

# AVISO A LOS EMPLEADOS:

**ESTE EMPLEADOR/PATRÓN ESTÁ INSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD) CONFORME AL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE CALIFORNIA, Y ESTÁ REPORTANDO LOS CRÉDITOS DE SALARIOS/JORNALES QUE SE ESTÁN ACUMULANDO A SU CUENTA PARA UTILIZARSE COMO UNA BASE PARA EL:**

## UI

### SEGURO DE DESEMPLEO

(Financiado en su totalidad por los impuestos pagados por los empleadores/patronos) Cuando Ud. se encuentre sin empleo o trabajando menos de jornada completa y, esté listo(a), dispuesto(a) y en condiciones para trabajar, Ud. podrá tener derecho a recibir Beneficios del Seguro de Desempleo. Existen tres diferentes maneras para presentar su solicitud.

#### Internet

Presente su solicitud en línea con eApply4UI, la manera rápida y fácil de presentar una solicitud de UI. Acceso a eApply4UI en el [www.edd.ca.gov/eapply4ui](http://www.edd.ca.gov/eapply4ui).

#### Por Teléfono:

En California llame:

Inglés al 1-800-300-5616;

Español al 1-800-326-8937.

TTY (No Voz) 1-800-815-9387

**Nota:** Para recibir servicio más rápido, por favor llame de martes a jueves. Si Ud. llama para presentar una solicitud de beneficios, Ud. debe llamar a más tardar el viernes para recibir crédito por la semana.

TTY (PARA LAS PERSONAS SORDAS O CON IMPEDIMENTOS DEL OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-815-9387.

#### Oficina Local

Visite su Oficina del Centro de Carreras (llamado en inglés One-Stop Career Center) del EDD para presentar su solicitud usando eApply4UI o si Ud. prefiere, puede recoger una solicitud la que puede enviar por fax o correo al Departamento para ser tramitada.

**Nota:** Presente su solicitud pronto. Ya que usted podrá perder beneficios a los que de otra forma Ud. tenía derecho a recibir, si se demora en presentar su solicitud.

## DI

### SEGURO DE INCAPACIDAD

(Financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados)

Cuando Ud. no puede trabajar o sus horas han sido reducidas debido a enfermedad, lesión o embarazo, podrá tener derecho a recibir Beneficios del Seguro de Incapacidad. (DI).

Su empleador/patrón deberá de suministrar una copia del formulario DE 2515/S/ "Provisiones del Seguro Estatal de Incapacidad" a todas las personas recién contratadas para trabajar y a todos los trabajadores que dejan el empleo debido a embarazo o una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

#### Formularios de Solicitud

- Si su empleador tiene un Plan Voluntario aprobado del Seguro de Incapacidad y Ud. optó ser protegido(a) por tal plan, obtengo los formularios del DI, directamente con su empleador/patrón.
- Si Ud. no está protegido(a) por un plan voluntario, obtenga formularios de solicitud en el consultorio de su médico, hospital o directamente en cualquier oficina del Estado de California del Seguro de Incapacidad (SDI).
- Presente su solicitud para beneficios DI, DE 2501, dentro de 49 días del primer día de su incapacidad, para evitar perder beneficios.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL DI, COMUNÍQUESE CON UN CENTRO DE SERVICIOS AL CLIENTE DEL SEGURO DE INCAPACIDAD, AL 1-866-658-8846.

EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL DEBEN DE LLAMAR AL 1-866-352-7675

EL SISTEMA TTY ESTÁ A LA DISPOSICIÓN (PARA LAS PERSONAS SORDAS O CON IMPEDIMENTOS DEL OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-563-2441.

## PFL

### PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL)

(Financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados)

Cuando Ud. deja de trabajar o reduce sus horas de trabajo para cuidar a un miembro de la familia que está seriamente enfermo(a) o para establecer lazos afectivos con un nuevo niño(a), usted puede tener derecho a recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL).

Su empleador/patrón deberá de proporcionar una copia del "Permiso Familiar Pagado", DE 2511, a todo empleado(a) nuevo y a todo empleado(a) que deja de trabajar para cuidar a un miembro de la familia que está seriamente enfermo(a) o para establecer lazos afectivos con un(a) nuevo(a) niño(a).

#### Formularios de Solicitud

- Si su empleador tiene un Plan Voluntario aprobado del Seguro de Incapacidad y Ud. ha elegido ser protegido(a) por tal plan, obtengo los formularios del PFL de su empleador/patrón.
- Si Ud. no está protegido(a) por un plan voluntario obtenga formularios de solicitud en el consultorio de su médico, hospital o en cualquier oficina de California del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI).
- Presente su solicitud para beneficios del PFL, DE 2501F, dentro de 49 días del primer día de su permiso familiar, para evitar perder beneficios.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL PFL, COMUNÍQUESE CON EL CENTRO DE SERVICIOS

DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO AL 1-877-379-3819.

EL SISTEMA TTY ESTÁ A LA DISPOSICIÓN (PARA LAS PERSONAS SORDAS O CON IMPEDIMENTOS DE L OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-445-1312.

**NOTA:** ALGUNOS EMPLEADOS PODRÍAN SER EXENTOS DE LOS PROGRAMAS DE SEGUROS INDICADOS ARRIBA.

ES UN ACTO ILEGAL EL HACER DECLARACIONES FALSAS O EL NO DIVULGAR TODOS LOS HECHOS DEL CASO CON EL PROPÓSITO DE RECIBIR BENEFICIOS.

PARA OBTENER INFORMACIÓN GENERAL ADICIONAL, VISITE NUESTRO SITIO ELECTRÓNICO EN LA INTERNET EN [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov)