



Paid Family Leave 에 관한 요약 정보

- 복지 혜택을 제공하나 일자리나 복직에 대한 권리를 보장하지는 않습니다.
- 부모, 자녀, 배우자, 등록된 동거인을 돌보거나 새로 얻은 자녀와의 유대를 강화하기 위한 휴가로서 자격 있는 근로자에게 급여의 일부를 지급합니다.
- SDI (또는 SDI를 대신하는 자발적인 플랜)에 의해 보상을 받는 모든 근로자에게 적용됩니다.
- 12개월의 기간 동안 최대 6주까지의 휴가를 사용할 수 있습니다.
- 손실 임금의 약 55%를 지급합니다.

이것은 캘리포니아 주법입니다.

Paid Family Leave 유급 가족 휴가

보험 프로그램

돌봄의 시간. 1-877-238-4373

더 자세한 정보를 제공하는 웹사이트:
www.edd.ca.gov

1-877-238-4373 (영어)

1-877-379-3819 (스페인어)

1-866-692-5595 (광둥어)

1-866-692-5596 (베트남어)

1-866-627-1567 (아르메니아어)

1-866-627-1568 (편잡어)

1-866-627-1569 (타갈로그어)

1-800-445-1312 (TTY)

EDD(고용개발국)는 균등기회 고용주/프로그램입니다. 심신 장애자를 위한 보조 기구 및 보조 서비스는 요청 시 제공됩니다. 서비스 및 보조기구, 다른 형식의 자료에 대한 의뢰는, 877-238-4373 (음성), or TTY 800-445-1312으로 전화하여 요청하십시오.

이 팸플릿은 단지 일반적인 정보를 제공하기 위한 것으로 법률, 규칙 또는 규정과 같은 효력을 갖지 않습니다.

캘리포니아 주



이러한 시기에 귀하 에게 필요한 시간

Paid Family Leave 유급 가족 휴가
보험 프로그램

캘리포니아 근로자들을 위한 Paid Family Leave 보험 혜택

가족이 있는 모든 근로자들은 사랑하는 가족을 보살피야 할 때가 있습니다. 직장이 있는 부모들은 새로 태어난 아기를 돌보고 정을 붙이기 위해 더 많은 시간이 필요할 것입니다. 또한 근로자들은 중병을 앓고 있는 부모, 자녀, 배우자, 또는 등록된 동거인을 돌보아야 할 때가 있습니다. 캘리포니아의 Paid Family Leave 보험 혜택은 이러한 때를 위해 제정되었습니다. (주의: 등록된 동거인은 반드시 자격요건이 갖추어진 사람으로 수혜 자격을 갖추기 위해 캘리포니아 주장관에게 등록해야 합니다.)



여러분과 가족에게 혜택을 주는 프로그램

캘리포니아 주는 근로자가 직장의 요구와 가정에서 가족을 돌보아야 하는 필요성사이의 균형 유지를 보다 쉽도록 한 최초의 주로써 미국전체를 선도하고 있습니다. Paid Family Leave 보험 혜택은 신청자(가족을 돌보는 사람)의 지난 분기의 소득에 근거하여 주 당 최소 \$50에서 최대 \$917 범위의 금액을 최대 6주까지 지급합니다.)

캘리포니아 주 근로자들을 위한 Paid Family Leave

Paid Family Leave 보험은 일자리를 보호하거나 복직에 대한 권리를 제공하지 않습니다. 고용주가 연방법인 Family Medical Leave Act (가족 의료 휴가법)와 California Family Rights Act(캘리포니아 가족 권리법)의 적용을 받는 경우에만 일자리를 보호 받을 수 있습니다. 근로자는 회사의 휴가 정책에 규정된 절차에 따라 휴가를 얻어야 하는 이유를 고용주에게 반드시 통지해야 합니다.

Paid Family Leave 수당을 받을 자격을 얻으려면 다음과 같은 요건을 충족시켜야 합니다:

- 주 장애 보험(State Disability Insurance(SDI)) (또는 SDI를 대신하는 자발적인 플랜)의 적용을 받고 보험료를 공제할 소득이 기준기간 동안 적어도 \$300가 되어야 합니다.
- 클레임 양식을 정확하고, 완전하고, 정직하고, 적시에 작성해야 합니다.
- 클레임 제출은 휴가시작일후 9일에서 49일 이내에 하십시오.
- 클레임을 뒷받침하기 위해 귀하가 돌보아야 하는 사람의 건강상태가 심각한 상태로 귀하가 이를 돌보아야 한다는 것을 증명하는 의료 정보를 제공해야 합니다.
- 새로 얻은 자녀와 유대를 강화하기 위한 클레임을 뒷받침하기 위해서 친자, 양자, 수양 자녀임을 증명하는 증빙서류를 제출해야 합니다.
- 고용주가 요구하는 경우에는 혜택을 받기 전에 미 사용된 휴가 또는 유급휴가(PTO)를 최대 2주까지 먼저 사용해야 합니다
- 혜택을 받기 전에 귀하가 돌보아야 할 각각의 가족 멤버당 12개월의 기간 동안 7일간의 무급 대기기간이 있습니다.

다음과 같은 경우에는 수혜 자격이 주어지지 않을 수도 있습니다:

- 주 장애 보험, 실업 수당 보험, 또는 근로자 재해 보상 보험의 혜택을 받고 있는 경우
- 가족 휴가를 받기 시작할 때 일을 하지 않거나 일자리를 찾고 있을 경우.
- 임금 손실이 없는 경우.
- 가족을 치료하는 의사나 시술자가 돌보아야 할 필요성에 대한 증명서를 발급하지 않은 경우.
- 범죄를 저질러 유죄 판결을 받고 구금되어 있는 경우



귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 귀하가 받을 혜택에 영향을 주는 모든 결정에 대한 이유와 근거를 알 권리.
- 수혜 자격에 대한 모든 결정에 대해 이의를 제기할 권리. (이의 제기는 Paid Family Leave 앞으로 반드시 서면 형식으로 제출되어야 함.)
- 이의 제기에 따라 행정법 판사(Administrative Law Judge)(ALJ)가 진행하는 심문에 출두할 권리. 더 나아가 귀하를 행정법 판사(ALJ)의 결정에 대하여 캘리포니아 실업 보험 소청 위원회(California Unemployment Insurance Appeals Board)와 법원에 이의 제기를 할 수 있습니다.
- 개인 정보를 보호 받을 권리 클레임과 관련된 정보는 법이 허용하는 경우를 제외하고는 비밀이 유지되어야 합니다.

Paid Family Leave 로 연락하십시오.

가족휴가에 대한 질문이 있거나 클레임 양식을 요구하고자 한다면 오늘 당장 저희에게 연락을 주십시오. 귀하가 만약 임신과 관련된SDI혜택을 현재 받고 있는 여성이라면, Paid Family Leave 혜택 양식을 요청할 필요가 없습니다. 귀하에게는 자동적으로 Paid Family Leave(PFL) 혜택 양식이 보내질 것입니다. New Mother, DE 2501 FP, 임신과 관련된 심심장으로 인한 클레임이 끝난 후 Paid Family Leave 혜택 양식이 자동적으로 보내집니다.

1-877-238-4373 (영어) **1-877-379-3819** (스페인어)
1-866-692-5595 (광둥어) **1-866-692-5596** (베트남어)
1-866-627-1567 (아르메니아어) **1-866-627-1568** (필리핀어)
1-866-627-1569 (타갈로그어) **1-800-445-1312** (TTY)

더 자세한 정보를 위한 웹사이트: www.edd.ca.gov
 모든 클레임 양식은 아래의 주소인 Paid Family Leave 앞으로 보내져야 합니다: P.O. Box 997017, Sacramento, CA 95799-7017