo del salario bruto semanal:

Semana 1 - Salario bruto incluidas las horas extraordinarias	\$550
Semana 2 - Salario bruto	\$500
Semana 3 - Salario bruto	\$500
Semana 4 - Salario bruto	\$500
Semana 5 - Salario bruto	\$500
Semana 6 - Salario bruto	\$500
Semana 7 - Salario bruto, incluidas las horas extraordinarias	\$600
Semana 8 - Salario bruto, incluidas las horas extraordinarias	+ \$550
Total =	\$4,200
Dividir por 8	÷ 8
Salario semanal promedio =	\$525
Prima devengada en las 52 semanas anteriores	\$2,600
Dividir por 52	÷ 52
Prima semanal prorrateada =	\$50

Las instrucciones del Formulario PFL-1 continúan en la página siguiente

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado) - continuación de la página anterior**Instrucciones del Formulario PFL-1, continuación de la página anterior**

Salario semanal promedio	\$525
Prima semanal prorrateada	+ \$50
Salario semanal promedio (bono incluido) =	\$575

Tenga en cuenta que el empleador también debe proporcionar esta información en la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1)*.

Al hacer una presentación previa del formulario: indique si el empleado está haciendo una presentación previa de su solicitud de PFL. Por "presentación previa" se entiende la presentación de la solicitud antes de que se produzca un acontecimiento que da derecho a la subvención, aunque falte determinada información requerida por no conocerse en el momento de la presentación. Si el transportista o el empresario autoasegurado permiten el envío previo,

El empleado firma y pone la fecha antes de entregarle este formulario a su empleador para que complete la Parte B.

la información que falte deberá facilitarse en cuanto se conozca. No se podrán determinar los beneficios hasta que se facilite toda la información requerida.

La compañía de seguros de PFL o la empresa autoasegurada le enviará al empleado, en un plazo de cinco días, una notificación en la que: 1) se indique que la solicitud está pendiente; 2) se identifique la información que falta; 3) se indique cómo presentar la solicitud. **Una vez facilitada toda la información, la compañía de seguros de PFL o el empresario autoasegurado dispone de 18 días para pagar o denegar la reclamación.**

Si la aseguradora o la empresa autoasegurada no permite la presentación previa, la aseguradora o la empresa autoasegurada debe devolverle al empleado la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado* en un plazo de cinco días, explicándole que la solicitud debe volver a presentarse cuando se disponga de toda la información.

PARTE B - INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador)

El empleador del trabajador que solicita el PFL debe completar toda la información de la Parte B.

Pregunta 2: si se utiliza un número de Seguro Social para el Número de Identificación Patronal Federal (Federal Employer Identification Number, FEIN), introduzca el número de Seguro Social.

Pregunta 3: introduzca el Código de Clasificación Industrial (Standard Industrial Classification, SIC) del empresario. Los empresarios deben ponerse en contacto con su transportista si no conocen su código SIC.

Pregunta 8: el código de ocupación del empleado se encuentra en: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Pregunta 9: introduzca los salarios devengados por el empleado durante las últimas ocho semanas anteriores a la fecha de inicio del PFL. El importe bruto pagado es la remuneración semanal bruta del empleado, incluidas las horas extraordinarias y las propinas ganadas durante esa semana, más el importe prorrateado semanal de cualquier bonificación o comisión recibida durante las 52 semanas anteriores. (Para conocer los pasos detallados, consulte la pregunta 18 a partir de la página 1 de las instrucciones). Calcule el salario bruto semanal promedio sumando los ingresos brutos pagados y dividiendo el total por ocho (o por el número de semanas trabajadas si es inferior a ocho).

El empleado de Affirmation tiene derecho a un PFL: un empleado que trabaje regularmente 20 horas o más a la semana debe haber estado al menos 26 semanas consecutivas. Un empleado que trabaja regularmente menos de 20 horas por semana debe haber trabajado 175 días.

El empleador firma y pone la fecha, y luego la devuelve al empleado que solicita el PFL en un plazo de tres días hábiles.

Pregunta 10: el hecho de no seleccionar "Sí" para solicitar el reembolso a la compañía de seguros supondrá una renuncia al derecho de reembolso.

Pregunta 11a: "Discapacidad" hace referencia a la discapacidad exigida por la ley del Estado de Nueva York (New York State, NYS). Si la respuesta es "ninguna", introduzca un "0" para el total de semanas y días en la pregunta 11b.

Pregunta 11b: el número máximo de semanas disponibles para la incapacidad reglamentaria de NYS y el PFL en cualquier período de 52 semanas es de 26 semanas. Especifique el número total de semanas, así como el número de días adicionales, si el permiso incluye una semana parcial, que se han disfrutado por incapacidad legal del Estado de Nueva York y por PFL durante las 52 semanas anteriores.

Preguntas 13, 14 y 15: indique el nombre, la dirección y el número de póliza del seguro de baja familiar retribuida o incapacidad/PFL. Si la empresa está autoasegurada, indique el nombre y la dirección del lugar donde debe presentarse la solicitud de PFL para su tramitación.

Asegúrese de completar los formularios de PFL adicionales apropiados según el tipo de permiso que se solicite.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (artículo 6-A de la Ley de Funcionarios Públicos) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Título 5 del Código de Estados Unidos [United States Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluido su número de Seguro Social o Número de Identificación del Contribuyente, se deriva de la autoridad administrativa de la Junta según la Ley de Compensación Obrera (Workers' Compensation Law, WCL), sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener registros precisos. Proporcionar su número de Seguro Social o Número de Identificación Fiscal a la Junta es voluntario. La junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.



PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado)

1. **Nombre legal del empleado** (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2. **Otros apellidos, si los hubiera, con los que ha trabajado el empleado**

3. **Dirección postal del empleado**

Domicilio

Ciudad, estado

Código postal País (si no es EE. UU.)

4. **Número del seguro social o número de identificación fiscal del empleado**

□□□□ - □□□□ - □□□□□□

5. **Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)**

□□ / □□ / □□□□□□

6. **Número de teléfono principal del empleado**

(□□□□) □□□□ - □□□□□□

7. **Dirección de correo electrónico preferida del empleado mientras esté en PFL (si está disponible)**

8. **Género del empleado**

M F X

9. **Idioma preferido del empleado**

English Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어
 Otro

Opcional (con fines de investigación)

10. **Origen étnico/raza del empleado**

Con fines exclusivamente demográficos. (Conjunto de códigos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention, CDC] de EE. UU., versión 1.0.)

¿El empleado es de origen hispano, latino o español? (Pueden seleccionarse una o varias categorías).

- Mexicano
- México-americano
- Chicano
- Puertorriqueño
- Dominicano
- Cubano
- Otro origen hispano, latino o español
- No de origen hispano, latino o español
- Desconocido

¿Cuál es la raza del empleado?

(Pueden seleccionarse una o varias categorías).

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano
- Indio asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otros asiáticos
- Blanco
- Nativo de Hawái
- Guameño o chamorro
- Samoano
- Otro isleño del Pacífico
- Otra raza

Solicitud de Permiso Familiar Pagado (PFL) (para ser completada por el empleado)

11. **Motivo de la solicitud de PFL:** Vínculo con el hijo Cuidado de un familiar Evento militar calificado

12. **El familiar es del empleado:**

Hijo Cónyuge Pareja de hecho Padre Suegro Abuelo Nieto Hermano

Formulario PFL-1 continúa en la página siguiente



PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____ **Fecha de nacimiento del empleado** (MM/DD/AAAA) / /

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado) - continuación de la página anterior

Formulario PFL-1 Continuación de la página anterior

13. ¿El PFL será durante un período de tiempo continuo o intermitente?

Continuo Fecha de inicio del PFL (MM/DD/AAAA) / / Fecha de finalización del PFL (MM/DD/AAAA) / / Las fechas son estimadas

Intermitente Identifique las fechas en las que se tomará el PFL intermitente: Las fechas son estimadas

14. Si le avisa al empleador con menos de 30 días de antelación, explique:

Información laboral (para ser completada por el empleado)

15. Nombre de la empresa

16. Fecha de contratación del empleado (MM/DD/AAAA) / /

17. Lugar de trabajo del empleado

Domicilio

Ciudad, estado Código postal País (si no es EE. UU.)

18. Salario bruto semanal promedio del empleado (Este dato se les solicitará tanto al empleado como al empleador) _____

19. Número de teléfono del empresario para ponerse en contacto con él en relación con esta solicitud () -

20a. ¿El empleado tiene más de un empleador? Sí No

20b. En caso afirmativo, ¿recibe el empleado un PFL del otro empleador? Sí No

21. ¿El empleado recibe en la actualidad indemnizaciones por pérdida de salario? Sí No

Declaración informativa: la información sobre los beneficios de PFL recibidos por el empleado, como los pagos recibidos y los tipos de permiso, se le proporcionarán al empleador.

Declaración y firma

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de siniestro que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material de la misma, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

Por la presente, solicito los beneficios del Permiso Familiar Pagado en virtud de la Ley de Compensación Obrera del Estado de Nueva York. Mi firma afirma que la información que estoy proporcionando es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma del empleado _____ Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) / /

Presento este formulario por adelantado (consulte las instrucciones sobre el envío por adelantado). Entiendo que la compañía de seguros se pondrá en contacto conmigo para indicarme cómo presentar la información que falta.

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

□□□ / □□□ / □□□□□□

PARTE B - INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador)

1. Nombre legal completo y dirección postal de la empresa

Nombre de la empresa

Dirección de correo

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

2. N.º de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN) □□□ - □□□□□□□□□□

3. Código de Clasificación Industrial Estándar (Standard Industrial Classification, SIC) del empresario □□□□□

4. Nombre de contacto del empleador para preguntas relacionadas con PFL

5. Teléfono de contacto del empleador (□□□□) □□□□ - □□□□□□

6. Dirección de correo electrónico de contacto del empleador

7. Fecha de contratación del empleado (MM/DD/AAAA) □□□ / □□□ / □□□□□□

8. Los códigos de ocupación de los empleados están disponibles en: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm □□□ - □□□□□□

9. Indique las últimas 8 semanas de salario bruto del empleado y calcule el salario bruto semanal promedio

N.º de semana	Fecha final de la semana (MM/DD/AAAA)	Número de días trabajados	Importe bruto pagado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Salario bruto <u>semanal</u> promedio calculado:			

10. Si el empleado ha recibido o va a recibir el salario íntegro mientras está en PFL, ¿el empresario va a solicitar el reembolso?

Sí No

El Formulario PFL-1 continúa en la página siguiente

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____ **Fecha de nacimiento del empleado** (MM/DD/AAAA) / /

PARTE B - INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador) - Continuación de la página anterior

El Formulario PFL-1 continúa de la página anterior

11a. En las 52 semanas anteriores, ¿el empleado tomó vacaciones por: Discapacidad de NYS PFL Discapacidad y PFL Ninguno

11b. Indique el número total de semanas y días disfrutados tanto por incapacidad como por PFL en las últimas 52 semanas:

Incapacidad:	Semanas	Indique las fechas concretas de la discapacidad:
	Días	

PFL:	Semanas	Por favor, facilite fechas concretas para el PFL:
	Días	

12. ¿Está disfrutando el empleado de la Ley Federal de Ausencia Familiar y Médica (Federal Family and Medical Leave Act, FMLA) al mismo tiempo que del PFL? Sí No

13. Nombre y dirección postal de la compañía de seguros de PFL

Nombre de la compañía de seguros de PFL _____

Dirección de correo _____

Ciudad, estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
----------------	---------------	-------------------------

14. Número de teléfono de la aseguradora de PFL () -

15. Número de póliza de PFL _____

Declaración y firma

Afirmo que el empleado trabaja regularmente 20 horas o más a la semana y que ha estado empleado durante al menos 26 semanas consecutivas O que el empleado trabaja regularmente menos de 20 horas a la semana y ha trabajado al menos 175 días.

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de siniestro que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material de la misma, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

Soy la persona autorizada a firmar como empleador del empleado que solicita el PFL. Mi firma afirma que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es verdadera y exacta.

Firma autorizada del empleador	Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)
_____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Cargo	

Instrucción para el caso de evento militar calificado (Formulario PFL-5)

Si un empleado solicita un Permiso Familiar Pagado (PFL) debido al servicio militar activo cubierto de un miembro de la familia o al servicio activo cubierto inminente, el empleado debe presentar el *Evento Militar Calificado (Formulario PFL-5)* con la Solicitud de *Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1)*.

El empleado debe identificar al familiar, proporcionar una copia de las órdenes de servicio activo cubierto o inminente del miembro, y describir el motivo por el que se solicita el permiso.

EVENTO MILITAR CALIFICADO (Para ser completado por el empleado)

El empleado que solicita el PFL debe completar toda la información solicitada.

El empleado indica su nombre, fecha de nacimiento, otros apellidos, en su caso, con los que haya trabajado, número de Seguro Social o Número de Identificación Fiscal (NIF) y dirección postal en la parte superior de la página 1.

El empleado indica su nombre y fecha de nacimiento en la parte superior de la página 2.

Preguntas 1 a 5: introduzca los datos del militar e indique su parentesco con el empleado.

Pregunta 5: por hijo se entiende un hijo biológico, adoptado o en acogida, un hijastro, un menor bajo tutela legal, un hijo de una pareja de hecho o la persona a la que el empleado se halle in loco parentis. Se entiende por progenitor al padre biológico, de acogida o adoptivo, al suegro, al padrastro o a la madrastra, al tutor legal o a la persona que tenía una relación de parentesco con el empleado cuando este era niño.

Pregunta 6: indique las fechas previstas de servicio activo con cobertura militar.

Pregunta 7: se requiere documentación que demuestre que el militar está en servicio activo cubierto o ha sido notificado de una llamada inminente u orden de servicio activo cubierto y debe adjuntarse a este formulario. Seleccione de la lista a continuación el tipo de documentación que se adjunta.

La documentación exigida incluye uno de los documentos siguientes:

- Órdenes de servicio activo cubiertas; O
- Carta de la unidad militar documentando la inminente llamada u orden de servicio cubierto; O
- Documentación de la licencia militar firmada por la autoridad que aprueba el descanso y la recuperación del militar.

Motivo de la baja (para ser completado por el empleado)

Pregunta 8: explicar la necesidad de la PFL debido al acontecimiento militar calificado. Por ejemplo: "Mi cónyuge acaba de ser llamado con poca antelación para cubrir el servicio activo y será desplegado en (país) dentro de cinco días. Necesito tomar PFL para estar con ellos y hacer arreglos para ellos mientras están lejos en servicio activo". Si la explicación no cabe en el espacio proporcionado en el formulario, introduzca "Véase anexo" y añada un anexo con la explicación. Asegúrese de incluir el nombre completo del empleado, fecha de nacimiento, otros apellidos, si los hubiera, con los que haya trabajado, número de Seguro Social o número de identificación fiscal (NIF) y dirección postal en la parte superior del anexo.

Pregunta 9: incluya uno o más de los documentos de apoyo:

- Convocatoria de reunión informativa patrocinada por el ejército; o
- Documentos que confirmen una cita con un funcionario escolar, médico, abogado o asesor financiero; o
- Copia de una factura por servicios de gestión de asuntos jurídicos o financieros.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (artículo 6-A de la Ley de Funcionarios Públicos) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Título 5 del Código de Estados Unidos [United States Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluido su número de Seguro Social o Número de Identificación del Contribuyente, se deriva de la autoridad administrativa de la Junta según la Ley de Compensación Obrera (Workers' Compensation Law, WCL), sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener registros precisos. Proporcionar su número de Seguro Social o Número de Identificación Fiscal a la Junta es voluntario. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.



PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

Otros apellidos, si los hubiera, con los que ha trabajado el empleado

Número del seguro social o número de identificación fiscal del empleado (Taxpayer Identification Number, TIN)

Dirección postal del empleado

Dirección de correo

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

EVENTO MILITAR CALIFICADO (Para ser completado por el empleado)

1. Nombre del militar en servicio activo cubierto o llamado inminente a la situación de servicio activo cubierto (despliegue internacional) (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)

2. Fecha de nacimiento del militar (MM/DD/AAAA) [] [] / [] [] / [] [] [] []

3. Género del militar (opcional) M F X

4. Dirección postal del militar

Dirección de correo

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

5. El militar arriba mencionado es del empleado: Cónyuge Pareja de hecho Hijo/a Padre o madre

6. Período de servicio activo cubierto del militar (MM/DD/AAAA)

[] [] / [] [] / [] [] [] [] a [] [] / [] [] / [] [] [] []

7. Seleccione una de las opciones a continuación y adjunte el documento indicado para justificar que el militar se encuentra en situación de servicio activo cubierto o de llamada u orden inminente a la situación de servicio activo cubierto:

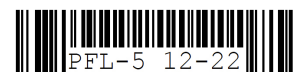
- Órdenes de servicio activo cubierto
- Carta de llamada inminente u orden de servicio cubierto
- Documentación del permiso militar firmada por la autoridad que aprueba el descanso y la recuperación del militar

Motivo de la baja (para ser completado por el empleado)

8. ¿Cuál es el motivo por el que el empleado solicita la PFL? (Pueden seleccionarse uno o varios motivos).

- Organizar el cuidado de los niños
- Organizar el cuidado de los padres
- Asesoramiento
- Gestiones financieras
- Gestiones legales
- Actuar como representante del militar ante un organismo federal, estatal o local con el fin de obtener, tramitar o recurrir beneficios del servicio militar
- Asistir a cualquier acto patrocinado por las fuerzas armadas o las organizaciones del servicio militar
- Otro

Formulario PFL-5 continúa en la página siguiente



PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

/ /

EVENTO MILITAR CALIFICADO (para ser completado por el empleado) - continuación de la página anterior

Formulario PFL-5, continuación de la página anterior

9. ¿Dispone de documentación escrita que justifique esta solicitud de excedencia y la adjunta?

Sí No Ninguna disponible

Nota: una certificación completa y suficiente para respaldar una solicitud de permiso PFL debido a un suceso calificador incluye cualquier documentación escrita disponible que respalde la necesidad del permiso; dicha documentación puede incluir una copia de un anuncio de reunión para sesiones informativas patrocinadas por las fuerzas armadas; un documento que confirme el permiso de Descanso y Recuperación del militar; un documento que confirme una cita con un tercero, como un consejero o funcionario escolar, o personal de un centro de atención; o una copia de una factura de servicios para el manejo de asuntos legales o financieros. Si se solicita un permiso para reunirse con un tercero, el empleado debe proporcionar la documentación justificativa de la reunión que incluya el nombre, la dirección y la información de contacto adecuada de la persona o entidad con la que se va a reunir (es decir, el número de teléfono, de fax o la dirección de correo electrónico de la persona o entidad).

Declaración y firma

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de siniestro que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material de la misma, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

Por la presente, solicito los beneficios del Permiso Familiar Pagado en virtud de la Ley de Compensación Obrera del Estado de Nueva York. Mi firma afirma que la información que estoy proporcionando es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma del empleado

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

/ /

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

Otros apellidos, si los hubiera, con los que ha trabajado el empleado

Número del seguro social o número de identificación fiscal del empleado (Taxpayer Identification Number, TIN)

□□□□ - □□ - □□□□□□

Dirección postal del empleado

Dirección de correo

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

MOTIVO DEL PERMISO - DOCUMENTACIÓN

Si se solicita un permiso para reunirse con un tercero, el empleado debe proporcionar documentación justificativa de la reunión que incluya el nombre, la dirección y la información de contacto adecuada de la persona o entidad con la que se va a reunir (es decir, el número de teléfono, de fax o la dirección de correo electrónico de la persona o entidad). El motivo de la reunión puede incluir organizar el cuidado de los hijos o de los padres, asesoramiento, realizar trámites financieros o legales, actuar como representante del militar ante un organismo federal, estatal o local con el fin de obtener, tramitar o apelar los beneficios del servicio militar, o asistir a cualquier evento patrocinado por las fuerzas armadas o las organizaciones del servicio militar.

Presente esta documentación para cada reunión/evento obligatorio.

Nombre de la persona con la que se reúne el empleado _____

Cargo _____

Organización _____

Número de teléfono (indique el prefijo de la zona o del país) _____

Número de fax (indique el prefijo de la zona o del país) _____

Correo electrónico _____

Dirección de correo

Dirección de correo

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

Describa la naturaleza de la reunión. Incluya las fechas, si las conoce:

