

Cómo solicitar un Permiso Familiar Pagado

Para brindar asistencia cuando un familiar sea desplegado



Elegibilidad

- **Las madres y los padres**, incluyendo los padres del mismo sexo, pueden tomar tiempo libre remunerado y con protección laboral para vincularse con su nuevo hijo dentro de las primeras 52 semanas después del nacimiento, adopción o colocación de crianza del niño. La tasa de beneficio es del 67 % de su salario semanal promedio hasta el 67 % del salario semanal promedio del estado de Nueva York.
- **La mayoría de los empleados** que trabajan en el estado de NY para empleadores privados están cubiertos por el PFL.
 - ❑ Si trabaja regularmente 20 horas o más por semana para un empleador cubierto, es elegible después de trabajar 26 semanas para su empleador.
 - ❑ Si trabaja regularmente menos de 20 horas por semana para un empleador cubierto, es elegible después de trabajar 175 días para su empleador.
- **La ciudadanía o el estado migratorio** no son un factor en la elegibilidad del empleado.
- **Para obtener más información**, visite www.paidfamilyleave.ny.gov.

Antes de aplicar

- ✓ **Planifique su licencia.** Se puede tomar toda de una vez o de forma intermitente, pero se debe tomar en incrementos de un día completo.
- ✓ **Notifique a su empleador al menos 30 días antes del inicio de la licencia, si es previsible;** en caso contrario, hágalo lo antes posible. (El reclamo se debe presentar al NYSIF dentro de los 30 días posteriores al inicio de su licencia).
- ✓ **¿NYSIF es la aseguradora DB/PFL de su empleador?** Visite <https://www.wcb.ny.gov/icpocinq/icpocdisclaimer.jsp> para conocer su compañía de seguros de beneficios por incapacidad/permiso familiar pagado y el número de póliza.

Complete sus formularios y adjunte la documentación requerida

- ✓ **Complete la Solicitud de Licencia Familiar Remunerada (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 dentro de los *tres días hábiles*. Si hay un retraso, envíe los formularios PFL-1 y PFL-5 y la documentación de respaldo directamente al NYSIF.
- ✓ **Complete el Evento de Calificación Militar (formulario PFL-5).**
- ✓ **Adjunte la documentación requerida** (consulte la lista en el Formulario PFL-5, pregunta 7).

Envíe el paquete completo (PFL-1, PFL-2 y prueba de relación) a NYSIF

- ✓ **Envíe su solicitud completa** dentro de los 30 días posteriores al inicio de su licencia para evitar perder beneficios. Envíela por un *solo medio*: por fax al 518.437.5201, por correo electrónico a DBClaims@nysif.com o por correo a NYSIF, PO Box 66699, Albany, NY 12206. Guarde una copia de todos los formularios para sus registros.
- ✓ **Guarde una copia** de todos los formularios y documentación para sus registros.
- ✓ **Es su responsabilidad** enviar los formularios a NYSIF. No es responsabilidad de su empleador.

La presentación previa complica el proceso

- **Si presenta su reclamo antes de que comience su licencia**, deberá completar pasos adicionales. Lo más sencillo es esperar hasta poco después de que comience su licencia para completar y enviar sus formularios.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Representantes Públicos, Artículo 6-A) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (5 USC 552a) La autoridad de la Junta de Compensación para Trabajadores (la Junta) para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluyendo su número de seguro social o número de identificación fiscal, se deriva de la autoridad administrativa de la Junta según la sección 142 de la Ley de Compensación para Trabajadores. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar reclamos de la manera más expedita 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 poder y la divulgará sólo en cumplimiento de sus deberes oficiales y de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, Artículo 6-A) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (5 USC 552a). La información personal solicitada en este formulario, incluyendo su número de seguro social, es recopilada por NYSIF para gestionar su reclamo y distribuir sus beneficios, y para completar y verificar la documentación fiscal relacionada con sus beneficios. Su información personal es confidencial y no será revelada a nadie excepto para estos fines, de acuerdo con las leyes estatales y federales. Para acceder o corregir sus registros personales, comuníquese con: Representante de acceso a servicios, NYSIF, PO Box 66699, Albany, NY 12206 Correo electrónico: freedominfo@nysif.com.



Solicitud de Licencia Familiar Remunerada (Formulario NYSIF PFL-1)

PARTE A INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (a completar por el empleado)

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

2. **Otros apellidos con los que haya trabajado, si corresponde**

3. **Dirección postal**

Dirección

N.º Apt /Unidad

Ciudad, estado

Código postal País (si no es EE. UU.)

4. **Número de Seguro Social o TIN**

5. **Fecha de nacimiento** (M/D/AA)

6. **Número de teléfono principal** (con código de área)

7. **Correo electrónico de preferencia mientras esté en PFL** (si está disponible)

8. **Género**

Hombre/H Mujer/M No binario o tercer género/X

9. **Idioma de preferencia**

English Español Русский Polski
 中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어

Otro

Opcional (para fines de investigación)

10. **Etnia/raza**

Solo para fines demográficos de salud. (Conjunto de códigos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU., versión 1.0.)

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

(Puede seleccionar una o más categorías).

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

¿Cuál es su raza?

(Se pueden seleccionar una o más categorías).

- Indio americano o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano
- Indio asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Blanco
- Nativo hawaiano
- Guameño o Chamorro
- Samoano
- Otro isleño del Pacífico
- Otra raza

Solicitud de Permiso Familiar Pagado (PFL) (a completar por el empleado)

11. **Motivo de la solicitud de PFL:** Relacionado con un hijo Cuidar a un familiar Evento de calificación militar

12. **El familiar es su:**

Hijo/a Cónyuge Pareja de hecho Padre/madre Suegro/a Abuelo/a Nieto/a Hermano/a

El formulario NYSIF PFL-1 continúa en la página siguiente

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO	
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Número de Seguro Social o TIN
Dirección de correo electrónico de preferencia mientras esté en PFL	Número de teléfono principal

PARTE A INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (a completar por el empleado) continuación de la página anterior

Formulario NYSIF PFL-1, continuación de la página anterior

13. ¿El PFL será por un período único y continuo o intermitente?

<input type="checkbox"/>	Continuo*	Fecha de inicio de PFL (M/D/AA) _____ — Fecha de finalización del PFL (M/D/AA) _____	<input type="checkbox"/>	Las fechas son estimadas**
<input type="checkbox"/>	Intermitente*	Fechas en las que se tomará el PFL intermitente: (El PFL se debe tomar en incrementos de un día completo)	<input type="checkbox"/>	Las fechas son estimadas**

* Si este formulario de solicitud se recibe más de 30 días después de la primera fecha de licencia, es posible que se deniegue parte o la totalidad de su reclamo. ** Debe confirmar las fechas estimadas con NYSIF antes de recibir el pago.

14. Si notifica al empleador con menos de 30 días de anticipación, explique:

Información laboral (a completar por el empleado)

15. Nombre de la empresa

16. Fecha de contratación (M/D/AA)

17. Lugar de trabajo

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

18. Salario semanal bruto promedio (será solicitado tanto al empleado como al empleador) _____

19. Teléfono del empleador para contactar con respecto a esta solicitud _____

20. ¿Tiene más de un empleador? Sí No

20a. Si es así, ¿está recibiendo PFL del otro empleador? Sí No

21. ¿Está recibiendo actualmente beneficios de salario perdido de Sí No

Compensación para Trabajadores?

Declaración de divulgación: se proporcionará al empleador información sobre los beneficios de PFL recibidos por el empleado, como los pagos recibidos y los tipos de licencia

Declaración y firma

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Por la presente presento una solicitud de beneficios de licencia familiar remunerada según la Ley de Compensación para Trabajadores del estado de Nueva York. Mi firma afirma que la información que proporciono es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del empleado _____

Fecha de firma (M/D/AA) _____

Envío este formulario con anticipación (consulte las instrucciones sobre el envío previo). Entiendo que es posible que se requiera más información y que la compañía de seguros se comunicará conmigo para aconsejarme cómo enviar la información faltante requerida.

FORMULARIO NYSIF PFL-1 - CONTINUACIÓN DE LA PÁGINA ANTERIOR

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO

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

Número de Seguro Social o TIN del empleado

Dirección de correo electrónico de preferencia del empleado mientras está en PFL

Teléfono principal del empleado

PARTE B INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (a completar 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. FEIN del empleador -

3. Código de Clasificación Industrial Estándar (SIC) del empleador

Consulte <https://www.naics.com/search/#sic>

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

5. Teléfono de contacto del empleador

Ext.

6. Dirección de correo electrónico de contacto del empleador

7. Fecha de contratación del empleado

(M/D/AA)

8a. Ocupación del empleado

8b. Código de ocupación del empleado

-

Consulte https://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

9a. ¿Ha comenzado el permiso? Sí, su último día trabajado fue (M/D/AA)

No, este reclamo se está presentando previamente. (Pase a 11. Las preguntas 9b y 10 se deben completar después de que el empleado haya dejado de trabajar).

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

Deben ser las 8 semanas hasta e incluyendo el último día trabajado antes del Permiso Familiar Pagado. Para pago quincenal, ingrese solo 4 periodos.

Semana N.º	Fecha de finalización de la semana (M/D/AA)	Número de días trabajados	Monto bruto pagado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Salario semanal bruto promedio calculado			

* Para personas que trabajan por cuenta propia, miembros de LLC o LLP, divida el ingreso neto total de las 52 semanas anteriores al PFL entre 52. Proporcione documentación que respalde los salarios.

10a. ¿Recibirá el empleado pago continuo (salario, vacaciones, PTO u otro) durante el PFL?

Sí (Responda 10b, 10c y 10d.)
 No (Pase a la pregunta 11.)

10b. ¿En qué periodo de mantienen los salarios?

a

10c. ¿Qué porcentaje de su salario habitual recibirá el empleado durante el PFL?

10d. ¿Está solicitando un reembolso por salarios continuos?

Sí No

El formulario NYSIF PFL-1 continúa en la página siguiente

FORMULARIO NYSIF PFL-1 - CONTINUACIÓN DE LA PÁGINA ANTERIOR

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO

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

Número de Seguro Social o TIN del empleado

Dirección de correo electrónico de preferencia del empleado mientras está en PFL

Número de teléfono principal del empleado

PARTE B INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (a ser completada por el empleador) continuación de la página anterior

11a. En las 52 semanas anteriores el empleado tomó licencia por: Discapacidad PFL Discapacidad y PFL Ninguno

11b. Ingrese el número de semanas y días tomados tanto para Discapacidad en el estado de NY como para PFL en las últimas 52 semanas:

Discapacidad en el estado de NY:	Semanas	Proporcione fechas específicas para la discapacidad:
	Días	
PFL del estado de NY:	Semanas	Proporcione fechas específicas para el PFL:
	Días	

12. ¿El empleado está tomando la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA) al mismo tiempo que el PFL? Sí No

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

Nombre de la compañía de seguros del PFL	NYSIF
Dirección postal	NYSIF PO Box 66699 Albany, NY 12206

14. Número de teléfono de la compañía de seguros del PFL: 866-697-4332

15. Número de póliza NYSIF DB/PFL del empleador

Declaración y firma

(Seleccione una opción)

- Afirmo que el empleado trabaja regularmente 20 horas o más por semana y ha estado empleado durante al menos 26 semanas consecutivas.
- Afirmo que el empleado trabaja regularmente menos de 20 horas por semana y ha trabajado al menos 175 días.
- Afirmo que el empleado **NO HA** trabajado 26 semanas consecutivas a 20 o más horas por semana o 175 días a menos de 20 horas por semana.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Soy la persona autorizada para 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 precisa.

Firma autorizada del empleador

Fecha de firma (M/D/AA)

Título



Solicitud de Licencia Familiar Remunerada Certificación de vinculación (formulario NYSIF PFL-2)

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO

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

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

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

Número de Seguro Social o TIN del empleado

Dirección postal

Dirección postal	N.º Apt.	Ciudad, estado	Código postal	País (si no es EE.UU.)
------------------	----------	----------------	---------------	------------------------

Número de teléfono principal

Dirección de correo electrónico de preferencia mientras esté en PFL (si está disponible)

Certificación de vinculación (a completar por el empleado)

1. Fecha de nacimiento del hijo

(M/D/AA)

2. Género del hijo Hombre/H Mujer/M No binario o tercer género/X

3. ¿Vive su hijo con usted? Sí No

4. El niño es su:

Hijo biológico Hijastro Hijo de crianza temporal Hijo adoptivo Pupilo legal Hijo de su cónyuge/pareja de hecho Loco parentis

5. Seleccione uno de los siguientes y adjunte el documento requerido como prueba de la relación.

Padre/madre del niño recién nacido:

Padre/madre biológico/a:

- Certificación de embarazo del proveedor de atención médica (incluya la fecha esperada de parto Y el nombre de la madre); O
- Certificación de nacimiento del proveedor de atención médica (incluya la fecha de nacimiento del niño Y el nombre de la madre); O
- Certificado de nacimiento del niño

Otro padre/madre:

- Copia del acta de nacimiento que nombre al segundo padre/madre; O
- Reconocimiento voluntario de paternidad; O
- Orden judicial de filiación; O
- Documentos de la madre biológica (consulte arriba) MÁS uno de los siguientes:
 - Certificado de matrimonio; O
 - Certificado de unión civil; O
 - Prueba de pareja de hecho
- U Otra documentación de la relación parental

Padre/madre de crianza temporal:

Carta de colocación en crianza temporal o colocación anticipada emitida por el Departamento de Servicios Sociales del condado o la ciudad o una agencia de cuidado de crianza voluntaria autorizada. **Padre/madre adoptivo:**

- Documento judicial que finaliza la adopción Documentación
- para promover la adopción

6. Fecha de colocación en cuidado de crianza o adopción, si corresponde (MM/DD/AAAA)

Declaración y firma

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Por la presente presento una solicitud de beneficios de licencia familiar remunerada según la Ley de Compensación para Trabajadores del estado de Nueva York. Mi firma afirma que la información que proporciono es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del empleado

Fecha de firma (M/D/AA)

Una vez que haya **completado** el formulario, envíelo **una vez** por fax al 518-437-5201, **O** por correo electrónico a DBClaims@nysif.com, **O** por correo a NYSIF, PO Box 66699, Albany, NY