



## Instrucciones para tomar un Permiso Familiar Pagado/por Discapacidad para usted mismo debido a la cuarentena/aislamiento por COVID-19

1. Complete las Secciones 1 – 2 de este formulario y la Parte A de la [Solicitud de Permiso Familiar Pagado \(Formulario PFL-1\)](#).
  - a. Deje las Preguntas 11 y 12 en blanco en el *Formulario PFL-1* y, en cambio, complete la Sección 1 a continuación.
2. Entregue los formularios completados a su empleador.
  - a. El empleador completa la Sección 3 de este formulario y la Parte B del *Formulario PFL-1*, dentro de los 3 días hábiles.
3. Adjunte la orden obligatoria o preventiva de cuarentena o aislamiento.
4. Envíe todos los formulario y la orden de cuarentena/aislamiento a la aseguradora de PFL de su empleados que se enumera en la Parte B del *Formulario PFL-1*.

Para más información, visite el sitio web de PFL en [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov).

### SECCIÓN 1 - SOLICITUD DE PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) (debe ser completada por el empleado)

Puede ser elegible para tomarse AMBOS beneficios por discapacidad y los beneficios del Permiso Familiar Pagado hasta un máximo beneficio por discapacidad de \$2,043.92 y hasta un máximo beneficio de Permiso Familiar Pagado de \$840.70, por un TOTAL de \$2,884.62 por semana.

Razón de la solicitud de PFL:  Beneficios de la Licencia por Discapacidad o Permiso Familiar Pagado debido a la cuarentena/aislamiento por COVID-19

### SECCIÓN 2 - DECLARACIÓN DEL EMPLEADO (debe ser completada por el empleado)

Mi firma afirma que he agotado la licencia por enfermedad pagada y no tengo la capacidad física de desempeñar el trabajo para mi empleador a través de acceso remoto o medios similares durante la orden obligatoria o preventiva de cuarentena o aislamiento.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado en letra imprenta: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3 - DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (debe ser completada por el empleador)

Mi firma afirma que este empleado ha agotado la licencia por enfermedad pagada y no tiene la capacidad física de desempeñar su trabajo a través de acceso remoto o medios similares durante la orden obligatoria o preventiva de cuarentena o aislamiento.

Firma del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador en letra imprenta: \_\_\_\_\_

La compañía aseguradora debe pagar o rechazar los beneficios dentro de los 18 días calendario de haber recibido su solicitud completada. Su solicitud no puede ser considerada incompleta solo porque su empleador no completó la Sección 3 de arriba o la Parte B del *Formulario PFL-1*.

Si no está de acuerdo con la decisión de la compañía aseguradora, o si el pago no se realiza en tiempo y forma, puede solicitar un arbitraje con la Entidad Nacional de Arbitraje y Mediación (NAM, por sus siglas en inglés) en [nyspfla.com](http://nyspfla.com).



# Instrucciones de la Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)

- Para solicitar el PFL, el empleado que lo solicita debe completar la Parte A de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*. Todos los puntos del formulario son obligatorios, a menos que se indiquen como opcionales. El empleado luego le proporciona el formulario al empleador para que complete la Parte B.
- El empleador completa la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)* y se la devuelve al empleado en un plazo de tres días.
- Se requieren formularios adicionales dependiendo del tipo de permiso que se esté solicitando. El empleado que solicita el permiso es responsable de completar estos formularios.
- **El empleado envía la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)* junto con el formulario adicional obligatorio a la compañía aseguradora de PFL del empleador que se menciona en la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*.**  
El empleado debe guardar una copia de cada formulario enviado para su archivo personal.

## PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (para ser completada por el empleado)

El empleado que solicita el PFL debe completar toda la información requerida.

### Solicitud de Permiso Familiar Pagado (PFL) (para ser completada por el empleado)

**Pregunta 12:** Un hijo se define como un hijo o hija biológico, adoptado o de cuidado temporal, un hijastro o hijastra, un menor bajo tutela legal, un hijo o hija de la pareja de hecho o la persona para la cual el empleado sustituye a los padres. Un padre/madre se define como el padre/madre biológico, de cuidado temporal o adoptivo, padre/madre conforme a derecho legal, un padrastró/madrastra, un tutor legal u otra persona que sustituyó a los padres del empleado cuando el empleado era un menor.

**Pregunta 13:** Si las fechas son "Continuas", el empleado debe proporcionar la fecha de inicio y finalización del PFL solicitada. Estas fechas deben ser las fechas reales en las que comenzará y terminará el PFL. Si no se tiene certeza, calcule las fechas de inicio y finalización y mencione "Las fechas son estimadas". Si las fechas son "Periódicas", ingrese las fechas en las que se tomará el PFL. Sea tan específico como sea posible. Si se desconocen las fechas o estas son estimadas, indique "Las

fechas son estimadas".

Si las fechas son estimadas, la aseguradora de PFL podría exigirle que presente una solicitud de pago **después** de tomar el día de PFL. El pago por los reclamos aprobados se deberá hacer tan pronto como sea posible, pero en ningún caso, más de 18 días a partir de la fecha en la que haya sido completada la solicitud.

**Pregunta 14:** Si el empleado está presentando una solicitud de PFL a su empleador con menos de 30 días de aviso anticipado a partir de la fecha del PFL, el empleado debe explicar por qué no se pudo dar el aviso con 30 días de anticipación. Si la explicación no cabe en el espacio que se proporciona en el formulario, escriba "Ver el adjunto" y agregue un adjunto con la explicación. Asegúrese de incluir el nombre completo del empleado y su fecha de nacimiento en la parte superior del adjunto.

### Información de empleo (para ser completada por el empleado)

**Pregunta 16:** Ingrese la fecha de contratación según recuerde el empleado. Si ha sido más de un año desde la fecha de contratación, es suficiente ingresar el año en el cual comenzó el empleo.

**Pregunta 18:** Ingrese la mejor estimación del salario semanal bruto promedio. Incluya únicamente los salarios devengados del empleador que se menciona en este formulario de solicitud. **El salario semanal bruto es el pago semanal total (incluyendo horas extras, propinas, bonificaciones y comisiones) antes que el empleador haga cualquier deducción**, como por ejemplo, los impuestos federales y del estado. Si el empleador no puede proporcionar esta información, el empleado puede calcular su salario bruto semanal de la siguiente manera:

**Paso 1:** Sume todos los salarios brutos recibidos (antes de cualquier deducción) durante las últimas ocho semanas antes del inicio del PFL, incluyendo horas extras y propinas recibidas. (*Vea el Paso 3 para conocer las instrucciones para calcular las bonificaciones y/o comisiones*).

**Paso 2:** Divida los salarios brutos calculados en el paso uno entre ocho (o el número de semanas trabajadas si son menos de ocho) para calcular el salario semanal promedio.

**Paso 3:** Si el empleado recibió bonificaciones y/o comisiones durante las 52 semanas anteriores a el PFL, sume la cantidad semanal prorrateada al salario semanal promedio. Para determinar la cantidad semanal prorrateada, sume todas las bonificaciones/comisiones devengadas en las 52 semanas anteriores y luego divídalo entre 52.

Ejemplo de un cálculo de salario semanal bruto:

Semana 1 - Salario bruto incluyendo horas extras	\$550
Semana 2 - Salario bruto	\$500
Semana 3 - Salario bruto	\$500
Semana 4 - Salario bruto	\$500
Semana 5 - Salario bruto	\$500
Semana 6 - Salario bruto	\$500
Semana 7 - Salario bruto, incluyendo horas extras	\$600
Semana 8 - Salario bruto, incluyendo horas extras	+ \$550
Total =	\$4,200
Dividir entre 8	÷ 8
Salario semanal promedio =	\$525
Bonificación devengado en las 52 semanas anteriores	\$2,600
Dividir entre 52	÷ 52
Bonificación semanal prorrateada =	\$50

*Las Instrucciones del Formulario PFL-1S continúan en la siguiente página*

**PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO** (para ser completada por el empleado) - continuación de la página anterior**Instrucciones del Formulario PFL-1S continuación de la página anterior**

Salario semanal promedio		\$525
Bonificación semanal prorrateada	+	\$50
<b>Salario semanal promedio (incluyendo bonificación) =</b>		<b>\$575</b>

Tome en cuenta que el empleador también está obligado a proporcionar esta información en la Parte B de la *Solicitud de Permiso Familiar Pagado (Formulario PFL-1S)*.

**Si está preenviando el formulario:** Indique si el empleado está preenviando su solicitud de PFL. Preenviar se define como presentar la solicitud por anticipado a un próximo evento calificador, en donde falta cierta información requerida debido a que se desconoce la información al momento de la presentación. Si la aseguradora o el empleador autoasegurado permite el preenvío, se debe proporcionar la información faltante tan pronto

como se conozca. No se pueden determinar los beneficios hasta que se proporcione toda la información requerida.

La compañía aseguradora de PFL o el empleador autoasegurado le dará un aviso al empleado en un plazo de cinco días, el cual 1) indica que el reclamo está pendiente; 2) identifica qué información falta; 3) indica cómo presentar la información faltante. **Una vez se proporcione toda la información, la compañía aseguradora de PFL o el empleador autoasegurado tiene 18 días para pagar o rechazar el reclamo.**

Si la compañía aseguradora o el empleador autoasegurado no permite los preenvíos, la compañía aseguradora o el empleador autoasegurado debe devolver la Solicitud de Permiso Familiar Pagado en un plazo de cinco días al empleado, dándole una explicación de que se debe volver a presentar el reclamo cuando esté disponible toda la información.

**El empleado firma y coloca la fecha antes de entregar este formulario a su empleador para que complete la Parte B.**

**PARTE B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** (para ser completada por el empleador)

**El empleador del empleado que solicita el PFL debe completar toda la información de la Parte B.**

**Pregunta 2:** Si se usa un número de Seguro Social para el número de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN), ingrese el número de Seguro Social.

**Pregunta 3:** Ingrese el Código de Clasificación industrial estándar (Standard Industrial Classification, SIC) del empleador. Comuníquese con su aseguradora si no conoce su código SIC.

**Pregunta 8:** El código de ocupación del empleado se puede encontrar en: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)

**Pregunta 9:** Ingrese los salarios devengados por el empleado durante las últimas ocho semanas anteriores a la fecha de inicio del PFL. El monto bruto pagado es el pago semanal bruto del empleado, incluyendo todas las horas extras y propinas devengadas esa semana, además de la cantidad prorrateada semanal de cualquier bonificación o comisión recibida durante las 52 semanas anteriores. (Para conocer los pasos detallados, vea la Pregunta 18 a partir de la página 1 de las instrucciones). Calcule el salario semanal promedio sumando los montos brutos pagados, y luego divídalos entre ocho (o el número de semanas trabajadas si son menos de ocho).

**Afirmación de que el empleado es elegible para el PFL:** Un empleado que trabaja regularmente 20 horas o más por semana debe haber estado empleado durante al menos 26 semanas consecutivas. Un empleado que trabaja regularmente menos de 20 horas por semana debe haber trabajado 175 días.

**El empleador firma y coloca la fecha, y luego lo devuelve al empleado que solicita el PFL en un plazo de tres días hábiles.**

**Pregunta 10:** No seleccionar "Si" para solicitar el reembolso de la compañía aseguradora provocará una renuncia al derecho a reembolso.

**Pregunta 11a:** 'Discapacidad' se refiere a una discapacidad obligatoria según lo establece la ley del Estado de Nueva York. Si la respuesta es "ninguna", ingrese un "0" para las semanas y días totales en la Pregunta 12b.

**Pregunta 11b:** El número máximo de semanas disponibles para una discapacidad establecida por la ley del Estado de Nueva York y PFL en cualquier período de 52 semanas, es 26 semanas. Especifique el número total de semanas, así como el número de días adicionales si el permiso incluye una semana parcial, tomada para una discapacidad establecida por la ley del Estado de Nueva York y PFL durante las 52 semanas anteriores.

**Preguntas 13, 14 y 15:** Ingrese el nombre, la dirección y número de póliza del PFL de la compañía aseguradora del Permiso Familiar Pagado o Discapacidad/PFL. Si este empleador está autoasegurado, ingrese el nombre y la dirección del lugar a donde se debe enviar la solicitud de PFL para su trámite.

**Asegúrese de completar los formularios de PFL adicionales correspondientes con base en el tipo de permiso PFL que se esté solicitando.**

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) [New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A)] y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (título 5 del Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a).

La autoridad que tiene la Junta de Compensación Obrera (la Junta) para solicitar que los empleados proporcionen información personal, incluyendo su número de Seguro Social o número de identificación tributaria, proviene de la autoridad administrativa de la Junta conforme a la Ley de Compensación Obrera, sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudar a mantener los registros correctos. Es voluntario proporcionar su número de Seguro Social o número de identificación tributaria a la Junta. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará únicamente para respaldo de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.



SE INCLUYEN LAS INSTRUCCIONES CON EL FORMULARIO

**PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO** (para ser completada por el empleado)

1. **Nombre legal del empleado** (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

\_\_\_\_\_

2. **Otros apellidos, si los hay, bajo los cuales ha trabajado el empleado**

\_\_\_\_\_

3. **Dirección postal del empleado**

Dirección  
\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado  
\_\_\_\_\_

Código postal      País (si no es EE. UU.)  
\_\_\_\_\_

4. **Número de Seguro Social o número de identificación tributaria del empleado**

□□□□ - □□□ - □□□□□□

5. **Fecha de nacimiento del empleado** (MM/DD/AAAA)

□□ / □□ / □□□□

6. **Número de teléfono principal del empleado**

( □□□□ ) □□□□ - □□□□□□

7. **Dirección de correo electrónico preferida del empleado mientras esté bajo el PFL** (si está disponible)

\_\_\_\_\_

8. **Sexo del empleado**

Masculino    Femenino    No designado/Otro

9. **Idioma preferido del empleado**

Inglés    Español    Русский    Polski  
 中文    Italiano    Kreyòl ayisyen    한국어  
 Otro

\_\_\_\_\_

**Opcional (para fines de investigación)**

10. **Etnia/raza del empleado**

Únicamente para propósitos de estadísticas demográficas de salud. (Conjunto de códigos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU., versión 1.0).

**¿Es el empleado de origen hispano, latino o español?**

(Se puede seleccionar una o más categorías).

- Mexicano
- Mexicoamericano
- Chicano
- Puertorriqueño
- Dominicano
- Cubano
- Otro origen hispano, latino o español
- No es hispano, latino, ni español
- Desconocido

**¿Cuál es la raza del empleado?**

(Se puede seleccionar una o más categorías).

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano
- Indoasiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Blanco
- Nativo de Hawái
- Guamano o Chamorro
- Samoano
- De otras Islas del Pacífico
- Otra raza

**Solicitud de Permiso Familiar Pagado** (para ser completada por el empleado)

11. **Razón de la solicitud del PFL:**    Desarrollar un vínculo con un hijo    Para cuidar de un miembro de la familia    Evento militar calificado

12. **El miembro de la familia tiene la siguiente relación con el empleado:**

Hijo    Cónyuge    Pareja de hecho    Padre/madre    Suegro/a    Abuelo/a    Nieto/a

*Formulario PFL-1S continúa en la siguiente página*



**PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO**

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

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

/   /

**PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO** (para ser completada por el empleado) - continuación de la página anterior

*Formulario PFL-1S continuación de la página anterior*

**13. ¿Será el PFL para un período continuo y/o periódico?**

Continua      Fecha de inicio del PFL (MM/DD/AAAA)      Fecha de finalización del PFL (MM/DD/AAAA)       Las fechas son estimadas  
 Periódica      Identifique las fechas periódicas en las que se tomará el PFL:       Las fechas son estimadas

**14. Si le va a proporcionar un aviso con menos de 30 días de anticipación al empleador, explique:**

**Información de empleo** (para ser completada por el empleado)

**15. Nombre de la empresa**

**16. Fecha de contratación del empleado** (MM/DD/AAAA)   /   /

**17. Lugar de trabajo del empleado**

Dirección   
 Ciudad, Estado      Código postal      País (si no es EE. UU.)

**18. Salario semanal bruto promedio del empleado** (Estos datos se solicitarán para el empleado y el empleador) \_\_\_\_\_

**19. Número de teléfono del empleador para contactarlo respecto a esta solicitud** (    )    -

**20a. ¿Tiene el empleado más de un empleador?**  Sí  No

**20b. Si la respuesta es sí, ¿está tomando el empleado el PFL de otro empleador?**  Sí  No

**21. ¿Está recibiendo actualmente el empleado Beneficios por salarios perdidos de la Ley de Compensación Obrera?**  
 Sí  No

**Declaración legal:** La información respecto a los beneficios de PFL recibida por el empleado, tales como pagos recibidos y tipos de permiso, se le proporcionará al empleador.

**Declaración y firma**

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Por este medio solicito los beneficios de Permiso Familiar Pagado conforme a la Ley de Compensación Obrera del Estado de Nueva York. Mi firma confirma que la información que estoy proporcionando es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del empleado

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

/   /

Estoy presentando este formulario por anticipado (ver las instrucciones sobre el preenvío). Entiendo que la compañía aseguradora se comunicará conmigo para recomendarme cómo presentar la información faltante obligatoria.

**PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO**

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

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

/   /

**PARTE B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** (para ser completada 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. Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés)**   -

**3. Código de Clasificación industrial estándar del empleador (SIC, por sus siglas en inglés)**

**4. Nombre de contacto del empleador para preguntas relacionadas con el PFL**

**5. Número de teléfono de contacto del empleador** (     )    -

**6. Dirección de correo electrónico de contacto del empleador**

**7. Fecha de contratación del empleado** (MM/DD/AAAA)   /   /

**8. Ocupación del empleado** Los códigos están disponibles en: [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)   -

**9. Ingrese las últimas 8 semanas de salarios brutos del empleado y calcule el salario semanal bruto promedio**

Semana No.	Fecha de finalización de la semana (MM/DD/AAAA)	Número de días trabajados	Monto bruto pagado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
<b>Salario <u>semanal</u> bruto promedio calculado:</b>			

**10. Si el empleado recibió o recibirá salarios completos mientras está en el PFL, ¿solicitará reembolso el empleador?**  Sí  No

*Formulario PFL-1S continúa en la siguiente página*



**PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO**

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

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

/   /

**PARTE B - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** (para ser completada por el empleador) - continúa de la página anterior

*Formulario PFL-1S continuación de la página anterior*

**11a. En las 52 semanas anteriores, el empleado ha tomado el permiso para:**

- Discapacidad según el Estado de Nueva York
  PFL
  Discapacidad y PFL
  Ninguno

**11. Escriba el número total de semanas y días que se tomaron para permiso de Discapacidad y PFL en las últimas 52 semanas:**

<b>Discapacidad:</b>	Semanas	Proporcione las fechas específicas de la Discapacidad:
	Días	

<b>PFL:</b>	Semanas	Proporcione las fechas específicas para el PFL:
	Días	

**12. ¿Está tomando el empleado un permiso bajo la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family Medical Leave Act, FMLA) simultáneamente con el PFL?**  Sí  No

**13. Dirección postal y nombre de la compañía aseguradora de PFL**

Nombre de la compañía aseguradora de PFL

Dirección postal

Ciudad, Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
----------------	---------------	-------------------------

**14. Número de teléfono de la compañía aseguradora de PFL** (    )   -

**15. Número de póliza PFL** \_\_\_\_\_

**Declaración y firma**

**Declaro que el empleado trabaja regularmente 20 horas o más por semana y ha estado en el empleo durante al menos 26 semanas consecutivas O el empleado trabaja regularmente menos de 20 horas por semana y ha trabajado al menos 175 días.**

Cualquier persona que, con conocimiento o con la intención de estafar a cualquier aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que incluya cualquier información falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con dicho hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, la cual es un delito, y también debe estar sujeta a una multa civil que no supere los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Soy la persona autorizada para firmar como el empleador del empleado que solicita el PFL. Mi firma confirma según mi leal saber y entender que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma autorizada del empleador

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

/   /

Título

\_\_\_\_\_