

Cómo solicitar un Permiso Familiar Pagado

para establecer vínculos afectivos con un niño recién nacido,
adoptado o bajo cuidado temporal



Paid Family
Leave



Antes de presentar la solicitud

- Verifique los requisitos de elegibilidad para obtener el Permiso Familiar Pagado. (Consulte la siguiente página o visite PaidFamilyLeave.ny.gov)
- 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 antes del comienzo del permiso, si es previsible; de lo contrario, notifique a su empleador tan pronto como sea posible.

Complete sus formularios y adjunte la documentación requerida

- Complete la **Solicitud del Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-1)**
 - 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.
- Complete el **Certificado de vínculos afectivos (formulario PFL-2)**
Complete el **formulario PFL-2** 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 completa 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-2** 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.
 - Usar la aplicación de búsqueda de cobertura del empleador en wcb.ny.gov para buscar la compañía de seguros del Permiso Familiar Pagado de su empleador.

Si no puede encontrar la compañía de seguros de su empleador, llame a la línea de ayuda del Permiso Familiar Pagado para obtener asistencia: **(844) 337-6303** (de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.)

NO envíe su paquete de solicitud a NYS Workers' Compensation Board.

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



Importante saber

En la mayoría de los casos, la compañía de seguros debe pagar o negar 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.com.

Después de una audiencia, un Juez de Derecho de Workers' Compensation Board resuelve las quejas sobre discriminación o represalia por parte del empleador. Si siente que ha sido objeto de discriminación o represalia por parte de su empleador por solicitar o tomar un Permiso Familiar Pagado, visite PaidFamilyLeave.ny.gov o llame al **(844) 337-6303**.

Elegibilidad

- Las madres y los padres, incluidos los padres del mismo sexo, pueden tomar tiempo libre remunerado y amparado por el trabajo para establecer vínculos afectivos con su nuevo hijo en los primeros 12 meses del nacimiento del niño, la adopción o la colocación en un hogar de cuidado temporal.
- La mayoría de los empleados que trabajan en el estado de Nueva York para empleadores privados están cubiertos por el Permiso Familiar Pagado.
 - **Empleados de tiempo completo:** si trabaja regularmente 20 horas o más a la semana para un empleador cubierto, es elegible después 26 semanas consecutivas de trabajo con su empleador.
 - **Empleados de medio tiempo:** si trabaja regularmente menos de 20 horas a la semana para un empleador cubierto, es elegible después de trabajar para su empleador 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 estarán 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 la línea de ayuda del Permiso Familiar Pagado al **(844) 337-6303**.

Documentación necesaria

La documentación requerida varía con base en el tipo de permiso, como se describe a continuación:

Para el nacimiento de un hijo:

- La madre biológica necesitará la siguiente documentación:
 - Una copia del certificado de nacimiento del niño, si está disponible, o un certificado de nacimiento original emitido por un proveedor de atención médica.
- Un padre que no sea la madre biológica necesitará la siguiente documentación:
 - Una copia del certificado de nacimiento del niño, si está disponible, que lo mencione como el segundo parent, un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad* o una *orden judicial de filiación*.
- - La misma documentación de la madre biológica y un segundo documento que verifique la relación con la madre biológica, tal como un certificado de matrimonio, de unión civil o documento de pareja de hecho.

Para una colocación en un hogar de cuidado temporal:

- Una carta de colocación en un hogar de cuidado temporal emitida por el departamento de servicios sociales del condado o la ciudad o por la agencia voluntaria de cuidado temporal autorizada.
- Si el segundo parent no se menciona en la carta de colocación, este también debe proporcionar pruebas que verifiquen su relación con el parent mencionado en la carta de colocación, como un certificado de matrimonio, de unión civil o documento de pareja de hecho.

Para una adopción:

- Una copia de los documentos del tribunal sobre la culminación del proceso de adopción.
- Documentación que respalde el progreso del proceso de adopción.
- Si el segundo parent no se menciona en los documentos legales, este también debe proporcionar pruebas que verifiquen su relación con el parent mencionado en los documentos del tribunal, como un certificado de matrimonio, de unión civil o documento de pareja de hecho.

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



Instrucciones de la Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)

- Para solicitar el PFL, el empleado que lo solicita debe completar la Parte A de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*. Todos los puntos del formulario son obligatorios, a menos que se indiquen como opcionales. El empleado luego le proporciona el formulario al empleador para que complete la Parte B.
 - El empleador completa la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)* y se la devuelve al empleado en un plazo de tres días.
 - Se requieren formularios adicionales dependiendo del tipo de permiso que se esté solicitando. El empleado que solicita el permiso es responsable de completar estos formularios.
 - El empleador envía la Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S) junto con el formulario adicional obligatorio a la compañía aseguradora de PFL del empleador que se menciona en la Parte B de la Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S).**
- El empleado debe guardar una copia de cada formulario enviado para su archivo personal.

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

Pregunta 12: Un hijo se define como un hijo o hija biológico, adoptado o de cuidado temporal, un hijastro o hijastra, un menor bajo tutela legal, un hijo o hija de la pareja de hecho o la persona para la cual el empleado sustituye a los padres. Un parente/madre se define como el parente/madre biológico, de cuidado temporal o adoptivo, parente/madre conforme a derecho legal, un padrastro/madrastra, un tutor legal u otra persona que sustituyó a los padres del empleado cuando el empleado era un menor.

Pregunta 13: Si las fechas son "Continuas", el empleado debe proporcionar la fecha de inicio y finalización del PFL solicitada. Estas fechas deben ser las fechas reales en las que comenzará y terminará el PFL. Si no se tiene certeza, calcule las fechas de inicio y finalización y mencione "Las fechas son estimadas". Si las fechas son "Periódicas", ingrese las fechas en las que se tomará el PFL. Sea tan específico como sea posible. Si se desconocen las fechas o estas son estimadas, indique "Las

fechas son estimadas".

Si las fechas son estimadas, la aseguradora de PFL podría exigirle que presente una solicitud de pago **después** de tomar el día de PFL. El pago por los reclamos aprobados se deberá hacer tan pronto como sea posible, pero en ningún caso, más de 18 días a partir de la fecha en la que haya sido completada la solicitud.

Pregunta 14: Si el empleado está presentando una solicitud de PFL a su empleador con menos de 30 días de aviso anticipado a partir de la fecha del PFL, el empleado debe explicar por qué no se pudo dar el aviso con 30 días de anticipación. Si la explicación no cabe en el espacio que se proporciona en el formulario, escriba "Ver el adjunto" y agregue un adjunto con la explicación. Asegúrese de incluir el nombre completo del empleado y su fecha de nacimiento en la parte superior del adjunto.

Información de empleo (para ser completada por el empleado)

Pregunta 16: Ingrese la fecha de contratación según recuerde el empleado. Si ha sido más de un año desde la fecha de contratación, es suficiente ingresar el año en el cual comenzó el empleo.

Pregunta 18: Ingrese la mejor estimación del salario semanal bruto promedio. Incluya únicamente los salarios devengados del empleador que se menciona en este formulario de solicitud. **El salario semanal bruto es el pago semanal total (incluyendo horas extras, propinas, bonificaciones y comisiones) antes que el empleador haga cualquier deducción**, como por ejemplo, los impuestos federales y del estado. Si el empleador no puede proporcionar esta información, el empleado puede calcular su salario bruto semanal de la siguiente manera:

Paso 1: Sume todos los salarios brutos recibidos (antes de cualquier deducción) durante las últimas ocho semanas antes del inicio del PFL, incluyendo horas extras y propinas recibidas. (Vea el **Paso 3** para conocer las instrucciones para calcular las bonificaciones y/o comisiones).

Paso 2: Divida los salarios brutos calculados en el paso uno entre ocho (o el número de semanas trabajadas si son menos de ocho) para calcular el salario semanal promedio.

Paso 3: Si el empleado recibió bonificaciones y/o comisiones durante las 52 semanas anteriores a el PFL, sume la cantidad semanal prorrataeada al salario semanal promedio. Para determinar la cantidad semanal prorrataeada, sume todas las bonificaciones/comisiones devengadas en las 52 semanas anteriores y luego divídalo entre 52.

Ejemplo de un cálculo de salario semanal bruto:

| | |
|-----------------------------------------------------|---------|
| Semana 1 - Salario bruto incluyendo horas extras | \$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, incluyendo horas extras | \$600 |
| Semana 8 - Salario bruto, incluyendo horas extras | + \$550 |
| Total = | \$4,200 |
| Dividir entre 8 | ÷ 8 |
| Salario semanal promedio = | \$525 |
| Bonificación devengado en las 52 semanas anteriores | \$2,600 |
| Dividir entre 52 | ÷ 52 |
| Bonificación semanal prorrataeada = | \$50 |

Las Instrucciones del Formulario PFL-1S continúan en la siguiente página

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

| | |
|-------------------------------------------------------------|--------------|
| Salario semanal promedio | \$525 |
| Bonificación semanal prorrataeada | + \$50 |
| Salario semanal promedio (incluyendo bonificación) = | \$575 |

Tome en cuenta que el empleador también está obligado a proporcionar esta información en la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*.

Si está preeñviendo el formulario: Indique si el empleado está preeñviendo su solicitud de PFL. Preeñvir se define como presentar la solicitud por anticipado a un próximo evento calificador, en donde falta cierta información requerida debido a que se desconoce la información al momento de la presentación. Si la aseguradora o el empleador autoasegurado permite el preeñvio, se debe proporcionar la información faltante tan pronto

como se conozca. No se pueden determinar los beneficios hasta que se proporcione toda la información requerida.

La compañía aseguradora de PFL o el empleador autoasegurado le dará un aviso al empleado en un plazo de cinco días, el cual 1) indica que el reclamo está pendiente; 2) identifica qué información falta; 3) indica cómo presentar la información faltante. Una vez se proporcione toda la información, la compañía aseguradora de PFL o el empleador autoasegurado tiene 18 días para pagar o rechazar el reclamo.

Si la compañía aseguradora o el empleador autoasegurado no permite los preeñvíos, la compañía aseguradora o el empleador autoasegurado debe devolver la Solicitud de Permiso Familiar Pagado en un plazo de cinco días al empleado, dándole una explicación de que se debe volver a presentar el reclamo cuando esté disponible toda la información.

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

PARTA B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador)**El empleador del empleado que solicita el PFL debe completar toda la información de la Parte B.**

Pregunta 2: Si se usa un número de Seguro Social para el número de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN), ingrese el número de Seguro Social.

Pregunta 3: Ingrese el Código de Clasificación industrial estándar (Standard Industrial Classification, SIC) del empleador. Comuníquese con su aseguradora si no conoce su código SIC.

Pregunta 8: El código de ocupación del empleado se puede encontrar en: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

Pregunta 9: Ingrese los salarios devengados por el empleado durante las últimas ocho semanas anteriores a la fecha de inicio del PFL. El monto bruto pagado es el pago semanal bruto del empleado, incluyendo todas las horas extras y propinas devengadas esa semana, además de la cantidad prorrataeada semanal de cualquier bonificación o comisión recibida durante las 52 semanas anteriores. (Para conocer los pasos detallados, vea la Pregunta 18 a partir de la página 1 de las instrucciones). Calcule el salario semanal promedio sumando los montos brutos pagados, y luego divídalos entre ocho (o el número de semanas trabajadas si son menos de ocho).

Afirmación de que el empleado es elegible para el PFL: Un empleado que trabaja regularmente 20 horas o más por semana debe haber estado empleado durante 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 coloca la fecha, y luego lo devuelve al empleado que solicita el PFL en un plazo de tres días hábiles.

Asegúrese de completar los formularios de PFL adicionales correspondientes con base en el tipo de permiso PFL que se esté solicitando.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (título 5 del Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad que tiene la Junta de Compensación Obrera (la Junta) para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluyendo su número de Seguro Social o número de identificación tributaria, proviene de la autoridad administrativa de la Junta conforme a la Ley de Compensación Obrera, sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudar a mantener los registros correctos. Es voluntario proporcionar su número de Seguro Social o número de identificación tributaria a la Junta. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará únicamente para respaldo de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

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

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

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

Formulario PFL-1S continuación de la página anterior

13. ¿Será el PFL para un período continuo y/o periódico?

| | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continua | Fecha de inicio del PFL (MM/DD/AAAA) | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> | Fecha de finalización del PFL (MM/DD/AAAA) | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Las fechas son estimadas |
| <input type="checkbox"/> Periódica | Identifique las fechas periódicas en las que se tomará el PFL: | | | <input type="checkbox"/> Las fechas son estimadas | |
| <input type="text"/> | | | | | |

14. Si le va a proporcionar un aviso con menos de 30 días de anticipación al empleador, explique:

Información de empleo (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

Dirección

Ciudad, Estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

18. Salario semanal bruto promedio del empleado (Estos datos se solicitarán para el empleado y el empleador)19. Número de teléfono del empleador para contactarlo respecto a esta solicitud () / - 20a. ¿Tiene el empleado más de un empleador? Sí No20b. Si la respuesta es sí, ¿está tomando el empleado el PFL de otro empleador? Sí No

21. ¿Está recibiendo actualmente el empleado Beneficios por salarios perdidos de la Ley de Compensación Obrera?

 Sí No

Declaración legal: La información respecto a los beneficios de PFL recibida por el empleado, tales como pagos recibidos y tipos de permiso, se le proporcionará al empleador.

Declaración y firma

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Por este medio solicito los beneficios de Permiso Familiar Pagado conforme a la Ley de Compensación Obrera del Estado de Nueva York. Mi firma confirma que la información que estoy proporcionando es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del empleado

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Estoy presentando este formulario por anticipado (ver las instrucciones sobre el preenvío). Entiendo que la compañía aseguradora se comunicará conmigo para recomendarme cómo presentar la información faltante obligatoria.

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

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

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

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

1. Nombre legal completo y dirección postal de la empresa

Nombre de la empresa

Dirección postal

Ciudad, Estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

2. Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés)

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

3. Código de Clasificación industrial estándar del empleador (SIC, por sus siglas en inglés)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

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

5. Número de teléfono de contacto del empleador (() -)

6. Dirección de correo electrónico de contacto del empleador

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

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

8. Ocupación del empleado Los códigos están disponibles en: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

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

| Semana No. | Fecha de finalización de la semana (MM/DD/AAAA) | Número de días trabajados | Monto bruto pagado |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| Salario semanal bruto promedio calculado: | | | |

10. Si el empleado recibió o recibirá salarios completos mientras está en el PFL, ¿solicitará reembolso el empleador? Sí No

Formulario PFL-1S continúa en la siguiente página

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

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

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

_____ / _____ / _____

PARTE B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (para ser completada por el empleador) - continúa de la página anterior

Formulario PFL-1S continuación de la página anterior

- 11a. En las 52 semanas anteriores, el empleado ha tomado el permiso para:

Discapacidad según el Estado de Nueva York PFL Discapacidad y PFL Ninguno

11. Escriba el número total de semanas y días que se tomaron para permiso de Discapacidad y PFL en las últimas 52 semanas:

| | | |
|----------------------|---------|--------------------------------------------------------|
| Discapacidad: | Semanas | Proporcione las fechas específicas de la Discapacidad: |
| | Días | |

| | |
|-------------|-------------------------------------------------|
| PFL: | Proporcione las fechas específicas para el PFL: |
| Semanas | |
| Días | |

12. ¿Está tomando el empleado un permiso bajo la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family Medical Leave Act, FMLA) simultáneamente con el PFL? Sí No

- 13. Dirección postal y nombre de la compañía aseguradora de PFL**

Nombre de la compañía aseguradora de PFL

Dirección postal

Ciudad, Estado

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

- 15. Número de póliza PFL**

Declaración y firma

Declaro que el empleado trabaja regularmente 20 horas o más por semana y ha estado en el empleo durante al menos 26 semanas consecutivas O el empleado trabaja regularmente menos de 20 horas por semana y ha trabajado al menos 175 días.

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Soy la persona autorizada para firmar como el empleador del empleado que solicita el PFL. Mi firma confirma según mi leal saber y entender que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma autorizada del empleador

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

The diagram consists of three identical groups of three empty boxes arranged horizontally. Each group is separated from the others by a vertical line. The letter 'I' is placed to the left of the first group and to the right of the second group, indicating a sequence or comparison between the three sets of boxes.

Título

Instrucciones del Certificado de vínculos afectivos (Formulario PFL-2S)

Si el empleado está solicitando un PFL para crear un vínculo con un recién nacido, un hijo adoptado o un hijo de cuidado temporal, el empleado debe presentar el *Certificado de vínculos afectivos (Formulario PFL-2S)* junto con la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*.

CERTIFICADO DE VÍNCULOS AFECTIVOS (para ser completado por el empleado)

El empleado que solicita el PFL debe completar toda la información solicitada correspondiente. Envíe los formularios completos y los documentos justificativos a la compañía aseguradora.

Si está presentando este formulario por adelantado (preenvío) y se desconoce alguna información, la compañía aseguradora se comunicará con el empleado y le explicará cómo proporcionar la información adicional requerida.

Preguntas 1 y 2: Si se presenta el formulario a la compañía aseguradora de PFL antes del nacimiento de un hijo, esto se considera un preenvío. Luego, se le exige al empleado proporcionar la documentación requerida del nacimiento del menor a la compañía aseguradora de PFL. La compañía aseguradora de PFL le informará al empleado cómo proporcionar la documentación adicional requerida.

Es posible que haya casos en los que se puede tomar el PFL antes de finalizar el trámite de adopción o de cuidado temporal. Por ejemplo, es posible que se le exija al empleado comparecer en el tribunal o viajar a otro país como parte del proceso de adopción o de cuidado temporal. El empleado debe incluir la documentación que demuestre que el PFL es necesaria para continuar con la adopción o cuidado temporal.

Pregunta 5: Ver el cuadro de abajo para conocer los detalles de la documentación. A menos que se especifique, no envíe los documentos originales.

| Certificado/Formulario de vínculos afectivos | Descripción |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Certificado de embarazo de un proveedor de atención médica | Una carta original obtenida del proveedor de atención médica de la madre de nacimiento que certifique el embarazo. Debe incluir el nombre de la madre y la fecha de parto esperada. |
| Certificado de nacimiento emitido por el proveedor de atención médica | Una carta original obtenida del proveedor de atención médica de la madre de nacimiento que incluya el nombre de la madre y la fecha de nacimiento del niño. |
| Certificado de nacimiento | Una copia del certificado emitido por la oficina de la ciudad o del condado en donde nazca el niño. |
| Reconocimiento voluntario de paternidad (Formulario LDSS-4418) | Una copia del formulario que establece la paternidad legal cuando los padres no están casados. Completado por la madre y el padre. Para obtener más información, consulte childsupport.ny.gov/dcse/aop_howto.html |
| Orden judicial de relación filial | Una copia de la orden del tribunal de familia que nombre al padre de un menor. Establece la paternidad legal cuando los padres no están casados. Completado por la madre y el padre. Para obtener más información, visite childsupport.ny.gov/dcse/aop_howto.html |
| Acta de matrimonio | Una copia de la declaración oficial emitida por el secretario del pueblo o ciudad en la cual fue emitida el acta de matrimonio. |
| Documentación de la unión civil/unión como pareja de hecho | Una copia del certificado de la unión civil o como pareja de hecho. |
| Carta de colocación en un hogar de cuidado temporal | Una copia de la carta de la colocación en un hogar de cuidado temporal emitida por el departamento de servicios sociales de la ciudad o del condado o por la agencia voluntaria de cuidado temporal, autorizada. |
| Documentos de adopción emitidos por el tribunal | Una copia del documento del tribunal finalizando la adopción o la documentación en seguimiento o una orden judicial finalizando la adopción. |
| Otra documentación | Se puede aceptar otra documentación de la relación paterna si no aplica ninguna de las otras que se mencionan. |

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (título 5 del Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad que tiene la Junta de Compensación Obrera (la Junta) para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluyendo su número de Seguro Social o número de identificación tributaria, proviene de la autoridad administrativa de la Junta conforme a la Ley de Compensación Obrera, sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudar a mantener los registros correctos. Es voluntario proporcionar su número de Seguro Social o número de identificación tributaria a la Junta. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará únicamente para respaldo de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.



Paid Family Leave

Solicitud de Permiso Familiar Pagado

Certificado de vínculos afectivos (Formulario PFL-2S)

SE INCLUYEN LAS INSTRUCCIONES CON EL FORMULARIO

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

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

Otros apellidos, si los hay, bajo los cuales ha trabajado el empleado

Dirección postal del empleado

Dirección postal

Ciudad, Estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

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

/ /

Número de Seguro Social o número de identificación fiscal del empleado

- -

CERTIFICADO DE VÍNCULOS AFECTIVOS (para ser completado por el empleado)

1. **Fecha de nacimiento del menor (MM/DD/AAAA)** / /

2. **Sexo del menor** Masculino Femenino No designado/Otro

3. **¿Vive el niño con el empleado que solicita el PFL?** Sí No

4. **El niño tiene la siguiente relación con el empleado:**

Hijo biológico Hijastro Hijo de crianza temporal Hijo adoptivo Pupilo Legal Hijo del cónyuge/pareja de hecho Sustituto de los padres

5. **Seleccione una de las siguientes opciones y adjunte el documento que se requiera como evidencia de la relación.**

Padre de un niño recién nacido:

Madre de nacimiento:

- Certificado de embarazo de un proveedor de atención médica (incluir la fecha de parto esperada Y el nombre de la madre); O
 Certificado de nacimiento emitido por el proveedor de atención médica (incluir la fecha de nacimiento del menor Y el nombre de la madre); O
 Certificado de nacimiento del menor

Otro de los padres:

- Copia del certificado de nacimiento en donde se menciona al segundo parente; O
 Reconocimiento de paternidad voluntario; O
 Orden judicial de relación filial; O
 Documentos de la madre de nacimiento (ver arriba) ADEMÁS de uno de los siguientes documentos:
 Acta de matrimonio; O
 Certificado de unión civil; O
 Evidencia de la relación de pareja de hecho
 O BIEN; otra documentación de la relación paternal

Padre de cuidados temporales:

- Carta de la colocación en un hogar de cuidado temporal emitida por el departamento de servicios sociales de la ciudad o del condado o por la agencia voluntaria de cuidado temporal, autorizada

Padre adoptivo:

- Documento del tribunal finalizando la adopción
 Documentación en seguimiento a la adopción

6. **Fecha de colocación para adopción o cuidado temporal, si aplica (MM/DD/AAAA)** / /

Formulario PFL-2S continúa en la siguiente página

PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

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

CERTIFICADO DE VÍNCULOS AFECTIVOS (para ser completado por el empleado) - continuación de la página anterior

Formulario PFL-2S continuación de la página anterior

Declaración y firma

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Por este medio solicito los beneficios de Permiso Familiar Pagado conforme a la Ley de Compensación Obrera del Estado de Nueva York. Mi firma confirma que la información que estoy proporcionando es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del empleado

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

_____ / _____ / _____