

## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA SOLICITAR EL PERMISO

### Su lista de verificación para el permiso de cuidado pagado

El permiso de cuidado pagado está disponible para cuando más lo necesita. Consulte esta lista de verificación para recopilar la información y seguir los pasos necesarios para solicitar un permiso de cuidado pagado.

### GUÍA DE BENEFICIOS DEL PERMISO DE CUIDADO PAGADO

La Guía de beneficios del permiso de cuidado pagado brinda información sobre cómo solicitar beneficios y presentar reclamaciones semanales. Además, explica sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley. Los solicitantes son responsables de conocer la información de esta guía. Puede descargar la guía en [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide).

### PARA TODOS LOS PERMISOS:

#### Entregue a su empleador un aviso por escrito y guarde una copia.

- Si sabe que se tomará un permiso con anticipación, notifique por escrito a su empleador al menos 30 días antes de que comience el permiso.
- Si necesita tomarse un permiso de cuidado pagado de manera imprevista, notifique a su empleador por escrito tan pronto como sepa que necesitará tomarse el permiso.
- Puede hacerlo por correo electrónico, carta o texto. Asegúrese de guardar una copia.

#### Reúna la siguiente información necesaria para presentar la solicitud:

- Número de seguro social.
- Documentos de verificación de identidad (consultar la lista de documentos válidos)
- Lista de todos los empleadores para los que ha trabajado durante los últimos 12 meses.

### OTROS DOCUMENTOS PARA EL PERMISO:

También deberá presentar documentos específicos cuando presente la solicitud, en función del motivo por el que solicita el permiso de cuidado pagado.

#### **PERMISO DE CUIDADO PERSONAL:**

- **Si se tomará un permiso para cuidarse a usted mismo, necesitará lo siguiente:**
  - Formulario de certificación de afección grave completado por su proveedor de atención médica; o
  - Documentación de la Ley de licencia familiar y médica u otra documentación de su proveedor de atención médica que pueda certificar la existencia de su afección médica grave.

#### **PERMISO DE CUIDADO FAMILIAR:**

- **Si se tomará un permiso para cuidar de un familiar, necesitará lo siguiente:**
  - Formulario de certificación de afección grave completado por el proveedor de atención médica de su familiar; o
  - Documentación de la Ley de licencia familiar y médica u otra documentación del proveedor de atención médica de su familiar que pueda certificar la existencia de su afección médica grave.
  - Podemos solicitar documentación del parentesco familiar si tenemos alguna duda sobre su solicitud.
- **Si se toma un permiso por el nacimiento de un hijo, adopción o porque se convertirá en padre adoptivo:**
  - No es necesario que proporcione documentación para demostrar el nacimiento, la adopción o la colocación para solicitar un permiso para crear lazos con el niño. Podemos solicitarla en caso de que tengamos alguna duda sobre su solicitud.
- **Si se toma un permiso para pasar tiempo con un familiar debido a un despliegue o evento militar, necesitará lo siguiente:**
  - Órdenes de servicio activo u otra documentación militar formal.
  - Es posible que deba presentar documentación del parentesco familiar

# Solicitud de permiso de cuidado pagado

## Antes de comenzar

Cuando solicita beneficios en línea, puede elegir cómo presentar sus reclamaciones de beneficios semanales (en línea o por teléfono) y cómo recibir sus pagos de beneficios (depósito directo en su cuenta bancaria o en una tarjeta de débito prepaga). Cuando solicita beneficios mediante una solicitud en papel, está limitado a lo siguiente:

1. Enviar reclamaciones de beneficios semanales por teléfono al 833-717-2273.
2. Recibir sus pagos de beneficios en una tarjeta de débito prepaga.

Si desea presentar sus reclamaciones semanales en línea o recibir sus pagos de beneficios mediante depósito directo, debe enviar su solicitud en línea. Para obtener más información, ingrese a [www.paidleave.wa.gov](http://www.paidleave.wa.gov).

La Guía de beneficios del permiso de cuidado pagado brinda información sobre cómo solicitar beneficios y presentar reclamaciones semanales. Además, explica sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley. Puede descargar la guía en [paidleave.wa.gov/benefit-guide](http://paidleave.wa.gov/benefit-guide) o solicitar una copia al 833-717-2273.

## Instrucciones para preparar la solicitud de beneficios

### Sección de información personal y de contacto

Proporcione su nombre, número de Seguro Social (Social Security Number, SSN), fecha de nacimiento e información de contacto. Le enviaremos su tarjeta de débito prepaga y otra correspondencia a la dirección que proporcione.

### Sección de información sobre el empleo

Utilizaremos la información que nos proporcione para confirmar que ha trabajado la cantidad suficiente de horas para ser elegible para tomarse el permiso.

- Nombre del empleador. El nombre de la empresa u organización para la que trabajó.
- Identificador comercial unificado (Unified Business Identifier, UBI) o número de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN). Puede pedirle el UBI a su empleador o utilizar la herramienta de búsqueda de UBI en el sitio web del Departamento de Ingresos ([www.DOR.wa.gov](http://www.DOR.wa.gov)).
- Fechas de inicio y finalización del empleo. Si actualmente trabaja para dicho empleador, deje la fecha de finalización en blanco y marque la casilla para indicar que es su empleador actual.

### Sección de información sobre el permiso

Le pediremos información sobre su solicitud del permiso, incluido el tipo de permiso que solicita (cuidado personal, cuidado familiar, para crear lazos afectivos con el recién nacido o por colocación de un niño, o deber militar) y sus fechas de inicio y finalización previstas.

### ¿Alguien más puede completar este formulario por mí?

Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre a los efectos de los beneficios del permiso de cuidado pagado. Para hacerlo, complete el formulario de Representante autorizado designado. Para obtener una copia del formulario, comuníquese con nosotros al 833-717-2273.

## Cómo enviar su solicitud

Envíe su solicitud completa, copias de sus documentos de identificación y cualquier otro documento de apoyo (certificado de una afección de salud grave, formulario de representante autorizado designado, etc.) a:

Employment Security Department  
Paid Family and Medical Leave Care Center  
P.O. Box 19020  
Olympia, WA 98507-0020

## ¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 833-717-2273 o [paidleave@esd.wa.gov](mailto:paidleave@esd.wa.gov).

## Solicitud de beneficios

<b>Sección uno: Información personal</b>	
<b>Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*:</b>	
<b>SSN*:</b>	
<b>Fecha de nacimiento*:</b>	
<b>Número de teléfono*:</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>Método de contacto preferido*:</b>	
<input type="checkbox"/> Teléfono	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Correo	
<b>Dirección postal*:</b> _____	
_____	
_____	
_____	
<b>Sexo*:</b>	
<input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Masculino	
<input type="checkbox"/> No binario	
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su ascendencia étnica? Marque todas las opciones que correspondan.</b>	
<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> De Asia del Sur o estadounidense con orígenes en el sur de Asia	
<input type="checkbox"/> De Asia del Este o estadounidense con orígenes en el este de Asia	
<input type="checkbox"/> Del Sudeste Asiático o estadounidense con orígenes en el sudeste de Asia	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Hispano o latinx	
<input type="checkbox"/> De Oriente Medio o estadounidense con orígenes árabes	
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Otro	

\* Indica campo obligatorio

## Sección dos: Información sobre el empleo

Necesitamos obtener su historial de empleo para determinar si ha trabajado la cantidad suficiente de horas para calificar para recibir la licencia. Indique cada empleador para el que ha trabajado desde el 1 de enero de 2019.

### ¿Cuál es su estado laboral actual?\*

- Empleado asalariado a tiempo completo
- Empleado a tiempo parcial o por hora
- Desempleado

**Nombre del empleador\*:**

**UBI o FEIN:**

### ¿Es este su empleador actual?\*

- Sí
- No

### ¿Planea tomarse el permiso de este empleador?\*

- Sí
- No

### ¿Notificó a este empleador que planea tomarse un permiso?\*

- Sí
- No
- Requisito eximido

**En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó?\*** \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio del empleo\*:**

**Fecha de finalización del empleo:**

**Número de teléfono del empleador\*:**

**Dirección del empleador\*:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre del empleador:**

**UBI o FEIN:**

### ¿Es este su empleador actual?\*

- Sí
- No

### ¿Planea tomarse el permiso de este empleador?\*

- Sí
- No

**¿Notificó a este empleador que planea tomarse un permiso?**

- Sí
- No
- Requisito eximido

**En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó?** \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio del empleo:**

**Fecha de finalización del empleo:**

**Número de teléfono del empleador:**

**Dirección del empleador:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre del empleador:**

**UBI o FEIN:**

**¿Es este su empleador actual?**

- Sí
- No

**¿Planea tomarse el permiso de este empleador?**

- Sí
- No

**¿Notificó a este empleador que planea tomarse un permiso?**

- Sí
- No
- Requisito eximido

**En caso afirmativo, ¿en qué fecha les notificó?** \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio del empleo:**

**Fecha de finalización del empleo:**

**Número de teléfono del empleador:**

**Dirección del empleador:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Indica campo obligatorio

### Sección tres: Información sobre la licencia

**Seleccione el tipo de permiso que solicitó\*:**

**Permiso para usted**

En caso afirmativo, ¿no puede trabajar debido a una afección de salud grave relacionada con el embarazo?

- Sí  
 No

**Permiso para cuidar a un familiar**

En caso afirmativo, ¿para cuidar a qué miembro de la familia se toma el permiso?

- Padre/madre (o padre/madre del cónyuge)  
 Cónyuge  
 Hijo(a)  
 Hermano(a)  
 Nieto(a)  
 Abuelo/abuela (o abuelo/abuela del cónyuge)  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Permiso para crear lazos afectivos con el recién nacido o por colocación de un niño**

En caso afirmativo, fecha de nacimiento o colocación: \_\_\_\_\_

**Deber militar**

**¿Cuánto tiempo cree que estará de permiso?\***

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

**¿Recibió, o recibirá, compensación por accidentes de trabajo o beneficios de desempleo durante el período para el cual solicita el permiso?\***

- Sí  
 No

**¿Sabía de antemano que tendría que tomarse un permiso?\***

- Sí  
 No

\* Indica campo obligatorio

### Sección cuatro: Consentimiento y firma

Permiso de cuidado pagado puede compartir y recibir información sobre usted (o su reclamación) con otras agencias, departamentos o sus empleadores. Es posible que necesitemos verificar la información que nos proporciona y solicitar información adicional según sea necesario.

Si su declaración es falsa o nos oculta información deliberadamente, se considerará fraude. Si proporciona información inexacta, podemos rechazar su solicitud de beneficios o exigirle que pague los beneficios que recibió. Podría enfrentar multas o una acción penal.

- Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información y he respondido las preguntas de la solicitud con sinceridad.\**

**Firma\*:**

**Fecha\*:**

**Nombre en letra imprenta\*:**

*Si la persona que solicita los beneficios no puede firmar este formulario debido a una afección de salud o lesión grave, un representante autorizado puede firmar en su nombre, siempre y cuando también presente un formulario de Representante autorizado designado.*

**Nombre del representante autorizado:**

**Firma del representante autorizado:**

**Fecha:**

**Número de teléfono:**

**Correo electrónico:**

\* Indica campo obligatorio