



Instrucciones para tomar el Permiso Familiar Pagado o Incapacidad debido a la cuarentena/aislamiento por COVID-19

- Complete las Secciones 1 a 2 de este formulario y la Parte A de la **Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1)**.
 - Deje las preguntas 11 y 12 en blanco en el *formulario PFL-1* y en su lugar complete la Sección 1 encuentra a continuación.
- Entregue los formularios diligenciados a su empleador.
 - El empleador completa la Sección 3 de este formulario y la Parte B del *Formulario PFL-1*, en un plazo de 3 días hábiles.
- Adjunte la orden obligatoria o preventiva de cuarentena o aislamiento.
- Envíe todos los formularios y la orden de cuarentena/aislamiento a la compañía de seguros del Permiso Familiar Pagado (Paid Family Leave, PFL) de su empleador que figura en la Parte B del *formulario PFL-1*.

Para obtener más orientación, visite el sitio web del PFL en PaidFamilyLeave.ny.gov.

SECCIÓN 1: SOLICITUD DE PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) (para ser completada por el empleado)

Puede ser elegible para recibir AMBOS beneficios (por incapacidad y por Permiso Familiar Pagado) hasta un beneficio máximo por incapacidad de \$2,043.92 y hasta un beneficio máximo del Permiso Familiar Pagado de \$840.70, para un TOTAL de \$2,884.62 por semana.

Motivo de la solicitud del PFL: Beneficios por incapacidad o permiso familiar pagado debido a cuarentena/aislamiento por COVID-19

SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado)

Mi firma ratifica que he agotado todo permiso por enfermedad pagado por COVID-19 y que no soy físicamente capaz de realizar trabajo para mi empleador a través de acceso remoto o medios similares durante la orden de cuarentena o aislamiento obligatoria o preventiva.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado en letra de imprenta: _____

SECCIÓN 3: CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador)

Mi firma ratifica que este empleado ha agotado todo permiso por enfermedad pagado por COVID-19 y que no es físicamente capaz de realizar su trabajo a través de acceso remoto o medios similares durante la orden de cuarentena o aislamiento obligatoria o preventiva.

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

Nombre del empleador/entidad en letra de imprenta: _____

La compañía de seguros debe pagar o denegar los beneficios dentro de los 18 días calendario de haber recibido su solicitud completa. Su solicitud no puede considerarse incompleta únicamente porque su empleador no completó la Sección 3 anterior o la Parte B del *formulario PFL-1*. Si no está de acuerdo con la decisión de la compañía de seguros, o si el pago no se realiza a tiempo, puede hacer una solicitud de arbitraje y mediación nacional (National Arbitration and Mediation, NAM) en nyspfla.com.



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

- Para solicitar el Permiso Familiar Pagado (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 diligenciada 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 pudo 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 promedio. 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 siguiente manera:

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 promedio. Para determinar el importe semanal prorrateado, sume todas las primas/comisiones devengadas en las 52 semanas anteriores y divídale 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 siguiente página

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, 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 compañía de seguros de PFL o el empresario autoasegurado no permite la presentación previa, la compañía de seguros de PFL o el empresario autoasegurado 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.

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

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 empleado 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: "Incapacidad" hace referencia a la incapacidad 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 del permiso familiar pagado 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.



INSTRUCCIONES INCLUIDAS EN EL FORMULARIO

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
- Mexicanoamericano
- Chicano
- Puertorriqueño
- Dominicano
- Cubano
- Otro origen hispano, latino o español
- No es 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 del 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 notifica al empleador con menos de 30 días de anticipación, 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 del 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, si se conoce (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

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

Formulario PFL-1 Continuación de la página anterior

11a. En las 52 semanas anteriores, ¿el empleado tomó vacaciones por: Incapacidad de NYS PFL Incapacidad 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 específicas de la incapacidad: _____
	Días	

PFL:	Semanas	Indique las fechas específicas del 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 por semana y ha estado en el empleo durante al menos 26 semanas consecutivas O que el empleado trabaja regularmente menos de 20 horas por 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)
 [][] / [][] / [][][][]

Cargo
