

PROVISIONES DEL SEGURO DE INCAPACIDAD



Una incapacidad es cualquier enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que le evita desempeñar su trabajo normal o acostumbrado. (Sección 2626 del Código del Seguro de Desempleo de California) La incapacidad también incluye la cirugía electiva, el embarazo, el parto o las condiciones médicas relacionadas.

El Seguro de Incapacidad (DI) es un componente del Programa Estatal del Seguro de Incapacidad (SDI) y está diseñado para reemplazar parcialmente los salarios/jornales que usted perdió a causa de una incapacidad no causada por su trabajo. (Refiérase a “Otros Programas” en el dorso, para casos de incapacidades relacionadas al trabajo.)

Los impuestos del SDI los pagan los trabajadores de California que se encuentran cubiertos por el programa del SDI. Las tasas de impuestos pueden variar de un año al siguiente. Para las tasas actuales, llame a la Oficina de Servicio al Cliente del Seguro de Incapacidad del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD), al 1-800-480-3287 ó a la Oficina de Atención al Cliente de la Sección de Impuestos sobre el Empleo del EDD, al 1-888-745-3886.

Planes del DI

- **Plan Estatal.** El Plan Estatal de Incapacidad del DI se explica en este folleto.
- **Plan Voluntario.** Éste es un plan privado, aprobado por el Director del EDD, que puede ser sustituido por el Plan Estatal. Los empleadores/patronos y grupos de empleados pueden establecer Planes Voluntarios, si la mayoría de los empleados y el empleador/patrón acuerdan hacerlo. Si usted está protegido por un Plan Voluntario, las provisiones de este folleto no son pertinentes a usted. Obtenga información sobre su protección, y presente su solicitud para beneficios del plan voluntario mediante su empleador/patrón.
- **Protección Electiva.** Los empleadores/patronos y las personas que trabajan por cuenta propia, incluyendo los socios generales, pueden elegir su protección. Sin embargo, el método para calcular los beneficios para los participantes de la protección electiva, no es el mismo que para los que pagan una tasa obligatoria. El costo de participación, fijado anualmente, puede obtenerse comunicándose a la Oficina local de Atención al Cliente, Sección de Impuestos sobre el Empleo del EDD.

Las solicitudes de beneficios se presentan del mismo modo que las del Plan Estatal; pero existen algunas diferencias entre los requisitos para tener derecho a beneficios con ese plan y los que se indican en este folleto. Para obtener más información o solicitar protección llame a la Oficina de Atención al Cliente, Sección de Seguro de Incapacidad del EDD al 1-800-480-3287 ó a la Oficina de Atención al Cliente, Sección de Impuestos sobre el Empleo del EDD al 1-888-745-3886.

Las personas empleadas por familiares, no sujetas al Código del Seguro de Desempleo de California también pueden elegir protección a la misma tarifa que los otros empleados protegidos por el Plan Estatal, y con los mismos beneficios del Plan Estatal.

Cómo Solicitar Beneficios del Plan Estatal

1. Obtenga un formulario de solicitud de beneficios:

- Por teléfono al: **1-866-658-8846**
(Los empleados del gobierno Estatal de California protegidos por DI deberán llamar al **1-866-352-7675 para DI ó 1-877-945-4747 para PFL**)
- Por Internet al: **www.edd.ca.gov/direp/dirq2501sp.htm**
- Por TTY (servicio de relevo televisual por escritura a máquina, solamente para personas sordas, con incapacidades auditivas e incapacidades verbales) al: **1-800-563-2441**
- Por escrito a EDD, Disability Insurance, P.O. Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140
- En persona, visitando cualquiera de las oficinas del DI enumeradas en este folleto bajo el encabezado “Oficinas Tramitadoras de Solicitudes del DI”

2. Complete y firme la parte de la Solicitud de Beneficios llamada en inglés “Claim Statement of Employee”. Escriba claramente en letra de molde y asegúrese de que sus respuestas sean completas y correctas, ya que los errores pueden demorar sus pagos.

3. Haga que su doctor complete la parte llamada en inglés “Doctor’s Certificate”. Por lo general una solicitud de beneficios no puede entrar en vigencia más de siete días antes de que usted haya sido examinado, o haya estado bajo el cuidado del médico que certifica su incapacidad. La Certificación puede ser hecha por un médico con licencia, un cirujano, un oficial médico del Gobierno de los Estados Unidos, un osteópata, un médico quiropráctico, un podiatra, un optometrista, un dentista, un psicólogo aprobado o un practicante religioso acreditado. Para incapacidades relacionadas al embarazo normal, la certificación puede ser hecha por una enfermera partera, una enfermera practicante de medicina o una partera con licencia.

4. Envíe por correo su solicitud de beneficios en un plazo de 49 días, a partir del primer día en que estuvo incapacitado(a). Si usted presenta tarde su solicitud, usted puede perder sus beneficios, a no ser que la explicación acerca de su demora sea aceptada como razonable.

Cómo Se Pagan los Beneficios

- El programa del DI está diseñado para servirle por correo. Usted no necesita presentarse personalmente para solicitar o recibir beneficios.
- En cuanto recibamos su solicitud de beneficios, es posible que nos comuniquemos con usted, por correo o por teléfono, para pedirle información adicional si es necesaria. La mayoría de las solicitudes de beneficios se tramitan en un plazo de 14 días, a partir de que se reciban.
- Los primeros siete días de su incapacidad se consideran un “período de espera”, y a usted no se le pagarán beneficios del DI durante ese período.

Los beneficios se pagan lo más pronto posible, después de recibirse toda la información requerida. Si cumple con todos los requisitos, se le autorizará el envío de un cheque desde una localidad central de pagos. Si usted reúne los requisitos para recibir beneficios adicionales, se le enviarán automáticamente pagos adicionales o se le enviará un formulario de certificación de la “solicitud de beneficios continuos” para que usted lo complete para el siguiente período. Generalmente, estos períodos son de dos semanas. Sin embargo, el Programa del DI paga beneficios en base al derecho diario de recibir beneficios, en una semana de calendario de siete días. Las semanas parciales se pagan a una tarifa diaria. Esta tarifa es una séptima (1/7) parte de su cantidad semanal de beneficios. Por favor, espere siete días, a partir de la fecha en que envíe el formulario de solicitud de beneficios continuos, para recibir su cheque.

Cómo Se Determina la Cantidad de sus Beneficios. Las cantidades de sus beneficios se basan en los salarios/jornales pagados a usted durante un **período reglamentario** específico de 12 meses, el cual se determina según la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios. Por lo tanto, usted debe considerar cuidadosamente cuándo comenzar su solicitud de beneficios, ya que esto puede afectar la cantidad de sus beneficios semanales, la suma total pagable a usted y el período de su derecho a recibir beneficios.

Solamente los salarios en su **período reglamentario**, que estaban sujetos a los impuestos del seguro de incapacidad pueden usarse para el cálculo de sus beneficios. Para tener derecho a recibir beneficios, usted tiene que haber ganado por lo menos \$300 durante su período reglamentario. El mes en que entre en vigencia su solicitud de beneficios determinará cuáles de los siguientes cuatro trimestres consecutivos se tienen que usar.

Si su solicitud de beneficios empieza en:

- **Enero, febrero o marzo, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 30 de septiembre pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 14 de febrero del 2007, usa un período reglamentario que va del 1ro de octubre del 2005 al 30 de septiembre del 2006.)
- **Abril, mayo o junio, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 31 de diciembre pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 20 de junio del 2007, usa un período reglamentario que va del 1ro de enero del 2006, al 31 de diciembre del 2006.)
- **Julio, agosto o septiembre, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 31 de marzo pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 27 de septiembre del 2007, usa un período reglamentario que va del 1ro de abril del 2006 al 31 de marzo del 2007.)
- **Octubre, noviembre o diciembre, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 30 de junio pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 2 de noviembre del 2007, usa un período reglamentario que va del 1ro de julio del 2006, al 30 de junio del 2007.)

Excepciones: Si se determina que su solicitud de beneficios es inválida, pero usted estaba desempleado/a y buscando empleo por 60 días o más, de cualquier trimestre de su período reglamentario, es posible que usted pueda sustituir salarios/jornales pagados en trimestres anteriores.

Además, es posible que usted tenga derecho a sustituir salarios/jornales pagados en trimestres anteriores, ya sea para hacer válida su solicitud de beneficios, o para aumentar su cantidad de beneficios, si durante su período reglamentario usted:

- estaba en el servicio militar.
- recibió beneficios de Compensación para Trabajadores (WC).
- no trabajó debido a una disputa laboral.

Si su solicitud de beneficios se relaciona a cualquiera de las circunstancias previas, incluya la información en una nota junto con su formulario de solicitud de beneficios.

Continuación de Salarios/Jornales. Si su empleador/patrón continúa pagándole salarios/jornales, mientras usted está incapacitado(a), ésto puede afectar sus beneficios del DI. El total de los beneficios DI, más los salarios/jornales, no puede exceder el monto de su salario/jornal semanal normal. Sus beneficios del DI no serán afectados por cualquier pago de vacaciones que usted pueda recibir.

La Suma Total de Beneficios. La suma total de beneficios es 52 veces la cantidad semanal, pero no más de la suma total de sus salarios/jornales del período reglamentario. Excepción: Para los empleadores/patrones y personas que trabajan por cuenta propia que eligen protección del DI, la suma total es 39 veces la cantidad semanal.

Asimismo, los beneficios son pagables solamente por un período limitado a los residentes de un Hogar de Recuperación del Alcoholismo o de una Residencia de Rehabilitación para Drogadictos, aprobados por el estado. Sin embargo, las incapacidades relacionadas a, o causadas por, el alcoholismo o el abuso de drogas, que sean de carácter agudo o crónico, y estén bajo tratamiento médico, no tienen esta limitación.

Embarazo. Como con cualquier condición médica, su período de incapacidad entra en vigencia el primer día que usted no pueda realizar su trabajo normal o acostumbrado. Los beneficios del DI se determinarán en base al período de tiempo, certificado por su doctor, durante el cual usted no pueda realizar su trabajo normal o acostumbrado. NO envíe su solicitud de beneficios de incapacidad por embarazo, hasta la fecha en que su doctor la certifique como incapacitada.

NOTA: Para información acerca de beneficios para entablar lazos afectivos del programa del Permiso Familiar Pagado (PFL), vea la sección "Otros Programas" de este panfleto.

Es Posible Que No Tenga Derecho a Recibir Beneficios

- Si está recibiendo beneficios del Seguro de Desempleo o del Permiso Familiar Pagado.
- Si no está trabajando o buscando trabajo en el momento de encontrarse incapacitado/a.
- Si se encuentra detenido/a por haber sido convicto/a de un crimen.
- Si se le ha pagado la totalidad de sus salarios/jornales.
- Si está recibiendo beneficios de Compensación para Trabajadores por una cantidad semanal igual o mayor que la cantidad de beneficios del DI. Si estos beneficios de Compensación para Trabajadores se pagan por una cantidad menor a la cantidad del DI, es posible que se le pague la diferencia.
- Por el espacio de tiempo de demora de la solicitud de beneficios (sin causa justificada).
- Si hace una declaración falsa, o si no reporta un hecho relevante (Es posible que se le imponga una sanción del 30 por ciento si hay un pago indebido de beneficios, porque usted intencionalmente ocultó un hecho relevante, o hizo una declaración falsa.)
- Si no asiste a un examen médico independiente, según se le haya solicitado. (EDD paga el costo de tales exámenes.)

El Código del Seguro del Desempleo de California estipula sanciones que consisten de multas, encarcelamiento y la pérdida del derecho a beneficios por fraude contra el sistema del Seguro de Incapacidad.

Sus Derechos. Usted tiene derecho a:

- Saber la razón y la base de cualquier decisión que afecte sus beneficios.
- Apelar cualquier decisión sobre su derecho a recibir beneficios. (Las apelaciones tienen que enviarse por escrito a la oficina del DI.)
- Una audiencia de su apelación ante un Juez Administrativo (ALJ). Más aún, usted puede, apelar la decisión del Juez Administrativo (ALJ) con la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIAB) y ante los tribunales.
- La Privacidad. La información acerca de su solicitud de beneficios se mantendrá confidencial, excepto para los propósitos permitidos por la ley.

Sus Obligaciones. Usted es responsable de:

- Completar, de forma correcta, completa y veraz, su solicitud de beneficios y demás formularios.
- Enviar por correo su solicitud de beneficios y demás formularios dentro de los plazos límites indicados en los formularios. Si usted demora en enviar un formulario por correo, y cree que tiene un buen motivo que justifique la tardanza, debe incluir una explicación escrita de la razón (o razones) junto con el formulario.
- Comunicarse con el DI si no entiende una pregunta o no está seguro(a) cómo contestarla.
- Incluir su nombre y su número de Seguro Social en todas las cartas dirigidas al DI.

Comuníquese con el DI

- Por **teléfono** al: 1-800-480-3287 (inglés) 1-866-658-8846 (español)
- Por correo postal en Estados Unidos, a la oficina en que esté archivada su solicitud de beneficios al **http://www.edd.ca.gov/Disability/Contact_SDI.htm#bylocation**. Si no es actualmente un(a) solicitante, puede escribir a cualquier oficina Tramitadoras de solicitudes del DI.
- Por **TTY** (servicio de relevo televisual por escritura a máquina, solamente para personas sordas, con incapacidades auditivas e incapacidades verbales) al: **1-800-563-2441**
- Por correo electrónico al: **https://www.edd.ca.gov/About_EDD/Contact_EDD.htm**
- En persona, presentándose a cualquiera de las oficinas bajo el encabezado “Oficinas Tramitadoras de Solicitudes del DI”

Otros Programas

SI USTED **SE LESIONA EN EL TRABAJO**, o se enferma como resultado de su oficio, notifíquese a su empleador/patrón.

SI USTED ESTÁ **EN CONDICIONES FÍSICAS/MENTALES Y DISPONIBLE PARA TRABAJAR**, pero se encuentra desempleado/a, comuníquese con la Oficina del Seguro de Desempleo del EDD al **1-800-326-8937 (Servicio de TTY 1-800-815-9387)**.

SI USTED NECESITA AYUDA PARA **ENCONTRAR EMPLEO, CAPACITACIÓN PARA UN TRABAJO, NUEVA CAPACITACIÓN** u otros servicios para volver al trabajo, visite las Oficinas de Servicios en una Sola Parada más cercana, según se indica en las páginas blancas de su guía telefónica y en la Internet al: **www.servicelocator.org**

SI SU **INCAPACIDAD ES PERMANENTE** o se espera que continúe por un año o más, comuníquese a la Administración del Seguro Social de los EE.UU. al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778) o en la Internet al: **www.ssa.gov**

SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA DEJA DE TRABAJAR **PARA CUIDARLO A USTED**, comuníquese con el EDD, **Programa del Permiso Familiar Pagado (PFL) al 1-877-379-3819**.

SI UD. DEJA DE TRABAJAR PARA **ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS CON UN(A) HIJO(A NUEVO(A))**, incluyendo hijos(a) nuevos adoptados o hijos de crianza recién colocados o hijos de parejas domésticas registradas, comuníquese con el EDD, **Programa del Permiso Familiar Pagado (PFL) al 1-877-379-3819**.

NOTA: Un formulario del Permiso Familiar Pagado para la solicitud para entablar lazos afectivos será enviado automáticamente a las nuevas madres, con el cheque de pago final de beneficios DI.

SI USTED ES **VÍCTIMA DE UN CRIMEN**, llame al Programa de Compensación para Víctimas de California, al **1-800-777-9229**. Los usuarios del servicio TTY pueden comunicarse con el Programa por medio del servicio de **TTY en inglés al 1-800-735-2929** o de servicio de **TTY en español al 1-800-855-3000**. Usted también puede comunicarse al Centro de Ayuda para Víctimas/Testigos de su condado.

PREGUNTAS SOBRE LAS OBLIGACIONES DE MANUTENCIÓN DE LOS PADRES O EL ESPOSO/LA ESPOSA deben dirigirse a la Oficina del Fiscal del Distrito que emitió la orden del tribunal.

PREGUNTAS RELACIONADAS CON la obligación de la MANUTENCIÓN DE HIJOS deben de hacerse al Departamento llamado en inglés “Department of Child Support Services” al **1-866-249-0773**.

Oficinas Tramitadoras de Solicitudes DI

Alameda.....	1600 Harbor Bay Parkway, Suite 120 (escriba a: PO Box 1857, Oakland, CA 94604-1857)
Chico	645 Salem Street (escriba a: PO Box 8190, Chico, CA 95927-8190)
Chino Hills.....	15315 Fairfield Ranch Road, Suite 100 (escriba a: PO Box 60006, City of Industry, CA 91716-0006)
Eureka	409 K Street, Suite 201 Eureka, CA 95501-0529
Fresno	2550 Mariposa Mall, Room 1080A (escriba a: PO Box 32, Fresno, CA 93707-0032)
Long Beach	4300 Long Beach Blvd., Suite 600 (escriba a: PO Box 469, Long Beach, CA 90801-0469)
Los Angeles	888 S. Figueroa Street, Suite 200 (escriba a: PO Box 513096, Los Angeles, CA 90051-1096)
N. Los Angeles	15400 Sherman Way, Room 500 (escriba a: PO Box 10402, Van Nuys, CA 91410-0402)
Redding.....	1325 Pine Street (escriba a: PO Box 991898, Redding, CA 96099-1898)
San Bernardino.....	371 West 3rd Street (escriba a: PO Box 781, San Bernardino, CA 92402-0781)
San Diego.....	8977 Activity Rd, Bldg. B, Ste. 200 (escriba a: PO Box 120831, San Diego, CA 92112-0831)
San Francisco	745 Franklin Street, Room 300 (escriba a: PO Box 193534, San Francisco, CA 94119-3534)
San Jose.....	297 West Hedding Street (escriba a: PO Box 637, San Jose, CA 95106-0637)
Santa Ana	605 West Santa Ana Blvd., Bldg. 28 (escriba a: PO Box 1466, Santa Ana, CA 92702-1466)
Santa Barbara	128 East Ortega Street (escriba a: PO Box 1529, Santa Barbara, CA 93102-1529)
Santa Rosa.....	606 Healdsburg Avenue (escriba a: PO Box 700, Santa Rosa, CA 95402-0700)
Stockton	528 North Madison Street (escriba a: PO Box 201006, Stockton, CA 95201-9006)



STATE OF CALIFORNIA

LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT

***Este folleto es sólo para información general,
y no tiene ni fuerza ni efecto de ley,
regla u ordenamiento.***

El EDD es un empleador/programa de oportunidades equitativas. Servicios auxiliares y de asistencia para las personas discapacitadas, están disponibles cuando se solicitan. Peticiones para servicios, asistencia y/o formato alternativo necesitan hacerse llamando DI al 1-800-480-3287 (voz), o TTY al 1-800-563-2441, o PFL al 1-877-238-4373 o TTY 1-800-445-1312.