

Utilice estas instrucciones en español y los facsímiles adjuntos escritos en español para que lo asistan a llenar los formularios escritos en inglés.

Solicitud de Beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI)

Por favor lea las instrucciones y las páginas informativas A - D antes de completar los formularios adjuntos.

- **No complete este formulario si Ud. está asegurado(a) por un Plan de Seguro Voluntario de su empleador/patrón. (Pídale al empleador/patrón información del plan o los formularios apropiados)**
- **No complete este formulario si Ud. está solicitando beneficios del Seguro del Incapacidad no-Industrial (NDI). (Si es trabajador(a) del estado, consulte con su oficina de personal para recibir instrucciones en cómo presentar una solicitud NDI o de SDI, o llame al 1-866-352-7675.)**

El Seguro Estatal de Incapacidad brinda beneficios al alcance de trabajadores y provistos de fondos por los mismos, a los trabajadores que reúnan los requisitos, y que hayan sufrido una pérdida total o parcial de sueldos debido a incapacidades que no estén relacionadas con el trabajo. El Código del Seguro de Desempleo de California expone que una incapacidad es cualquier enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que impide que la persona realice su trabajo ordinario o habitual. Asimismo, la incapacidad incluye cirugía electiva e incapacidades relacionadas con el embarazo o parto.

El Departamento del Desarrollo del Empleo del Estado de California (EDD) recibe fondos estatales y federales, es un empleador/patrón/programa de oportunidades equitativas y está cumpliendo con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y con la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA).

Si Ud. necesita este formulario en otro formato (por ejemplo, en Braille) o si Ud. no comprende la información en este formulario o en cualquier otro formulario proveído por las Oficinas del Seguro de Incapacidad, llame al **1-866-658-8846**. Telétipo TTY (sordos o personas con problemas del oído o voz solamente), tienen acceso al SDI llamando al 1-800-563-2441. También se puede comunicar con el SDI en la Internet al www.edd.ca.gov/mcaccs.htm.

COMO COMPLETAR EL FORMULARIO – USE TINTA NEGRA:

Usted puede escribir a mano o a máquina sus respuestas a las preguntas en este formulario.

Si Ud. completa el formulario a mano, favor de hacer lo siguiente para asistir al personal del SDI a tramitar su solicitud lo más rápido posible.

- Use tinta negra
- Escriba con letra de molde sus respuestas a las preguntas.

CÓMO SOLICITAR BENEFICIOS. El SDI suministra servicios principalmente por teléfono, correo y en persona. Usted no necesita presentar la solicitud personalmente para recibir beneficios. Tiene que:

1. Completar **TODAS** las preguntas pertinentes en la Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad. - Declaración del Empleado (páginas 1-2-4 en el formulario escrito en inglés) y fírmela. Asegurese de que toda la información esté correcta y completa ya que errores podrán causar que se le devuelva su Solicitud lo que podrá demorar los pagos. **NOTA:** El Servicio de Correos de los Estados Unidos (USPS) no entregará la correspondencia (incluyendo cheques de beneficios) a un apartado postal privado (por ejemplo, un apartado postal privada que Ud. renta de una empresa comercial que no es el Servicios de Correos de los Estados Unidos (USPS) a menos de que sea precedido por las iniciales "PMB". Si Ud. desea que su cheque de beneficios sea enviado a un apartado postal privado asegúrese de indicar "PMB" antes del número del apartado en la pregunta 12.
2. **Ud debe de decidir cuidadosamente la fecha que desea que comience su solicitud.** (Vea "Sus Beneficios Semanales" en la página B para información.)
3. Si su incapacidad no le permite el completar el formulario de Solicitud, llame al 1-866-658-8846 para que le enviemos los formularios apropiados que le permitirán a usted designar un representante para que firme por usted.
4. Si Ud. es un agente autorizado(a) presentando la solicitud para beneficios en nombre de un(a) solicitante(a) físicamente incapacitado(a), mentalmente incapacitado(a) o fallecido(a), llame al 1-866-658-8846 para recibir los formularios apropiados o instrucciones.
5. Pedir a su doctor que complete y firme el "Doctor's Certificate" (página 3 en el formulario escrito en inglés). La certificación puede ser hecha por un médico cirujano con licencia, osteópata, quiropráctico, dentista, podiatrista, optometrista, sicólogo aprobado o un oficial médico en una institución del Gobierno de los Estados Unidos. La certificación también puede ser hecha por una enfermera-partera con licencia, enfermera practicante o una comadrona con licencia para incapacidades relacionadas con embarazo normal o partos. Si usted está bajo el cuidado de un practicante religioso acreditado, obtenga el documento llamado en inglés "Practitioner's Certificate," DE 2502, llamando al 1-866-658-8846 y pídale a él/ella que complete y firme tal formulario. (No se aceptan facsímiles de firma con sello). Si está recibiendo Compensación para Trabajadores(WC) temporal y presenta la solicitud para beneficios reducidos del SDI, no se exige el "Doctor's Certificate."
6. Enviar el formulario ya completado y firmado en el sobre que se adjunta. Regrese su Solicitud pero no antes de 9 días después del primer día que usted se incapacitó. Sin embargo, asegúrese de regresar su formulario a más tardar 49 días después del primer día que usted se incapacitó ya que puede perder beneficios si su solicitud llega tarde.
7. Conserve las instrucciones y las páginas de información (de "A" a "D") para referirse a ellas en el futuro.

REQUISITOS BÁSICOS. Se pagan beneficios del SDI solamente que usted cumpla con todos los requisitos siguientes:

- Usted tiene que no poder hacer su trabajo regular o habitual por un período mínimo de 8 días.
- Usted tiene que estar empleado o buscando empleo en forma activa al ocurrir su incapacidad.
- Usted tiene que haber sufrido pérdida de sueldos a causa de su incapacidad, o si está desempleado, haber buscado empleo de manera activa.
- Usted tiene que haber ganado por lo menos \$300 durante un período de 12 meses previo del cual se retuvieron deducciones del SDI (véase "CANTIDADES DE BENEFICIOS" en la columna siguiente).
- Usted tiene que estar bajo cuidado y tratamiento de un doctor autorizado o practicante religioso acreditado, durante los primeros ocho días de su incapacidad. (La fecha inicial de una solicitud de beneficios puede ajustarse para cumplir con este requisito). Tiene que permanecer bajo cuidado y tratamiento para seguir recibiendo beneficios.
- Usted tiene que completar y enviar la solicitud de beneficios dentro de los 49 días de la fecha en que usted se incapacitó, o puede perder beneficios.
- Su doctor tiene que completar la certificación médica (adjunta al formulario escrito en inglés) sobre su incapacidad. Para incapacidades relacionadas con embarazo o parto normal, una enfermera-partera autorizada o practicante de enfermera puede completar la certificación médica. (Si usted está bajo el cuidado de un practicante religioso, solicite un "Certificado de Practicante" DE 2502, a la oficina del SDI. Se acepta esta certificación sólo si el practicante religioso ha sido acreditado por el EDD).

Nosotros podemos requerir un examen médico independiente para determinar su incapacidad inicial o para continuar recibiendo beneficios.

NO TENER DERECHO A RECIBIR BENEFICIOS. Puede solicitar beneficios aun si no está seguro de llenar los requisitos. Si se decide que usted no los reúne para todo o parte de un período solicitado, se le avisará sobre el mismo y la razón. Es posible que usted no reúna los requisitos para beneficios del SDI si usted:

- está solicitando o recibiendo Seguro del Desempleo (UI) o del Permiso Familiar Pagado (PFL).
- quedó incapacitado mientras cometía un crimen que resultó en una condena por delito grave.
- está recibiendo beneficios de compensación para trabajadores con un valor semanal igual o mayor que el valor del SDI.
- está en la cárcel, prisión u hogar de recuperación porque fue convicto de un crimen.
- Usted no obtuvo un examen médico independiente cuando se le solicitó.

FRAUDE. Según las Secciones 2101, 2116 y 2122 del Código del Seguro de Desempleo de California, es un delito el intencionalmente hacer una declaración falsa u ocultar a sabiendas un hecho pertinente con el fin de obtener el pago de cualesquier beneficios; tal violación se castiga con encarcelamiento y/o una sanción que no exceda \$20,000 o ambas. Para identificar y desanimar fraude, el SDI continuamente vigila la forma en que se efectúan pagos de solicitudes de beneficios, investiga vigorosamente actividad sospechosa, y procura restitución y convicción a través de enjuiciamiento.

SUS RESPONSABILIDADES.

- Presentar su solicitud de beneficios y otros formularios con tiempo y en forma completa y precisa. Si un formulario llega tarde, incluya una explicación por escrito de la(s) razón(es) con el formulario.
- Leer cuidadosamente las instrucciones de este formulario y de todos los que reciba del SDI. Si usted no está seguro sobre lo que se exige, comuníquese con la oficina del SDI.
- Reportar por escrito a la oficina del SDI cualquier:
 - cambio de dirección o número telefónico.
 - retorno al empleo de jornada completa o de media jornada.
 - recuperación de su incapacidad.
 - ingreso que reciba.
- Cumplir con una cita para Examen Médico Independiente, si se exige.
- **Incluir su nombre y número de Seguro Social en toda correspondencia.**

SUS DERECHOS. La información sobre su solicitud permanecerá confidencial, salvo con los propósitos permitidos por la ley. La sección 1798.34 del Código de Derecho de California le da el derecho de inspeccionar cualquier expediente personal sobre usted que el Departamento del Desarrollo del Empleo mantenga. La sección 1798.35 le permite solicitar que el expediente sea corregido si usted cree que no es exacto, relevante, oportuno o completo.

SUS DERECHOS - continúa

Ciertas clases de información que por regla general, serían consideradas de tipo personal están exentas de revelarse a usted: expedientes médicos o psicológicos en donde el conocimiento del contenido sería perjudicial al sujeto (sección 1798.40 del Código de Derecho); expedientes de investigaciones activas, criminales o administrativas (sección 1798.40 del Código de Derecho). Si a usted se le niega el acceso a expedientes a los que cree tener derecho a inspeccionar o si se niega su petición para enmendar sus expedientes, puede presentar una apelación a la oficina del SDI. Usted puede solicitar copia de su expediente, llamando al número del SDI al 1-800-480-3287.

Asimismo, usted tiene el derecho de apelar cualquier desautorización, pago indebido de beneficios, o sanción. Se le darán instrucciones precisas sobre cómo apelar en relación a todo documento apelable que usted reciba. Si usted presenta una apelación y permanece incapacitado, tiene que seguir completando y enviando certificaciones de solicitud de beneficios continuos.

CANTIDADES DE BENEFICIOS. Su solicitud comienza el día que comenzó su incapacidad. El SDI calcula su cantidad semanal usando su período reglamentario. La fecha de vigencia de su solicitud determina el período reglamentario de la solicitud a menos de que la fecha de vigencia haya sido ajustada por el personal del SDI. Si Ud. desea que su solicitud comience en otra fecha, para tener un período reglamentario diferente, favor de llamar al SDI al 1-866-658-8846 antes de presentar su solicitud.

El período reglamentario cubre 12 meses y está dividido en cuatro trimestres consecutivos de tres meses cada uno. Su período reglamentario incluye los sueldos sujetos a impuestos del SDI que se le pagaron aproximadamente de 5 a 17 meses antes de que se iniciara su solicitud para recibir beneficios por incapacidad. Su período reglamentario no incluye sueldos pagados al momento que su incapacidad comienza. Para que una solicitud de beneficios por incapacidad sea válida, usted debe tener por lo menos \$300 en sueldos en el período reglamentario. Usando lo siguiente, usted puede determinar el período reglamentario de su solicitud de beneficios:

- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en enero, febrero o marzo, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 30 de septiembre.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en abril, mayo o junio, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 31 de diciembre.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en julio, agosto o septiembre, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 31 de marzo.
- Si la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios empieza en octubre, noviembre o diciembre, su período reglamentario es los 12 meses que terminan el último 30 de junio.

El trimestre de su período reglamentario en el cual a usted se le pagaron los sueldos más altos determina su **cantidad semanal de beneficios**. No puede cambiar tal fecha o ajustar su período reglamentario después de haber establecido una solicitud válida.

Su **cantidad diaria de beneficios** son sus beneficios semanales divididos entre siete. Su **suma total de beneficios** es 52 veces su cantidad semanal de beneficios o los sueldos totales sujetos a impuestos del SDI pagados en su período reglamentario, lo que sea menos. Estas son las excepciones:

- Para empleadores y personas que trabajan por cuenta propia que eligen protección del SDI, la cantidad máxima de beneficios es 39 veces el valor semanal.
- Para residentes de una Casa de Recuperación del Alcoholismo o en una Residencia para Rehabilitación de Drogadictos, aprobadas por el estado, el período máximo pagable es de 90 días. (Sin embargo, las incapacidades relacionadas con, o causadas por alcoholismo agudo o crónico o abuso de drogas que están siendo médicamente tratadas no tienen esta limitación).

Comuníquese con la oficina del SDI para preguntar y suministrar información adicional si su situación se asemeja a cualquiera de estas circunstancias: Si no hay suficientes sueldos del período reglamentario y usted continúa incapacitado, usted puede establecer una solicitud de beneficios válida usando una fecha posterior de inicio de la solicitud. Si no tiene suficientes sueldos del período reglamentario, y usted estaba buscando, de manera activa, trabajo por 60 días o más en cualquier trimestre del período reglamentario, usted puede sustituir sueldos pagados en trimestres anteriores. Además, es posible que usted tenga derecho a sustituir sueldos pagados en trimestres anteriores para hacer válida su solicitud de beneficios o para incrementar su cantidad de beneficios si durante su período reglamentario usted estaba en el servicio militar, recibió beneficios de compensación para trabajadores o no trabajó por una disputa laboral.

CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS. Al recibir su solicitud de beneficios, la oficina del SDI le avisará sobre su cantidad semanal de beneficios y pedirá información adicional necesaria para determinar su derecho a recibir beneficios. Si usted llena todos los requisitos, un cheque se le enviará por correo de una agencia central de pagos. La mayoría de las solicitudes de beneficios se tramitan y los pagos se emiten dentro de los 14 días de haber recibido tanto la porción del solicitante como la del doctor. **Los primeros siete días de su solicitud de beneficios es un período de espera reglamentario durante el cual no se le pagan beneficios.**

Si usted reúne los requisitos para recibir más beneficios, pagos adicionales se le enviarán automáticamente o un formulario certificado de solicitud de beneficios continuos para el siguiente período se le adjuntará. Usualmente los períodos de certificación son por dos semanas; sin embargo, el período puede variar bajo ciertas circunstancias. A usted se le pagará 1/7 de su cantidad semanal de beneficios por cada día del calendario que usted reúna los requisitos y esté incapacitado, a menos que los beneficios sean reducidos por alguna razón (véase “REDUCCIONES DE BENEFICIOS” enseguida). Si usted recibe beneficios del SDI en lugar de beneficios del seguro de desempleo, o del Permiso Familiar Pagado (PFL) las cantidades pagadas serán reportadas a la Oficina de Impuestos Federales (IRS). Póngase en contacto con el IRS para información más específica sobre impuestos.

REDUCCIONES DE BENEFICIOS. Bajo ciertas circunstancias, es posible que usted no reúna los requisitos por períodos de su solicitud de beneficios o es posible que tenga derecho a pagos parciales solamente. El SDI determinará si los beneficios deben o no ser reducidos. Los tipos de ingresos indicados en la lista siguiente deben reportarse al SDI aunque no siempre afecten sus beneficios. El no reportar sus ingresos podría resultar en un pago indebido de beneficios, sanciones, y en desautorización de beneficios por declaración falsa.

- Pago por período de enfermedad
- Ingreso de trabajo por cuenta propia
- Pago militar
- Comisiones
- Sueldos, incluyendo los de deberes modificados
- Residuos
- Ingreso de trabajo de media jornada
- Bonos
- Beneficios de compensación para trabajadores
- Pagos de convenios con compañía de seguros
- Pago por día de fiesta

Asimismo, sus beneficios pueden ser reducidos a causa de un pago indebido de beneficios anterior del Seguro de Desempleo (UI), Permiso Familiar Pagado (PFL) o SDI, o por pagos atrasados de manutención por orden de la corte.

INTERRUPCIÓN y TERMINACIÓN de BENEFICIOS. Una “Notificación de Pago Final” se emitirá cuando los expedientes indiquen que:

- A usted se le han pagado beneficios hasta la fecha de recuperación calculada por su doctor. Si usted aún está incapacitado, pídale a su doctor que complete y envíe por correo la sección “Certificado Suplemental Médico” (adjunto con la Notificación de Pago Final).
- Usted se ha recuperado o regresado a trabajar. Si usted regresa a trabajar y se incapacita nuevamente, inmediatamente presente una nueva solicitud de beneficios y reporte las fechas en las que trabajó.

PAGO INDEBIDO DE BENEFICIOS. Un pago indebido de beneficios resulta cuando usted recibe beneficios del SDI que no tenía derecho a recibir. Una vez que se identifica un pago indebido de beneficios, la oficina del SDI le llamará para explicarle la razón del pago indebido de beneficios. Es muy importante que usted complete y devuelva toda información requerida, porque hay ocasiones cuando un pago indebido de beneficios puede perdonarse. Si se determina que usted recibió beneficios que no debió recibir y el pago indebido de beneficios no puede perdonarse, usted deberá reembolsar este dinero. Cheques de beneficios emitidos después de un pago indebido de beneficios pueden reducirse de un 25 a un 100 por ciento para cobrar su pago indebido de beneficios. Usted recibirá una Notificación para Anular Pagos Indebidos Utilizando Beneficios a los que Tenga Derecho el Solicitante” si una reducción es tomada ya sea por un pago indebido del SDI, Permiso Familiar Pagado (PFL) o del Seguro de Desempleo (UI).

DESAUTORIZACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS. Toda información es considerada antes de pagar o desautorizar beneficios. Éstos solamente serán pagados por los días a los que usted tenga derecho. Si un pago de beneficios es negado o reducido, usted recibirá una “Notificación de Decisión” por escrito declarando la razón por la desautorización. Se impone desautorización de beneficios por declaración falsa hasta de 92 días si usted deliberadamente reporta información incorrecta o usted intencionalmente omite u oculta información. Esto puede incluir cobrar un cheque de incapacidad que usted sabe incluye los días que a usted no se le deben pagar, tales como los días después de que usted volvió al trabajo. Además, cualquier pago indebido aumentará por una sanción del 30 por ciento.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

Incapacidad Relacionada con el Trabajo. Si usted ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo repórtela a su empleador/patrón y haga que su doctor presente un informe a la compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador/patrón. Si la compañía de seguros de compensación para trabajadores se tarda o rehusa pagos, el SDI puede pagarle beneficios mientras su caso está pendiente. Sin embargo, el SDI solamente pagará beneficios por el período en que usted está incapacitado y presentará un embargo para recuperar esos beneficios pagados. **NOTA:** El Seguro Estatal de Incapacidad y Compensación para Trabajadores son dos programas separados. Legalmente a usted no se le pueden pagar beneficios completos de ambos programas por el mismo período. Sin embargo, si su valor de cantidad de beneficios de compensación para trabajadores es menos que el valor del SDI, éste puede pagarle la diferencia entre ambos valores. Para ayuda e información sobre compensación para trabajadores, llame a su oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores. Usted la encontrará enumerada en las páginas Gubernamentales de su directorio telefónico bajo el encabezamiento en inglés de “California, State of; Industrial Relations Department, Workers’ Compensation Appeals Board.”

Embarazo. Como con cualquier condición médica, el período de incapacidad empieza el primer día que usted no puede hacer su trabajo regular o habitual. Los beneficios del SDI se pagarán por el período de tiempo apoyado por la certificación de su doctor. Las solicitudes de beneficios de incapacidad por embarazo NO deben presentarse sino hasta después del octavo día que sigue a la fecha en la que su doctor la certifica como incapacitada.

Entablado Lazos Afectivos con un(a) niño(a) Nuevo(a). Comuníquese con la Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD al 1-877-379-3819. Con el cheque final de beneficios de SDI para las nuevas madres, será enviado automáticamente en un sobre por separado, el formulario de transición de solicitud para entablar lazos afectivos.

Preguntas sobre Manutención de Hijos. Comuníquese con el Departamento llamado en inglés: (Department of Child Support Services) al 1-866-249-0773.

Preguntas sobre Manutención de Esposo(a) o Padres. Comuníquese con la Oficina del Fiscal del Distrito que administra la orden de la Corte.

Cuidado de la Familia. Si un miembro de la familia tiene que dejar de trabajar para cuidarlo a usted o si Ud. deja de trabajar para cuidar a un miembro de la familia que está seriamente enfermo(a), comuníquese con la Oficina del Permiso Familiar Pagado del EDD al 1-877-379-3819.

Incapacidad de Larga Duración o Permanente. Si espera que su incapacidad sea de larga duración o permanente, comuníquese con la Administración del Seguro Social mucho antes de agotar sus beneficios del SDI. Para información, llame gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Rehabilitación. Si usted tiene una incapacidad que le evita obtener o mantener un empleo, el Departamento de Rehabilitación puede asistirle con entrenamiento vocacional, educación, oportunidades de carreras, modo de vivir independiente y uso de tecnología para asistirle.

Entrenamiento en el Empleo. Comuníquese con el Centro de Carreras (1-877-872-5627 ó al www.service.locator.org) para servicios disponibles en su área local.

Búsqueda de Empleo. Comuníquese con la oficina local del Servicio de Empleos del EDD para información y ayuda sobre oportunidades de empleo y beneficios del Seguro de Desempleo.

Muerte del Solicitante de Beneficios. Si muere la persona que recibe beneficios del SDI, un heredero o representante legal debe reportar la muerte a la oficina local del SDI. Los beneficios son pagables hasta la fecha de la muerte.

LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD. El EDD exige que se revelen los números de Seguro Social de manera obligatoria para cumplir con el Código del Seguro de Desempleo de California, §§ 1253 y 2627; con el Código de Ordenamientos de California, título 22, §§ 1085, 1088 y 1326; con el Código de Ordenamientos Federales, título 20, parte 604; y con el Código de E.U., título 8, §§ 1621, 1641 y 1642.

LEY PORTÁTIL DE RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD. Esta ley Federal requiere de que nosotros obtengamos una autorización y firma por separado para que permitan a su médico suministrar información médica relacionada con su solicitud. El EDD compila información médica y de la salud conforme el Código Federal de Regulaciones (título 45, parte 164)

RECOPIACIÓN Y ACCESO A INFORMACIÓN. La ley estatal exige que se proporcione la información siguiente al recopilar información de individuos:

Nombre de la Dependencia: Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)		Título del Funcionario Responsable de Mantener la Información: Gerente, Oficina del Seguro de Incapacidad del EDD
Persona para Establecer Contacto Local: Gerente, Oficina del Seguro de Incapacidad del EDD	Dirección y Número de Teléfono: La dirección y número de teléfono de la Oficina del Seguro de Incapacidad aparecen en el "Aviso de Computación", DE 429D, emitido al momento que se tomó la decisión con respecto a sus beneficios.	
El Mantenimiento de la Información lo Autoriza: Código del Seguro de Desempleo de California, Secciones 2601 a 3272. Código de Ordenamientos de California, título 22, Secciones 2706-1, 2706-3, 2708-1, 2710-1.		
Consecuencia de no proporcionar toda o parte de la información solicitada: El no brindar toda o alguna información puede causar la demora en emitir cheques de beneficios y puede ocasionar que se le nieguen beneficios a los que tiene derecho a recibir. Si usted deliberadamente hace una declaración o representación falsa o a sabiendas oculta un hecho pertinente para obtener o aumentar cualquier beneficio o pago, el EDD le desautorizará beneficios y/o servicios, y quizá inicie enjuiciamiento criminal contra usted.		
Propósito(s) principal(es) para el/los cual(es) se utiliza la información:		
<ul style="list-style-type: none"> • Para determinar el derecho a recibir beneficios del seguro de incapacidad. • Para resumirse y publicarse de manera de estadísticas para el uso e información de dependencias gubernamentales y el público. (Su nombre e identificación no aparecerán en publicaciones). • Para utilizarse en la ubicación de personas buscadas por no pagar manutención de hijos, o conyugal u otra manutención ordenada por la corte. • Para usarse por otras dependencias gubernamentales para determinar el derecho a servicios públicos sociales, según las provisiones del Código de Bienestar e Instituciones de California, división 9. • Para utilizarse por el EDD para realizar sus responsabilidades según el Código del Seguro de Desempleo de California. • Para intercambiarse en conformidad con la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California y la Sección 1798.24 del Código de Derecho de California, con otros departamentos y dependencias gubernamentales, tanto federales y estatales, que tienen que ver con lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> (1) la administración de un programa del seguro de desempleo; (2) la cobranza de impuestos que pueden usarse para financiar el seguro de desempleo, de incapacidad o permiso familiar pagado; (3) el brindar compensación a personas desempleadas o desplazadas; (4) la investigación de violaciones de la ley laboral o alegaciones de discriminación ilegal en el empleo; (5) la audiencia de apelaciones de compensación para trabajadores; (6) cuando sea necesario para permitir que una dependencia estatal lleve a cabo sus responsabilidades obligatorias donde el uso al que se aplicará la información es compatible con el propósito para el que se recopiló; o (7) cuando lo ordene la ley estatal o federal. Las revelaciones, según la Sección 322 del Código del Seguro de Desempleo de California, se harán sólo en aquellos casos en los que fomenten la administración de los programas que el código ordena. • En conformidad con las Secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California: (1) La información puede revelarse al punto necesario para la administración de servicios públicos sociales, al Director de Servicios Sociales o sus representantes o al Director de Servicios para Manutención de Hijos o sus representantes; (2) La identidad del solicitante de beneficios puede difundirse al Departamento de Rehabilitación. • La información deberá revelarse a dependencias autorizadas en conformidad con las Secciones 1095 y 2714 del Código del Seguro de Desempleo de California. 		

Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad – Declaración del Empleado(a)

Escriba a máquina o con LETRA DE MOLDE usando TINTA NEGRA.

1A. SU NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL - - - - -		1B. SI ALGUNA VEZ USÓ OTROS NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL, ESCRÍBALOS AQUÍ - - - - -		2. EMPLEADO(A) DEL GOBIERNO ESTATAL (SI CONTESTA SÍ, INDIQUE EL # DE LA UNIDAD DE NEGOCIACIONES) <input type="checkbox"/> SÍ (UNIDAD #) <input type="checkbox"/> NO	
3. FECHA DEL COMIENZO DE SU / / MM DD AA		4. ÚLTIMO DÍA TRABAJADO / / MM DD AA		5. ¿HA TRABAJADO ALGÚN DÍA, EN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
7. SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM		8. SU NOMBRE LEGAL NOMBRE INICIAL O SEGUNDO NOMBRE APELLIDO			9. FECHA DE NACIMIENTO / / MM DD AA
10. OTROS NOMBRES QUE HAYA USADO PARA TRABAJAR				11. IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____	
12. SU DIRECCIÓN POSTAL (SI QUIERE RECIBIR CORREO EN UN BUZÓN PRIVADO—NO UN APARTADO POSTAL DEL CORREO DE EE.UU. - ESCRIBA EL NÚMERO EN EL ESPACIO “NO. DE BUZÓN PRIVADO”). NÚMERO / CALLE / APARTADO POSTAL / NO. DE APARTAMENTO O ESPACIO NO. DE BUZÓN PRIVADO CIUDAD ESTADO PAÍS (SI ES FUERA DE EE.UU.) ZONA POSTAL					
13. ÁREA TELEFÓNICA Y NÚMERO DE TELÉFONO ()		14. SU DIRECCIÓN DE RESIDENCIA SI NO ES LA MISMA QUE LA DIRECCIÓN POSTAL NÚMERO / CALLE / NO. DE APARTAMENTO O ESPACIO CIUDAD ESTADO PAÍS (SI ES FUERA DE EE.UU.) ZONA POSTAL			
15. ¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?					
16. ÚLTIMO EMPLEADOR O EMPLEADOR ACTUAL – SI SU ÚLTIMO EMPLEO, O SU EMPLEO ACTUAL, ES POR CUENTA PROPIA, ESCRIBA “SELF” ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR NOMBRE DEL EMPLEADOR (EMPLEADO(A) DEL GOBIERNO ESTATAL SUMINISTRE EL NOMBRE DE LA AGENCIA O DEPARTAMENTO – EJEMPLO: CALTRANS) () NÚMERO / CALLE / NO. DE HABITACIÓN (EMPLEADO(A) DEL GOBIERNO ESTATA, FAVOR DE SUMINISTRAR LA DIRECCIÓN DE SU OFICINA DE PERSONAL) CIUDAD ESTADO PAÍS (SI ES FUERA DE EE.UU.) ZONA POSTAL					
17. SU OCUPACIÓN NORMAL		18. SI SU EMPLEADOR LE SIGUIÓ PAGANDO, INDIQUE TIPO DE PAGO <input type="checkbox"/> ENFERM <input type="checkbox"/> VACACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO _____		19. ¿PODEMOS REVELAR EL PAGO DE BENEFICIOS A SU EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
20. SEGUNDO EMPLEADOR (SI TIENE MÁS DE UN EMPLEADOR) ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR NOMBRE DEL EMPLEADOR () NÚMERO / CALLE / NO. DE HABITACIÓN (EMPLEADO(A) DEL GOBIERNO ESTATA, FAVOR DE SUMINISTRAR LA DIRECCIÓN DE SU OFICINA DE PERSONAL) CIUDAD ESTADO PAÍS (SI ES FUERA DE EE.UU.) ZONA POSTAL					
21. ¿EN CUALQUIER TIEMPO DURANTE SU INCAPACIDAD, ESTUVO BAJO CUSTODIA DE LAS AUTORIDADES DE LA LEY POR HABER SIDO CONDENADO(A) DE VIOLAR ALGUNA LEY U ORDENANZA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI “SÍ” INDIQUE EL NOMBRE DEL LUGAR: _____					

Declaración del Empleado en la Solicitud de Beneficios - continuación

22. POR FAVOR VUELVA A ESCRIBIR SU NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL - -			
23. SI USTED ES RESIDENTE DE UN HOGAR PARA RECUPERACIÓN DE ALCOHÓLICOS O DE UNA RESIDENCIA LIBRE DE DROGAS, ESCRIBA EL NOMBRE, TELÉFONO, Y DIRECCIÓN			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		ÁREA TELEFÓNICA Y NÚMERO DE TELÉFONO ()	
DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN (NÚMERO Y CALLE / CIUDAD / ESTADO / ZONA POSTAL)			
24. ¿HA SOLICITADO O PIENSA SOLICITAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES (WC)? <input type="checkbox"/> SI SÍ, CONTESTE 25 A 32 <input type="checkbox"/> SI NO, COMPLETE LAS PREGUNTAS 25, 31 Y 32	25. ¿FUE SU INCAPACIDA CAUSADA POR SU TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	26. FECHA(S) DE LESIÓN DECLARADAS EN SU SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (WC) ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	
27. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (WC)			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		ÁREA TELEFÓNICA Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA ()	
NÚMERO / CALLE / N° DE HABITACIÓN			
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	SU NÚMERO DE SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (WC)
28. AGENTE QUE EVALUÓ EL CASO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (W/C)			
NOMBRE DEL AGENTE		ÁREA TELEFÓNICA Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EVALUADOR ()	
29. NOMBRE DEL EMPLEADOR TAL COMO APARECE EN SU SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (W/C)			
NOMBRE DEL EMPLEADOR		ÁREA TELEFÓNICA Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()	
30. SU ABOGADO(A) (SI TIENE ALGUNO(A)) QUE LE ATIENDE EL CASO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES (W/C)			
NOMBRE DEL ABOGADO		ÁREA TELEFÓNICA Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL ABOGADO ()	
NÚMERO / CALLE / N° DE HABITACIÓN			
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NÚMERO DEL CASO EN APELACIÓN A LA JUNTA DE APELACIONES DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (WC)
FAVOR DE REVISAR, FIRMAR Y FECHAR LAS DOS PARTES, #31 Y #32.			
31. Autorización conforme la Ley Portátil de Responsabilidad del Seguro de Salud. Yo autorizo a cualquier médico, practicante consejero(a) de rehabilitación vocacional o aseguradoras del programa de Compensación para Trabajadores (WC) que suministren y divulgen a los empleados del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) todos los hechos concernientes a mi incapacidad que sean de su conocimiento y permitir inspeccionar o que suministren copias de cualquier condición médica, rehabilitación vocacional y facturas de honorarios concerniente a mi incapacidad, que ellos posean. Estoy entendido(a) de que el EDD podrá divulgar información conforme se autoriza en el Código del Seguro de Desempleo de California y que la divulgación de tal información no podrá ser protegida por esta regla. Estoy de acuerdo que las fotocopias de esta autorización son tan válidas como el original. Comprendo que a menos de que yo revoque esta autorización por escrito, ella será válida por un periodo de quince años después de la fecha de recibo por el EDD o de la fecha de vigencia de la solicitud, la que sea primera. Comprendo que no puedo revocar esta autorización para evitar enjuiciamiento o para prevenir al EDD a recuperar el dinero que tenga derecho a recuperar conforme la ley.			
Firma del Solicitante		Fecha en que fue firmado	
NO USE LETRA DE MOLDE			
32. Declaración y firma. Al firmar esta declaración de solicitud de beneficios, certifico que durante el periodo cubierto por esta solicitud de beneficios estuve desempleado(a) y incapacitado(a). Comprendo que si hago una declaración falsa a sabiendas, o si oculto hechos importantes para obtener beneficios, violaré las leyes de California, y que dicha violación lleva una pena de prisión, de multa, o ambas. Declaro bajo pena de perjurio que esta declaración, junto con las declaraciones que la acompañan, son, según me leal saber y entender, verdaderas, correctas y completas. Al firmar esta declaración de solicitud de beneficios, autorizo al Departamento de Relaciones Industriales de California y a mi empleador/patrón entregar y revelar al Seguro de Incapacidad del Estado todos los datos que conozcan relativos a mi incapacidad y mis sueldos o ganancias, y permito que se inspeccionen o proporcionen copias de todos mis registros médicos, de rehabilitación vocacional y de facturación relacionados con mi incapacidad que dichas personas o instituciones tengan bajo su control. Al firmar esta declaración de solicitud de beneficios, autorizo la revelación y uso de información tal como se describe en la sección "Recopilación y Acceso a Información" de este formulario. Estoy de acuerdo que las fotocopias de esta autorización son tan válidas como el original, y comprendo que todas las autorizaciones contenidas en esta declaración de solicitud de beneficios se conceden por un periodo de quince años a partir de la más reciente fecha de lo siguiente: la fecha de mi firma o la fecha en que entre en vigor mi solicitud de beneficios.			
Firma del solicitante de beneficios		Fecha en que fue firmado	
(No la escriba en letra de molde)			
Si la firma se hace con una marca (X), debe ser atestiguada por dos testigos, quienes deben dar su dirección			
Firma y dirección del 1 ^{er} testigo		Firma y dirección del 2 ^o testigo	
33. El Representante Personal que firma en nombre del solicitante deberá de completar lo siguiente: Yo _____ represento al solicitante en este caso como: Autorizado <input type="checkbox"/> Legal (adjunte copia) <input type="checkbox"/> Declaración del individuo solicitando Beneficios del Seguro de Incapacidad como una persona incapacitada o fallecido(a) (DE 2522, vea pág. A #4)			
Firma del Representante Personal		Fecha en que fue firmado	
NO USE LETRA DE MOLDE			

**Autorización conforme la Ley Portátil
de Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)**

**Solicitante del Seguro de
Desempleo:**

1. Complete, firme y feche la versión en inglés de este formulario.
2. Lleve a su doctor el formulario ya completado y firmado.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (NOMBRE , INICIAL O SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE

Yo autorizo a cualquier médico, practicante consejero(a) de rehabilitación vocacional o aseguradoras del programa de Compensación para Trabajadores (WC) que suministren y divulgen a los empleados del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) todos los hechos concernientes a mi incapacidad que sean de su conocimiento y permitir inspeccionar o que suministren copias de cualquier condición médica, rehabilitación vocacional y facturas de honorarios concerniente a mi incapacidad, que ellos posean.

Estoy entendido(a) de que el EDD podrá divulgar información conforme se autoriza en el Código del Seguro de Desempleo de California y que la redivulgación de tal información no podrá ser protegida por esta regla.

Estoy de acuerdo que las fotocopias de esta autorización son tan válidas como el original.

Comprendo que a menos de que yo revoque esta autorización por escrito, ella será válida por un período de quince años después de la fecha de recibo por el EDD o de la fecha de vigencia de la solicitud, la que sea primera.

Comprendo que no puedo revocar esta autorización para evitar enjuiciamiento o para prevenir al EDD a recuperar el dinero que tenga derecho a recuperar conforme la ley.

FIRMA DEL SOLICITANTE

(NO USE LETRA DE MOLDE)

FECHA EN QUE FUE FIRMADO