AVISO A LOS EMPLEADOS:

ESTE EMPLEADOR ESTÁ INSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD) CONFORME AL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE CALIFORNIA, Y ESTÁ REPORTANDO LOS CRÉDITOS DE SALARIOS/JORNALES QUE SE ESTÁN ACUMULANDO A SU CUENTA PARA UTILIZARSE COMO UNA BASE PARA EL:

UI

SEGURO DE DESEMPLEO

(Financiado en su totalidad por los impuestos pagados por los empleadores)

Cuando Ud. se encuentre sin empleo o trabajando menos de tiempo completo y, dispuesto(a) y en condiciones para trabajar, Ud. podrá tener derecho a recibir beneficios del Seguro de Desempleo. Existen tres diferentes maneras para presentar su solicitud.

Internet

Presente su solicitud en línea con eApply4UI, la manera rápida y fácil de presentar una solicitud de UI. Acceso a eApply4UI en el <https://eapllly4ui.edd.ca.gov/>.

Por Teléfono:

Presente su solicitud comunicándose con un representante de servicio al cliente a uno de los números telefónicos gratuitos a continuación:

Inglés al 1-800-300-5616;

Español al 1-800-326-8937

TTY (No Voz) 1-800-815-9387

Nota: Para recibir servicio más rápido, por favor llame de martes a jueves. Si Ud. llama para presentar una solicitud de beneficios, Ud. debe llamar a más tardar el viernes para recibir crédito por la semana.

Por Correo o Fax

Presente su solicitud UI (DE1101) por correo o por fax. Puede obtener la solicitud en línea, en www.edd.ca.gov. Imprima la solicitud, escriba sus respuestas y envíela por correo o fax a la oficina del EDD para ser tramitada.

Nota: Presente su solicitud pronto. Ya que usted podrá perder beneficios a los que de otra forma Ud. tenía derecho a recibir, si se demora en presentar su solicitud.

DI

SEGURO DE INCAPACIDAD

(Financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados)

Cuando Ud. no puede trabajar o sus horas han sido reducidas debido a enfermedad, lesión o embarazo, podrá tener derecho a recibir Beneficios del Seguro de Incapacidad. (DI).

Su empleador deberá de proporcionar una copia del formulario DE 2515/S/ "Provisiones del Seguro de Incapacidad" a todas las personas recién contratadas para trabajar y a todos los trabajadores que dejan el empleo debido a embarazo o una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

Formularios de Solicitud

- Si su empleador maneja un aprobado plan voluntario en el lugar de un seguro de incapacidad y Ud. ha elegido ser protegido(a) por tal plan, obtenga los formularios del DI de su empleador.
- Si Ud. **no** está protegido(a) por un plan voluntario, obtenga formularios de solicitud en el consultorio de su médico, hospital o directamente en cualquiera de las Oficinas Tramitadoras de Solicitudes de Seguro de Incapacidad (DI) de California.
- Presente su "Solicitud de beneficios para beneficios del DI", DE 2501, dentro de 49 días del primer día de su incapacidad, para evitar perder beneficios.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL DI, VISITE EL SITIO DE INTERNET DEL EDD EN www.edd.ca.gov O
COMUNÍQUESE CON EL CENTRO DE SERVICIOS AL CLIENTE DEL SEGURO DE INCAPACIDAD, AL 1-866-658-8846.

LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL DEBEN DE LLAMAR AL 1-866-352-7675
EL SISTEMA TTY ESTÁ A LA DISPOSICIÓN (PARA LAS PERSONAS SORDAS O CON IMPEDIMENTOS DEL OÍDO SOLAMENTE) AL 1-800-563-2441.

PFL

PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL)

(Financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados)

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 niño(a), usted puede tener derecho a recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL).

Su empleador deberá de proporcionar una copia del folleto del programa del "Permiso Familiar Pagado", DE 2511, a todo empleado(a) nuevo y a todo 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) niño(a).

Formularios de Solicitud

- Si su empleador maneja un aprobado plan voluntario en el lugar de un seguro de incapacidad y Ud. ha elegido ser protegido(a) por tal plan, obtenga los formularios del PFL de su empleador.
- Si Ud. **no** está protegido(a) por un plan voluntario obtenga formularios de solicitud en el consultorio de su médico, hospital o en cualquiera de las Oficinas Tramitadoras de Solicitudes de Seguro de Incapacidad (DI) de California o en la oficina del PFL.
- Presente su "Solicitud de beneficios para beneficios del PFL", DE 2501F, dentro de 49 días del primer día de su permiso familiar, para evitar perder beneficios.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DEL PFL, VISITE EL SITIO DE INTERNET DEL EDD EN www.edd.ca.gov O
COMUNÍQUESE CON EL CENTRO DE SERVICIOS DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO AL 1-877-379-3819.
LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO ESTATAL DEBEN DE LLAMAR AL 1-877-945-4747.

NOTA: ALGUNOS EMPLEADOS PODRÍAN SER EXENTOS DE LOS PROGRAMAS DE SEGUROS INDICADOS ARRIBA.

ES UN ACTO ILEGAL EL HACER DECLARACIONES FALSAS O EL NO DIVULGAR TODOS LOS HECHOS DEL CASO CON EL PROPÓSITO DE RECIBIR BENEFICIOS.

PARA OBTENER INFORMACIÓN GENERAL ADICIONAL, VISITE NUESTRO SITIO DE INTERNET EN www.edd.ca.gov