

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).
- ✓ **¿Es NYSIF 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.
- ✓ **Su familiar debe completar la Divulgación de Información Médica Personal (formulario PFL-3).**
 - Su familiar (el destinatario de la atención) completa el formulario PFL-3 y lo envía a su proveedor de atención médica para que lo conserve en sus archivos. Esto autoriza la divulgación de información médica.
- ✓ **Complete la Certificación de Proveedor de Atención Médica (formulario PFL-4).**
 - Complete su sección y pídale al proveedor de su familiar que la complete y se la devuelva.

Envíe el PFL-1 y el PFL-4 al 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.
- ✓ **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 Cuidado de 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 (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 Compensación para Trabajadores? Sí No

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 período se 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 completar por el empleador) ,continuación de la página anterior

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

Ingrese el número total 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

16. 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
Divulgación de información médica personal según
la Ley de Licencia Familiar Remunerada
(formulario NYSIF PFL-3)

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO

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

Nombre del destinatario de la atención (paciente)
(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del destinatario de la atención (paciente)
(M/D/AA)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN FAMILIAR CON UNA CONDICIÓN MÉDICA GRAVE (a completar por el beneficiario de la atención o representante autorizado y presentar al proveedor de atención médica del beneficiario de la atención con el formulario NYSIF PFL-4)

Yo, , autorizo a mi proveedor de atención médica mencionado en este formulario a divulgar mi información médica a y la compañía de seguros PFL de su empleador .

Registros sujetos a divulgación: este formulario le otorga permiso al proveedor de atención médica indicado para incluir información de sus registros de atención médica en la certificación médica adjunta. También le otorga permiso para divulgar solo la información de sus registros de atención médica que se relaciona con su condición actual, que es el tema de la solicitud del empleado de beneficios de Licencia Familiar Remunerada.

Duración de la divulgación revocable: esta autorización finalizará después de un año o cuando usted revoque la liberación, puede hacerlo en cualquier momento. Para cancelar, envíe una carta al proveedor de atención médica que figura en este formulario. Este formulario NO permite que su proveedor de atención médica divulgue los siguientes tipos de información, a menos que usted lo permita específicamente. Marque con una "X" junto a cualquier información que su proveedor de atención médica PUEDA divulgar:

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

Información del proveedor de atención médica (a completar por el destinatario de atención o el representante autorizado)

Identifique al proveedor de atención médica que actualmente le brinda tratamiento para una afección sujeta a la solicitud de beneficios del PFL por parte del empleado.

1. Nombre del proveedor de atención médica

2. Dirección postal del proveedor de atención médica

Dirección postal

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE.UU.)

3. Número de teléfono del proveedor de atención médica (indique el código de área o país)

El formulario NYSIF PFL-3 continúa en la página siguiente

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO

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

Nombre del destinatario de la atención (paciente)
(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del destinatario de la atención (paciente)
(M/D/AA)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL POR PARTE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN FAMILIAR CON UNA CONDICIÓN MÉDICA GRAVE (a completar por el beneficiario de la atención o representante autorizado y presentar al proveedor de atención médica del beneficiario de la atención con el formulario NYSIF PFL-4)

Formulario NYSIF PFL-3, continuación de la página anterior

Información del destinatario de atención (a completar por el destinatario de la atención o el representante autorizado)

4. Dirección postal del destinatario de atención

Dirección postal

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE.UU.)

5. Número de Seguro Social del destinatario de atención

6. Teléfono del destinatario de la atención (proporcione el código de área o país)

LEA Y FIRME ABAJO

Por la presente solicito que el proveedor de atención médica mencionado entregue una *Certificación de proveedor de atención médica para el cuidado de un familiar con una condición médica grave* (formulario PFL-4) completa al empleado identificado en el formulario PFL-4. Entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi condición actual, la fecha en que comenzó y cualquier estimación de la cantidad de atención que necesito del empleado que solicita beneficios de PFL como resultado de mi condición actual.

Firma del destinatario de atención

Fecha de firma (DD/MM/AAAA)

Representante autorizado

Nombre en letra imprenta

Yo, _____, represento al dest. de atención en este asunto según lo autorizado por:

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

Firma del representante autorizado

Fecha de firma (MM/DD/AAAA)

El empleado debe conservar una copia para sus propios registros.



Solicitud de Licencia Familiar Remunerada
Divulgación de información médica personal según la
Ley de Licencia Familiar Remunerada
(formulario NYSIF PFL-3)

INSTRUCCIONES INCLUIDAS CON EL FORMULARIO

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

Dirección postal del empleado

Dirección postal

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE.UU.)

Nombre del destinatario de atención (paciente)
(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del destinatario de atención (paciente)
(M/D/AA)

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE UN FAMILIAR CON UNA CONDICIÓN MÉDICA GRAVE (a ser completado por el proveedor de atención médica para el destinatario de la atención (paciente) y devuelto al empleado identificado anteriormente)

Información del paciente/familiar con una condición médica grave (a completar por el proveedor de atención médica para el destinatario de la atención (paciente) y devolver al empleado identificado anteriormente)

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

Sí No (en caso negativo, pase a “Información del proveedor de atención médica”).

Nota: a los efectos de esta sección, “brindar atención” puede incluir la atención física necesaria, el apoyo emocional, las visitas, la asistencia en el tratamiento, el transporte, la organización de un cambio en la atención, la asistencia con asuntos esenciales de la vida diaria y los servicios de asistente personal.

2. Código primario ICD-10 (opcional)

3. Diagnóstico

4. Fecha en que comenzó la condición del paciente (M/D/AA)

5. Primera fecha en la que se necesitó atención médica para el paciente (M/D/AA)

6. Fecha prevista que el paciente ya no necesitará atención (M/D/AA)

7. Número estimado de días por semana O días por mes que el paciente requiere atención Días por semana O Días por mes

Información del proveedor de atención médica (a completar por el proveedor de atención médica del paciente y devolver al empleado identificado anteriormente)

8. Nombre del proveedor de atención médica

Form NYSIF PFL-4 continued on next page

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) **Número de Seguro Social o TIN del empleado**

Nombre del destinatario de atención (paciente) (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento del destinatario de atención (paciente) (M/D/AA)
---	--

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE UN FAMILIAR CON UNA CONDICIÓN MÉDICA GRAVE (a ser completado por el proveedor de atención médica para el destinatario de la atención (paciente) y devuelto al empleado identificado anteriormente)

Formulario NYSIF PFL-4, continuación de la página anterior

9. Tipo de proveedor de atención médica:

<input type="checkbox"/> Médico (MD)	<input type="checkbox"/> Dentista (DDS/DDM)	<input type="checkbox"/> Trabajador Social Licenciado (LMSW / LCSW)
<input type="checkbox"/> Doctor en Osteopatía (DO)	<input type="checkbox"/> Asistente médico (PA)	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
<input type="checkbox"/> Doctor en Medicina Podológica (DPM)	<input type="checkbox"/> Enfermero practicante (NP)	
<input type="checkbox"/> Doctor en Medicina Quiropráctica (DC)	<input type="checkbox"/> Psicólogo Licenciado	

10. Dirección postal del proveedor de atención médica

Dirección postal _____

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

11. Número de teléfono del proveedor de atención médica

(proporcione el código de área o país) _____

12. Número de fax del proveedor de atención médica

(proporcione el código de área o país) _____

13. Dirección de correo electrónico del proveedor de atención médica (si está disponible)

14. Estado o país (si no es EE. UU.) en el que el proveedor de atención médica tiene licencia para ejercer

15. Especialidad

16. Número de licencia del proveedor de atención médica

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 proveedor de atención médica. _____

Fecha de firma (M/D/AA) _____
