

# Aviso A Los Empleados:



**ESTE EMPLEADOR/PATRÓN ESTÁ INSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD), EN CONFORMIDAD CON EL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPEÑO DE CALIFORNIA. LOS IMPUESTOS REGLAMENTARIOS, BASADOS EN SUS SALARIOS/JORNALES, ESTÁN SIENDO PAGADOS PARA QUE UD. SEA PROTEGIDO(A) POR:**

## El Seguro Estatal de Incapacidad (SDI)

Cuando Ud. no puede trabajar o reduce sus horas de trabajo debido a enfermedad, lesión o embarazo, Ud. podrá tener derecho a recibir beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI).

Su empleador/patrón deberá de proporcionar una copia del folleto "Provisiones del Seguro Estatal de Incapacidad" (DE 2515/S/) a todo(a) empleado(a) nuevo(a) que ha sido contratado(a) y a cualquier empleado(a) que deje el empleo debido a embarazo, enfermedad o lesión no relacionadas 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, obtenga los formularios del Seguro de Incapacidad, 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 SDI, DE 2501, dentro de 49 días del primer día de su incapacidad para evitarse perder beneficios.

## Permiso Familiar Pagado (PFL)

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 hijo(a), usted puede tener derecho a recibir beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado (PFL), comenzando el 1ro. de julio de 2004.

Su empleador/patrón deberá de proporcionar una copia del folleto "Permiso Familiar Pagado", DE 2511, a todo empleado(a) nuevo que contrate después del 1ro. de enero de 2004 y a todo(a) 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) hijo(a), comenzando el 1ro. de julio de 2004.

### Formularios de Solicitud

- Si su empleador tiene un Plan Voluntario aprobado del Seguro de Incapacidad y Ud. optó ser protegido(a) por tal plan, obtenga los formularios del Permiso Familiar Pagado (PFL), directamente de su empleador/patrón.
- Si Ud. no está protegido(a) por un plan voluntario, Ud. puede obtener los formularios de solicitud en cualquier oficina del Estado de California del Seguro de Incapacidad (SDI).
- Presente su solicitud para beneficios PFL, DE 2501F, dentro de 49 días del primer día de su permiso familiar para evitar perder beneficios.

Los Programas SDI y PFL son financiados en su totalidad por medio de contribuciones de los trabajadores

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL SDI, LLAME AL 1-866-658-8846. TTY (PARA SORDOS O CON IMPEDIMENTOS DEL OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-563-2441.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL PROGRAMA PFL, LLAME AL 1-877-379-3819. TTY (PARA SORDOS O CON IMPEDIMENTOS DEL OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-563-2441.