

# Cómo solicitar un Permiso Familiar Pagado

## Para brindar asistencia cuando un familiar sea desplegado



### Elegibilidad

- **Puede tomar tiempo libre remunerado y protegido por su empleo** para ayudar a su cónyuge, pareja de hecho, hijo/a, padre/madre o suegro/a que esté desplegado en el extranjero en servicio militar activo. El PFL está disponible por las mismas razones que la licencia relacionada con el ejército según la FMLA, que incluye despliegue con poca antelación, eventos militares, descanso y recuperación para miembros militares, asesoramiento para miembros militares, actividades posteriores al despliegue, arreglos financieros/legales y arreglos de cuidado infantil para los hijos del miembro militar. 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 Nueva York 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](http://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/icpocing/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 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*: fax al 518.437.5201, por correo electrónico a [DBClaims@nysif.com](mailto: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](mailto: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*

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

**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. Su 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   -

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 o 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

## Evento de calificación militar (formulario NYSIF PFL-5)

### 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 del empleado

Dirección postal

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE.UU.)

### EVENTO DE CALIFICACIÓN MILITAR (a completar por el empleado)

1. Nombre del miembro militar en servicio activo cubierto o llamado inminente al estado de servicio activo cubierto (despliegue internacional) (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

2. Fecha de nacimiento del miembro militar (MM/DD/AAAA)

/  /

3. Género del miembro militar  Hombre/H  Mujer/M  No binario o tercer género / X

4. Dirección postal del miembro militar

Dirección de correo electrónico

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE.UU.)

5. El miembro militar mencionado anteriormente es del empleado:  Cónyuge  Pareja de hecho  Hijo/a  Padre/madre

6. Período de servicio activo cubierto del miembro militar (MM/DD/AAAA)

/  /  a  /  /

7. Seleccione uno de los siguientes y adjunte el documento indicado para respaldar que el miembro militar está en servicio activo cubierto o una llamada u orden inminente para el estado de servicio activo cubierto:

Órdenes de servicio activo cubiertas

Carta de llamada u orden inminente al servicio cubierto

Documentación de licencia militar firmada por la autoridad que aprueba el descanso y recuperación del militar.

### Motivo de calificación para la licencia (a completar por el empleado)

8. ¿Cuál es el motivo por el que el empleado solicita PFL? (Puede seleccionar uno o más motivos).

Organizar el cuidado de niños

Organizar el cuidado de los padres

Asesoramiento

Hacer arreglos financieros

Hacer arreglos legales

Actuar como representante de un miembro militar ante una agencia federal, estatal o local con el propósito de obtener, organizar o apelar beneficios del servicio militar

Asistir a cualquier evento patrocinado por el ejército o organizaciones de servicio militar

Otro

*El formulario NYSIF PFL-5 continúa en la página siguiente*

**FORMULARIO NYSIF PFL-5 - CONTINUACIÓN DE LA PÁGINA ANTERIOR**

**A COMPLETAR POR LE EMPLEADO**

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

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

□□□ / □□□ / □□□□□□

**EVENTO DE CALIFICACIÓN MILITAR (a completar por el empleado) - continúa de la página anterior**

**Formulario PFL-5, continuación de la página anterior**

**9. ¿Está disponible y adjunta la documentación escrita que respalda esta solicitud de licencia?**

Sí  No  Ninguna disponible

Nota: Una certificación completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de PFL debido a un evento calificativo incluye cualquier documentación escrita disponible que respalde la necesidad de la licencia; dicha documentación puede incluir una copia del anuncio de una reunión para sesiones informativas patrocinadas por el ejército; documento que acredite la licencia de Descanso y Recuperación del militar; un documento que confirme una cita con un tercero, como un consejero o representante escolar, o personal de un centro de atención; o una copia de una factura por servicios para el manejo de asuntos legales o financieros. Si se solicita permiso para reunirse con un tercero, el empleado debe proporcionar la documentación de respaldo de la reunión que incluya el nombre, dirección y la información de contacto adecuada de la persona o entidad con quien se reunirá (es decir, número de teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico de la persona o entidad).

**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 (DD/MM/AAAA)

□□□ / □□□ / □□□□□□

**A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR**

**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 del empleado**

Dirección postal

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE.UU.)

**MOTIVO DE CALIFICACIÓN PARA LA LICENCIA - DOCUMENTACIÓN**

Si se solicita permiso para reunirse con un tercero, el empleado debe proporcionar documentación de respaldo de la reunión que incluya el nombre, la dirección y la información de contacto apropiada de la persona o entidad con quien se reunirá (es decir, el número de teléfono, fax número o dirección de correo electrónico de la persona o entidad). El motivo de una reunión puede incluir: organizar el cuidado de los hijos o de los padres, asesoramiento, hacer arreglos financieros o legales, actuar como representante del miembro militar ante una agencia federal, estatal o local con el fin de obtener, organizar o apelar beneficios del servicio militar, o asistir a cualquier evento patrocinado por el ejército o organizaciones de servicio militar.

**Envíe esta documentación para cada reunión/evento requerido.**

**Nombre de la persona con quien se reúne el empleado**

**Título**

**Organización**

**Teléfono** (proporcione el código de área o país)

**Fax** (proporcione el código de área o país)

**Correo electrónico**

**Dirección postal**

Dirección postal

Ciudad, estado

Código postal

País (si no es EE.UU.)

**Describa la naturaleza de la reunión. Incluya fechas, si las conoce:**