

# CÓMO SOLICITAR UN PERMISO FAMILIAR PAGADO

para cuidar a un miembro de la familia con una condición médica grave



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](https://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 *Divulgación de Información Médica Personal conforme con la Ley de Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-3)*.**
  - Su familiar (el beneficiario de los cuidados) completa el **formulario PFL-3** y lo envía al proveedor de atención médica para incluirlo en el expediente.  
Este formulario autoriza al proveedor de atención médica a divulgar a usted y a la compañía de seguros de su empleador la información relacionada con la condición médica grave de su familiar.  
No envíe este formulario a la compañía de seguros.
- Complete el formulario *Certificado de Proveedor de Atención Médica para el Cuidado de un Miembro de la Familia con una Condición Médica Grave (formulario PFL-4)*.**  
Nota: Este formulario tiene secciones que usted y su proveedor de atención médica deben completar.
  - Complete su sección, haga una copia y entregue el formulario al proveedor de atención médica del miembro de su familia.
  - Solicite al proveedor que complete su parte del formulario y que se lo devuelva de manera oportuna.

## 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** y el **formulario PFL-4** 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](https://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](http://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](http://PaidFamilyLeave.ny.gov/protections) o llame al **(844) 337-6303**.



## Elegibilidad

- 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 la **línea de ayuda de PFL** al **(844) 337-6303** (lunes - viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.).

### MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PUEDE CUIDAR:

Cónyuge/pareja registrada
Hijo/hijastro
Padre/padrastro/suegro
Abuelo
Nieto
Hermano (¡nuevo en el 2023!) Verifique los detalles con la aseguradora del empleador para saber cuándo entra en vigor para su póliza.

### EL CUIDADO PUEDE INCLUIR PROPORCIONAR:

Cuidados físicos necesarios
Apoyo emocional
Visitas
Asistencia en el tratamiento
Transporte
Ayuda para organizar un cambio de cuidado
Asistencia con las actividades esenciales de la vida diaria
Servicios de asistente personal

**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](http://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 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 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
<b>Salario semanal promedio (bono incluido) =</b>	<b>\$575</b>

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](http://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](http://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			
<b>Salario bruto <u>semanal</u> promedio calculado:</b>			

**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:**

<b>Incapacidad:</b>	Semanas	Indique las fechas concretas de la discapacidad:
	Días	

<b>PFL:</b>	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)  /  /

Cargo \_\_\_\_\_



# Divulgación de Información Médica Personal conforme con la Ley de Permiso Familiar Pagado (formulario PFL-3) Instrucciones

- Si un empleado solicita un Permiso Familiar Pagado (PFL) para cuidar a un familiar con un problema de salud grave, el beneficiario de los cuidados, o un representante autorizado, debe completar una *Divulgación de Información Médica Personal en virtud de la Ley de Permisos Familiares Pagados (Formulario PFL-3)* y presentarla a su proveedor de atención médica, junto con una copia de la *Certificación del Proveedor de Atención Médica para el Cuidado de un Familiar con un Problema de Salud Grave (Formulario PFL-4)*.
- La *Divulgación de Información Médica Personal bajo la Ley de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-3)* le permite al proveedor de atención médica completar la *Certificación del Proveedor de Atención Médica para el Cuidado de un Miembro de la Familia con una Condición de Salud Grave (Formulario PFL-4)* y entregársela al empleado que solicita los beneficios PFL.
- Antes de completar y firmar, el beneficiario del cuidado debe leer la *Divulgación de información médica personal en virtud de la Ley de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-3)* en su totalidad.
- El empleado que solicita el PFL presenta tanto la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1)* como la *Certificación del Proveedor de Atención Médica para el Cuidado de un Miembro de la Familia con una Condición de Salud Grave (Formulario PFL-4)* a la compañía de seguros PFL de su empleador, o a su empleador si el empleador está autoasegurado, para la determinación del beneficio de PFL.

**NOTA:** este formulario será conservado por el proveedor de atención médica. El empleado debe hacer una copia para sus archivos antes de entregárselo al proveedor de atención médica.

**El beneficiario de los cuidados o su representante autorizado firman y fechan.**

**Este formulario se entrega al proveedor de atención médica del beneficiario junto con la *Certificación del proveedor de atención médica para la atención de un familiar con un problema de salud grave (Formulario PFL-4)*.**

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE** (para ser completado por el beneficiario de la atención o representante autorizado y presentado al proveedor de atención médica del beneficiario de la atención con el Formulario PFL-4)

El empleado indica su nombre y el nombre y la fecha de nacimiento del paciente en la parte superior de cada página.

El nombre de la compañía de seguros PFL solicitada en la parte superior del formulario es el mismo que el de la compañía de seguros PFL identificado en la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1)* Parte B línea 13.

**El beneficiario o su representante autorizado deben completar toda la información solicitada.**

Si un beneficiario de cuidados no puede completar este formulario, un representante autorizado debe adjuntar una copia de la documentación legal, como un poder de atención médica o un poder notarial, que le permita al representante firmar en nombre del beneficiario de cuidados. El proveedor de atención médica exigirá esta documentación de autorización a menos que el representante autorizado sea un progenitor que firme en nombre de un hijo menor de edad.

**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)

**Nombre del beneficiario (paciente)** (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

**Fecha de nacimiento del paciente** (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE** (para ser completado por el beneficiario de la atención o representante autorizado y presentado al proveedor de atención médica del beneficiario de la atención con el Formulario PFL-4)

Nombre del receptor de cuidados (paciente)

Yo,  , autorizo a mi proveedor de atención médica indicado en este

Nombre del empleado

formulario a divulgar mi información médica personal a  y a

Nombre de la compañía de seguros de PFL

compañía de seguros de PFL de su empleador  .

**Registros sujetos a divulgación:** este formulario autoriza al proveedor de atención médica indicado a incluir información de su historial médico en el certificado médico adjunto. Este formulario autoriza a su proveedor de atención médica a divulgar únicamente la información de su historial médico que esté relacionada con su estado de salud actual, que es el objeto de la solicitud del empleado de beneficios por baja familiar retribuida.

**Duración de la autorización revocable:** esta autorización finaliza al cabo de un año, o cuando usted la revoque. Puede anular esta autorización en cualquier momento. Para cancelarla, envíele una carta al proveedor de atención médica que figura en este formulario.

Este formulario NO autoriza a su proveedor de atención médica a divulgar los tipos de información siguientes, a menos que usted lo permita de manera específica. Marque con una "X" cualquier información que su proveedor de atención médica PUEDA divulgar:

- Información relacionada con el VIH/SIDA    Información sobre salud mental    Tratamiento de alcohol/drogas    Notas de psicoterapia

**Información sobre el proveedor de atención médica** (para ser completado por el receptor de la atención o el representante autorizado)

Identifique al proveedor de atención médica que le está proporcionando actualmente tratamiento para una afección objeto de la solicitud de beneficios de PFL del empleado.

**1. Nombre del proveedor de atención médica**

**2. Dirección postal del proveedor de atención médica**

Dirección de correo

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

**3. Número de teléfono del proveedor de atención médica** (indique el prefijo de la zona o del país)

*Formulario PFL-3 continúa en la página siguiente*



**PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO**

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

**Nombre del beneficiario (paciente)** (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

**Fecha de nacimiento del paciente** (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE** (para ser completado por el beneficiario de la atención o representante autorizado y presentado al proveedor de atención médica del beneficiario de la atención con el Formulario PFL-4) - Continuación de la página anterior

Formulario PFL-3, continuación de la página anterior

**Información sobre el beneficiario de la atención** (para ser completada por el beneficiario de la atención o su representante autorizado)

**4. Dirección postal del beneficiario**

Dirección de correo

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

**5. Número de Seguro Social del beneficiario** □□□□ - □□□ - □□□□□□

**6. Número de teléfono del beneficiario** (indique el prefijo de la zona o del país)

**LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN**

Por la presente solicito que el proveedor de atención médica indicado le entregue al empleado identificado en el formulario PFL-4 un *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un familiar con un problema de salud grave (formulario PFL-4)* debidamente cumplimentado. Entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi afección actual, la fecha en que comenzó y cualquier estimación de la cantidad de atención que requiero del empleado que solicita los beneficios de PFL como resultado de mi afección actual.

Firma del beneficiario de la atención

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**Representante autorizado**

Nombre en letra de imprenta

Yo, \_\_\_\_\_, represento al beneficiario de la atención en este asunto según lo autorizado por:

Derecho de los padres  Poder notarial (adjunte copia)  Orden judicial (adjunte copia)  Poder de atención médica (adjunte copia)

Firma del representante autorizado

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**El empleado debe conservar una copia para su propio archivo.**

# Instrucciones del Certificado de Proveedor de Atención Médica para el Cuidado de un Miembro de la Familia con un Problema de Salud Grave (formulario PFL-4)

El empleado que solicite un Permiso Familiar Pagado (PFL) para cuidar a un familiar con un problema de salud grave debe presentar el *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un familiar con un problema de salud grave (Formulario PFL-4)* junto con la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1)*.

## Empleado:

- 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), dirección postal y nombre y fecha de nacimiento del receptor de cuidados (paciente) en la parte superior de la página 1.
- El empleado indica su nombre y fecha de nacimiento, así como el nombre y la fecha de nacimiento del paciente en la parte superior de la página 2.
- El empleado le entrega al proveedor de atención médica el *Certificado del proveedor de atención médica para el cuidado de un familiar con un problema de salud grave (formulario PFL-4)*.

**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS MÉDICOS PARA EL CUIDADO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE** (debe completarla el proveedor de cuidados médicos para el beneficiario de los cuidados [paciente] y devolvérsela al empleado identificado más arriba).

**El proveedor de atención médica del paciente debe completar toda la información solicitada aplicable, a menos que se indique que es opcional.**

**Pregunta 2:** se recomienda indicar el código opcional CIE-10.

El proveedor de atención médica del paciente debe completar las secciones Información del paciente y Proveedor de atención médica de la *Certificación del proveedor de atención médica para la atención de un familiar con un problema de salud grave (Formulario PFL-4)*.

**El proveedor de asistencia médica firma y pone la fecha y, a continuación, devuelve el formulario al empleado que solicita el PFL.**

**Si cree que el paciente es víctima de malos tratos o negligencia causados por el empleado que solicita el PFL, puede negarse a proporcionar esta certificación.**

## Empleado:

- Cuando reciba del proveedor de atención médica la *Certificación del proveedor de atención médica para el cuidado de un familiar con un problema de salud grave (formulario PFL-4)* debidamente cumplimentada, envíe los formularios y la documentación acreditativa a la compañía de seguros.

**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.)

**Nombre del beneficiario (paciente)** (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

**Fecha de nacimiento del paciente** (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS MÉDICOS PARA EL CUIDADO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE** (debe completarla el proveedor de cuidados médicos para el beneficiario de los cuidados [paciente] y devolvérsela al empleado identificado más arriba).

**Información sobre el receptor de la atención (paciente)** (para ser completada por el proveedor de atención médica)

1. ¿El paciente requiere cuidados por parte del empleado que solicita el Permiso Familiar Pagado (PFL)?

Sí     No (Si la respuesta es negativa, pase a "Información sobre el proveedor de atención médica").

**Nota:** A los efectos de esta sección, "proporcionar cuidados" puede incluir los cuidados físicos necesarios, el apoyo emocional, las visitas, la asistencia en el tratamiento, el transporte, la organización de un cambio de cuidados, la ayuda en cuestiones esenciales de la vida diaria y los servicios de asistente personal.

2. Código CIE-10 primario (opcional) □□□□□□□□

3. Diagnóstico

4. Fecha de inicio de la enfermedad del paciente (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□

5. Primera fecha en que se necesita atención para el paciente (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□

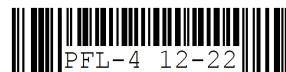
6. Fecha prevista en la que el paciente dejará de necesitar cuidados (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□

7. Número estimado de días a la semana O días al mes que el paciente requiere cuidados     Días por semana     Días por mes

**Información sobre el proveedor de asistencia médica** (para ser completada por el proveedor de atención médica)

8. Nombre del proveedor de atención médica

Formulario PFL-4 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)

□□ / □□ / □□□□

**Nombre del beneficiario (paciente)** (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

**Fecha de nacimiento del paciente** (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS MÉDICOS PARA EL CUIDADO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON UN PROBLEMA DE SALUD GRAVE** (debe completarla el proveedor de cuidados médicos para el beneficiario de los cuidados [paciente] y devolvérsela al empleado identificado más arriba) - continuación de la página anterior.

*Formulario PFL-4 continuación de la página anterior*

**9. Tipo de proveedor de atención médica:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico (Medical Doctor, MD)  | <input type="checkbox"/> Odontólogo (DDS/DDM)                           | <input type="checkbox"/> Trabajador social titulado (LMSW/LCSW) |
| <input type="checkbox"/> Doctor en Osteopatía (Doctor of Osteopathy, DO)                        | <input type="checkbox"/> Asistente médico (Physician Assistant, PA)     | <input type="checkbox"/> Otros (especifique)                    |
| <input type="checkbox"/> Doctor en Medicina Podológica (Doctor of Podiatric Medicine, DPM)      | <input type="checkbox"/> Enfermero practicante (Nurse Practitioner, NP) |   |
| <input type="checkbox"/> Doctor en Medicina Quiropráctica (Doctor of Chiropractic Medicine, DC) | <input type="checkbox"/> Licenciado en Psicología                       |   |

**10. Dirección postal del proveedor de atención médica**

Dirección de correo

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

**11. Número de teléfono del proveedor de atención médica** (indique el prefijo de la zona o del país) \_\_\_\_\_

**12. Número de fax del proveedor de atención médica** (indique el prefijo de la zona o del país) \_\_\_\_\_

**13. Dirección de correo electrónico del profesional médico** (si está disponible) \_\_\_\_\_

**14. Estado o país (si no es EE. UU.) en el que está autorizado a ejercer el profesional médico** \_\_\_\_\_

**15. Especialidad** \_\_\_\_\_

**16. Número de licencia del profesional médico** \_\_\_\_\_

**Certificación 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.

Mi firma atestigua que la información que proporcioné en este formulario se basa en mi evaluación profesional dentro de mi ámbito de práctica autorizado.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□