



## Configura y personalizar su cuenta:

- Personalice su cuenta en línea o con nuestra aplicación móvil para un mantenimiento fácil de la cuenta.
- Verificar tu información de contacto
- Agregar tus beneficiarios (las personas que heredarán tu Roth IRA en caso de tu muerte)
- Tú también puedes:
  - Cambiar tu porcentaje de contribuciones
    - **mínimo = 1%, máximo = 100% hasta los límites establecidos por el IRS para Roth IRAs**
  - Cambiar tus opciones de inversión.<sup>1</sup> Las opciones disponibles incluyen:
    - CalSavers Money Market Fund: 100% invertido en State Street Institutional U.S. Government Money Market Fund (clave: GVMXX)
    - CalSavers Target Retirement Funds, se invierte el 100 % en State Street Target Retirement Funds. Elija sus fondos según su edad.
    - CalSavers Core Bond Fund: 100% invertido en State Street Aggregate Bond Index Fund (clave: SSFEX)
    - CalSavers Global Equity Fund: Inversiones asignadas entre State Street Global All Cap Equity ex-US Index Fund (clave: SSGLX) y State Street Equity 500 Index Fund (clave: SSSYX), de acuerdo con una referencia de la industria financiera
    - CalSavers Sustainable Balanced Fund (Environmental, Social, Governance): 100% invertido en BNY Mellon Sustainable Balanced Fund (clave: DRAXX)
  - Decidir no participar en un incremento anual automático del porcentaje de contribuciones



## Realizar un retiro:

Puedes hacer un retiro de tus contribuciones en cualquier momento por internet o completando un formulario para solicitar distribuciones.<sup>1</sup> Consulta con un asesor fiscal calificado para discutir tus circunstancias particulares.

## Aprende más en [saver.calsavers.com](https://saver.calsavers.com).

<sup>1</sup> Si configura su cuenta y no elige una opción de inversión, sus aportaciones iniciales se invertirán en el CalSavers Money Market Fund durante 30 días. Después de ese período, sus ahorros existentes y futuras aportaciones se invertirán en un CalSavers Target Retirement Fund basándose en su edad. Las ganancias pueden estar sujetas a impuestos y se les puede aplicar una multa si usted es menor de 59 años y medio de edad y ha tenido su cuenta por menos de 5 años. Hable con un asesor fiscal para revisar y comprender las excepciones impositivas de penalización por distribución temprana del 10 %.

Todas las inversiones están sujetas a riesgos, incluyendo la posible pérdida del dinero que contribuyas a través de las deducciones de tu cheque de nómina. Deberías consultar a un asesor fiscal o financiero si tienes preguntas relacionadas con impuestos o inversiones.

*El CalSavers Retirement Savings Program ("CalSavers" o el "Programa") es una Cuenta Individual de Jubilación (IRA) con deducción de nómina de inscripción automática supervisada por CalSavers Retirement Savings Board ("Board"). Ascensus College Savings Recordkeeping Services, LLC ("ACSR") es el administrador del programa. ACSR y sus filiales llevan a cabo las operaciones diarias del programa. Los participantes que ahorran a través de CalSavers son dueños de su cuenta IRA y tienen el control sobre esta, de conformidad con los términos detallados en el folleto informativo del programa que está disponible en [saver.calsavers.com](https://saver.calsavers.com). CalSavers no está patrocinado por el empleador, quien por lo tanto no es responsable del Programa o de su patrocinio. A los empleadores no se les permite patrocinar al Programa ni alentar o aconsejar a los empleados sobre si participar, cuánto (si es que corresponde) aportar o brindar ayuda de inversión.*

*CalSavers ofrece opciones de inversión seleccionadas por el Board. Para obtener más información sobre las opciones de inversión de CalSavers, visite [saver.calsavers.com](https://saver.calsavers.com). Los saldos de las cuentas CalSavers varían de acuerdo con las condiciones del mercado. Las inversiones en CalSavers no están garantizadas ni aseguradas por el Board, el estado de California, la Federal Deposit Insurance Corporation o cualquier otra organización.*

*CalSavers es un plan de jubilación totalmente voluntario. Los ahorristas pueden excluir su participación en cualquier momento y también reducir o aumentar sus aportes de nómina. Si un ahorrista opta por salir, puede optar más tarde por regresar a CalSavers.*

*El ahorrar a través de una cuenta IRA podría no ser apropiado para todas las personas. Que su empleador le ofrezca usar CalSavers no debe considerarse como un aval o una recomendación del empleador para participar en CalSavers, las cuentas IRA o las opciones de inversión que se ofrecen a través de CalSavers. Las cuentas IRA no son exclusivas de CalSavers, pueden obtenerse fuera del Programa y se les puede aportar fondos no provenientes de las deducciones de nómina. El contribuir con una cuenta IRA de CalSavers a través de deducciones de nómina provee ciertos beneficios y trae algunas consecuencias fiscales. Sin embargo, no todos son elegibles para contribuir con una cuenta IRA Roth y los ahorristas deben consultar a un asesor fiscal o financiero si tienen preguntas relacionadas con impuestos o inversiones. Los empleadores no ofrecen consejo financiero y los empleados no deben contactar al empleador para solicitar dicho consejo. Los empleadores deben referir todas las preguntas sobre el Programa a CalSavers. Los empleadores no son responsables de las decisiones que toman los empleados de conformidad con el Artículo 100034 del Código Gubernamental de California.*

524651-SFRP-CA-S-526604 (06/21)



[saver.calsavers.com](https://saver.calsavers.com)



855-650-6918



Mon - Fri 8 a.m. - 8 p.m. PST

**AVISO AL EMPLEADO**  
*Sección 2810.5 del Código de Trabajo*

**EMPLEADO**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

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

**EMPLEADOR**

Nombre legal del empleador contratante: Hilltown Packing Co., Inc.

¿El empleador contratante es una agencia/compañía de empleo (por ejemplo, agencia de colocación de trabajadores temporales, agencia de empleados temporales, u organización de empleadores profesionales [PEO, por sus siglas en inglés])?  Sí  No

Otros nombres con los cuales el empleador contratante "realiza negocios" (si aplica):  
\_\_\_\_\_

Dirección física de la oficina principal del empleador contratante:

9 Harris Place Suite A, Salinas, CA 93901

Dirección postal del empleador contratante (si es diferente a la de arriba):  
\_\_\_\_\_

Número telefónico del empleador contratante: (831) 784-1931

Si el empleador contratante es una agencia/compañía de colocación de trabajadores (la casilla de arriba está marcada "Sí"), a continuación se encuentra la otra entidad para la cual el empleado trabajará:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección física de la oficina principal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SALARIO**

Tasa(s) de pago: \$17.75 p/h o pago a destajo, cual seamayor (vea tarifas adjuntas) Tasa(s) de pago de horas extra: \$26.63 p/h o pago a destajo, cual seamayor (vea tarifas adjuntas)

Tasa por (marque una casilla):  Hora  Turno  Día  Semana  Salario  A destajo  Comisión

Otra (proporcione detalles): \_\_\_\_\_

¿Existe un acuerdo por escrito que proporcione la(s) tasa(s) de pago? (marque una casilla)  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿todas las tasas de pago y sus bases están contenidas en ese acuerdo por escrito?  Sí  No

Asignaciones, si las hubiere, reclamadas como parte del salario mínimo (incluyendo asignaciones por concepto de comidas o alojamiento):  
\_\_\_\_\_

(Si el empleado ha firmado el acuse de recibo a continuación, el mismo no constituye un "acuerdo escrito voluntario" requerido por la ley entre el empleador y el empleado para poder considerarlo como un crédito por concepto de comidas o alojamiento contra el salario mínimo". Cualquiera de tales acuerdos escritos voluntarios deberán documentarse por separado.)

Día regular de pago: Jueves

## INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO

Nombre de la aseguradora: Old Republic Insurance Co. /Administrator de Reclamos-CCMSI  
Dirección 2 East Main St Suite 208, Danville, IL 61832  
Número telefónico: (925) 685-0653  
No. de la póliza.: MWC3131925  
 Auto asegurado (Código de Trabajo 3700) y número de certificado del consentimiento para auto asegurarse: \_\_\_\_\_

## HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS

Salvo que esté exento, el empleado identificado en este aviso tiene derecho a los requisitos mínimos para horas de enfermedad pagadas bajo la ley del estado que estipula que un empleado:

- Puede acumular tiempo horas de enfermedad pagadas (paid sick leave) y puede solicitar y usar hasta 5 días o 40 horas, lo que sea mas, de horas de enfermedad pagadas acumuladas al año;
- No podrá ser despedido o no se podrán tomar represalias contra él por utilizar o por solicitar el uso de horas de enfermedad pagadas y
- Tiene derecho de presentar una demanda contra el empleador que tome represalias o discrimine contra un empleado por
  - solicitar o utilizar días por concepto de horas de enfermedad pagadas;
  - intentar ejercer el derecho de utilizar días acumulados por concepto de horas de enfermedad pagadas;
  - presentar una demanda o alegar una violación de la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California;
  - cooperar en una investigación o enjuiciamiento debido a una presunta violación de este Artículo u oponerse a cualquier política o práctica o actuación que sea prohibida por la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California.

Lo siguiente aplica al empleado identificado en este aviso. *(Marque una casilla)*

1. Acumula horas de enfermedad pagadas únicamente según los requisitos mínimos previstos en el Código de Trabajo §245 y siguientes con ninguna otra póliza del empleador que proporcione términos adicionales o diferentes para acumular y utilizar las horas de enfermedad pagadas.
2. Acumula horas de enfermedad pagadas según la póliza del empleador que satisface o excede los requisitos de acumulación, traslado, y uso del Código de Trabajo §246.
3. El empleador no puede dar menos de 40 horas (o 5 días) de enfermedad pagadas al principio de cada período de 12 meses.
4. El empleado está exento (o parcialmente exteno) de la protección de ser pagado por concepto de horas de enfermedad pagadas según el Código de Trabajo §245.5. (Proporcione la exención y la sub-sección específica para la exención):

## DIVULGACIÓN PARA EMERGENCIAS O DESASTRES

Hay una declaración estatal o federal de emergencia o desastre aplicable al condado o condados donde el empleado trabajara emitido en los 30 días antes del primer día de empleo del empleado y que puede afectar su salud y seguridad durante el trabajo. (Declaración estatal de emergencia o desastre y cómo afecta la salud o la seguridad).

## ACUSE DE RECIBO *(Opcional)*

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE MODLE del representante del empleador)

X

\_\_\_\_\_  
(FIRMA del representante del empleador)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE del empleado)

X

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL empleado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

La firma del empleado en este aviso únicamente constituye un acuse de recibo.

La sección 2810.5(b) del Código de Trabajo requiere que el empleador le notifique a usted por escrito de cualquier cambio a la información establecida en este Aviso dentro de los siete días continuos después del momento de los cambios, a menos que uno de los siguientes aplique:

(a) Todos los cambios son reflejados en un recibo puntual de sueldo provisto según la sección 226 del Código de Trabajo; (b) El aviso de todos los cambios se provee en otro escrito requerido por la ley dentro de siete días a partir de los cambios.

**POLÍTICA DE PRECIO POR PIEZA**

1. Hilltown Packing Co., Inc. (el "Empleador") cuenta con un sistema de precio por pieza, que le paga a los empleados por la cantidad que el equipo de trabajo produce diariamente. La compensación de precio por pieza se determina en base al grupo, lo que significa que toda la compensación recibida por la producción por trabajo a destajo se divide entre todos los empleados del grupo excepto el capataz, el conductor del tractor y cualquier otro empleado por hora. El número de cajas producidas por el grupo será multiplicado por el precio de pieza correspondiente y luego dividido equitativamente por el número de personas que trabajen en el grupo durante cada día o en cada campo. Este precio por pieza tiene la intención de compensar a los empleados por ciertos períodos de tiempo en los que los empleados no están involucrados en el proceso de empaque, cosecha y/o carga de la mercadería. Dichos momentos incluyen ir al baño, lavarse las manos y lavar las herramientas usadas para la producción, escuchar las instrucciones del capataz u otros supervisores sobre el trabajo a ser realizado, hacer giros al final del campo, cuando hay que mover la máquina, trasladarse a campos adyacentes en la misma hacienda y otros períodos de tiempo cortos durante la jornada laboral cuando la producción se detiene.

Los empleados que trabajan a pago por pieza recibirán pago de \$17.75 por hora durante recesos de descanso, por horas de trabajo en las que se les solicite esperar, viajar, trasladarse a otra hacienda, capacitación de seguridad y otras capacitaciones que no estén directamente relacionadas con la producción. Los empleados en el departamento de fresa serán pagados a \$16.90 por hora por lo mencionado anteriormente.

2. Los precios de las piezas que han sido establecidos por la Compañía están adjuntos al presente como Adjunto A.

**PIECE RATE POLICY**

1. Hilltown Packing Co., Inc. ("Employer") has a piece rate system, which pays employees for the amount that the crew produces on a daily or field basis. The piece rate compensation is determined on a crew basis, which means that all compensation received from piecework production is divided among all employees in the crew except the foreman, the tractor driver, and any other hourly employee. The number of boxes produced by the crew will be multiplied by the applicable piece rate and then divided equally by the number of people working in the crew during each day or in each field. This piece rate is intended to compensate employees for certain periods of time when employees are not actually engaged in the process of packing, harvesting, and/or loading the commodity. Such time includes going to the bathroom, washing hands and tools used for production, listening to instructions from the foreman or other supervisors concerning the work to be performed, making turns at the end of the field, when the machine has to be moved, moving to adjacent fields on the same ranch, and other small periods of time during the workday when production stops.

Employees working by piece rate will be compensated at \$17.75 per hour during rest periods, for work hours when requested to wait, travel when transported to another ranch, safety training, and other training that is not directly related to production. Employees in the strawberry department will be compensated at \$16.90 per hour for the previously mentioned duties/designations.

2. The piece rates that have been established by the Company are attached hereto as Attachment A.

PAY RATES/TARIFAS DE PAGO			
<b>Broccoli</b>			
Pack	Rate		
Bunch- 14, 18, 22	\$ 1.78		
Totes	\$ 4.07		
Crowns	\$ 1.90		
Export	\$ 2.51		
Florets	\$ 2.04		
42ct	\$ 2.94		
Bins	\$ 61.97		
Bags	Per hour		
<b>Cauliflower</b>			
Pack	Rate		
Cartons-12, 16, 9, 8	\$ 1.91		
Cartons-STICKER	\$ 1.98		
4 Count	\$ 0.96		
RPC 16's	\$ 2.45		
RPC Stickers	\$ 2.53		
Totes	\$ 1.79		
Bins			
<b>Celery/CA</b>			
Pack	Rate	Humps	
Hearts-18's	\$ 2.26	\$	
Hearts-22's	\$ 2.49	\$	
Naked	\$ 1.80	\$	
Export Sleeve	\$ 2.21	\$	
Sleeve	\$ 2.11	\$	
Shank	\$ 1.86	\$	
8x3	\$ 2.11	\$	
4/5	\$ 2.31	\$	
Bands	\$ 2.31	\$	
Hrt Material	\$ 1.09		
Packing Hrt 18's	\$ 1.18		
Packing Hrt 22's	\$ 1.41		
<b>Assistant Foreman</b>			\$19.35 p/h
<b>Strawberries</b>			
Clamshell 1lb / 2lb / 4lb			\$1.95
Clamshell Stems			\$1.92
Pints 12x1			\$1.95
1lb Export			\$2.55
Totes Juice			\$1.95
Totes Juites While Picking Clamshells			\$2.10
Totes Freezer/Conjeadora*			\$3.10
Foreman			\$20.50
Checker Hourly Wage			\$18.50
Strawberry Loader			\$17.75
<b>Strawberry Pay Rates/Tarifa de Pago Para Fresas</b>			
La tarifa de pago será de \$16.90 por hora o la combinación de pago por pieza y \$6.25 por hora, se pagará la tarifa mayor.			
El pago por pieza será independiente, no se paga en combinación con la cuadrilla.			
*El base de pago por hora de \$6.25 es excluido (no es pagado) al cosechar/ Totes para la congeladora.			
<b>Lettuce</b>			
Pack	Rate		
Export 38's	\$ 2.48		
Bins	\$ 17.25		
CL Trin	\$ 1.86		
Export Half	\$ 1.29		
Export-Japan 17-18's	\$ 3.52		
Export-Taiwan 19-20's	\$ 4.26		
Jumbo 30's, Export Jbo 30's	\$ 2.28		
Jumbo 30's, Export Jbo 30-STICKER	\$ 2.46		
Jumbo 30J Export	\$ 1.91		
Liner, Jbo Liner, NPT	\$ 1.59		
Wrap 24, 30; Jbo 24; Exp 24, 30, 8x3	\$ 1.95		
Wrap; Jbo; Exp-STICKER	\$ 2.10		
Naked Pal/Half	\$ 1.05		
Shuttle Driver/ Saca Trailas			\$18.75 p/h
<b>Mix Lettuce</b>			
Pack	Rate		
12's (Grn, Red, Rmn, Butter)	\$ 0.71		
2.31 12's Scan ( Grn, Red, Rmn, Butter)	\$ 0.76		
2.54 12's (Endive, Escarole)	\$ 0.81		
1.85 12's Scan (Endive, Escarole)	\$ 0.88		
2.26 Bag 4x6	\$ 1.39		
2.16 Liner (Grn, Red, Rmn, Butter)	\$ 1.18		
1.91 Liner (Endive, Escarole)	\$ 1.28		
2.16 MINI Bins	\$ 1.61		
2.26 Naked (Grn, Red, Rmn, Butter)	\$ 1.10		
2.26 Naked (Endive, Escarole)	\$ 1.20		
Sleeve	\$ 1.75		
Wrap 12's	\$ 1.46		
Wrap 18's	\$ 1.92		
<b>Hearts</b>			
12x3	\$ 2.12		
15x3	\$ 2.38		
18x2	\$ 2.21		
48's	\$ 2.12		
Export 38's & 40's	\$ 2.12		
7x6	\$ 2.45		
Mini Bin 64 Count	\$ 2.53		
Mini Bin 84 Count	\$ 3.43		
<b>Transportation</b>			
Daily Premium Bus Dvr: \$80.00 VanPool Dvr: \$40.00			
<b>Pago Por Orientacion</b>			
\$17.75 por hora por el tiempo de orientacion. \$17.75 for orientation training time.			
Pay rates for CA/Tarifa de Pago para CA Rate of pay will be \$17.75 per hour or combined crew piece rate, whichever is highest. In-Crew Tractor Driver pay rate is \$17.75 per hour.			
La tarifa de pago será de \$ 17.75 por hora o la combinación en cuadrilla de pago por pieza, se pagará la tarifa mayor. La tarifa del tractorista para la cuadrilla será de \$17.75 por hora.			



Dirección postal:  
9 Harris Place Suite A  
Salinas, CA 93901

Hilltown Packing Co.

COBRA

### Continuación de la cobertura de salud grupal para personas calificadas

Cuando aplique, la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985* o COBRA, por sus siglas en inglés) requiere que su plan grupal le permita a las personas que califiquen (descritas a continuación) continuar su cobertura de salud grupal después de que finalice. El término "cobertura de salud grupal" incluye toda cobertura médica, dental, de cuidado de la vista y medicamentos recetados incluidas en su plan de salud grupal.

Este formulario es un resumen general de COBRA y su intención es proveer información sobre sus derechos y obligaciones COBRA. El libretto certificado o el Administrador del Plan pueden proveer una descripción de las provisiones del plan y los beneficios. Si es elegible para COBRA recibirá una notificación específica y un formulario de elección. Nota: COBRA no está disponible para parejas domésticas o para los hijos dependientes de parejas domésticas.

**(A) Personas calificadas y eventos calificativos.** Debe ofrecerse la continuación de la cobertura de salud grupal a las siguientes personas si, de otro modo, pudieran perder esa cobertura como resultado de los siguientes eventos calificativos:

- (1) un miembro (y sus dependientes cubiertos) después de que el miembro: (a) termina el empleo por motivos diferentes a una falta grave, o (b) experimenta una reducción en las horas de trabajo.

La reducción en las horas de trabajo incluye, pero no se limita a, permiso laboral, despido, continuación debido a enfermedad o lesión o, cuando aplique, jubilación.

(Nota: el tomar un permiso laboral bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) no es un evento calificativo bajo COBRA. Un miembro experimenta un evento calificativo cuando el miembro no regresa al trabajo después de que finalice la ausencia FMLA.)

- (2) El ex cónyuge de un miembro (y cualquier hijo dependiente) después de divorciarse o separarse legalmente del miembro.
- (3) El cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes de un miembro tras el fallecimiento del miembro.
- (4) El hijo dependiente de un miembro después de perder el estado de dependiente según los términos del plan (alcanzar la edad máxima, matrimonio, enlistarse en las fuerzas armadas, etc.).
- (5) El hijo dependiente de un miembro que ha nacido o es adoptado cuando el miembro se encuentra bajo la continuación COBRA debido a la terminación de empleo o reducción en las horas de trabajo.

**(B) Periodo de continuación máximo.** Para un evento calificativo, la cobertura de salud grupal puede continuar hasta el periodo de continuación máximo. El periodo de continuación máximo para un miembro (y cualquiera de los dependientes cubiertos) después de la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo es de 18 meses a partir de la fecha del evento calificativo. El periodo de continuación máximo para un hijo dependiente que ha nacido o ha sido adoptado cuando el miembro se encuentra bajo la continuación COBRA se extenderá para coincidir con el periodo de continuación máximo del miembro.

después de la terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo, una persona calificada puede solicitar una extensión de la continuación COBRA de 11 meses por discapacidad. La continuación máxima de COBRA será de 29 meses a partir la fecha del evento calificativo (para más información, ver la sección D).

El periodo de continuación máxima para el dependiente después de un evento calificativo descrito en las secciones A (2) a la A (4) es de 36 meses a partir de la fecha del evento calificativo.

**Nota:** si la cobertura del dependiente terminara antes de un divorcio o separación legal, el periodo de 36 meses comenzará a partir de la fecha del divorcio o separación legal.

**(C) Segundo evento calificativo.** Si durante el periodo de continuación de 18 meses (o 29 meses para personas que califican para la extensión por discapacidad) ocurre un evento calificativo de los descritos en las secciones A (2) a la A (4), el periodo de continuación máximo podrá extenderse hasta 36 meses para los dependientes cualificados. Es decir: después de un segundo evento calificativo los dependientes cualificados pueden continuar hasta un máximo de 36 meses a partir de la fecha de terminación de empleo o reducción de las horas de trabajo. La extensión solo está disponible si el segundo evento calificativo descrito en las secciones A (2) a la A (4), en ausencia del primer evento calificativo, tiene como resultado la pérdida de la cobertura para los dependientes según el plan de salud grupal. El hijo de un participante que ha nacido o tiene acogido en proceso de adopción mientras el miembro está en continuación de COBRA también puede ser elegible para un segundo evento calificativo ocurrido antes del nacimiento o de la adopción.

**(D) Extensión por discapacidad.** Después de la terminación del empleo o de la reducción de las horas de trabajo, una persona calificada (miembro o dependiente) que haya sido declarada discapacitada por la Administración del Seguro Social antes o dentro de los 60 días siguientes a un evento calificativo, puede solicitar una extensión de la continuación COBRA de 18 hasta 29 meses. El hijo dependiente de un miembro que ha nacido o que tiene acogido en proceso de adopción cuando el miembro se encuentra bajo la continuación COBRA también califica para la extensión por discapacidad si la Administración del Seguro Social determina que el hijo es discapacitado dentro de los 60 días después de la fecha de nacimiento o que lo tiene acogido en proceso de adopción. La extensión por discapacidad también aplica a cada persona calificada (la persona discapacitada o cualquier miembro familiar) que no esté discapacitada y que se encuentre cubierto por la continuación COBRA como resultado de la terminación del empleo o de la reducción de las horas de trabajo. La extensión de 11 meses para todas las personas calificadas terminará: (a) 30 días después de la fecha en la que la persona discapacitada ya no sea calificada como tal por el Seguro Social; o (b) la fecha en la que normalmente finalizaría la continuación COBRA (ver sección E), lo que ocurra primero.

**(E) Terminación de la continuación COBRA.** La continuación COBRA finalizará cuando:

- (1) finalice el periodo de continuación máximo;
- (2) la fecha en la que la persona calificada se inscribe en Medicare; sin embargo, esto no aplica a una persona que ya está inscrita en Medicare en la fecha en la que elige COBRA o una persona que está cubierta por COBRA debido a que el empleador declara la bancarrota como se describe en la sección A (7);
- (3) la finalización del último periodo de cobertura pagado si el pago no se hace antes de que finalice el periodo de gracia (ver sección I);
- (4) la fecha en la que termina el plan de salud grupal (y no se reemplaza por otro plan de salud grupal);
- (5) la persona calificada esté cubierta por y satisfaga la provisión de exclusión preexistente de otro plan de salud grupal; sin embargo, esto no aplica a una persona ya cubierta por otro plan de salud grupal en la fecha que elige COBRA;

**Nota:** Las personas que después de la fecha de elección de la continuación COBRA adquieren el derecho a Medicare o son cubiertas por otro plan de salud grupal y han cumplido con la provisión de exclusión preexistente, no son elegibles para la continuación de la cobertura.

**(F) Requisitos de notificación de I administrador del plan/empleador.** Cuando un miembro o dependiente cubierto experimenta un evento calificativo debido a la terminación del empleo, la reducción en las horas de trabajo o el fallecimiento del miembro, el empleador debe notificar el evento calificativo al administrador del plan. El administrador del plan debe notificar a la persona calificada de su derecho de elegir la continuación COBRA en un plazo de 14 días después de recibir la notificación de evento calificativo del empleador.

**(G) Requisitos de elección y notificación para la persona calificada.** Las personas calificadas deben notificarle al administrador del plan dentro de los 60 días después de: (a) la fecha del evento calificativo (es decir, divorcio, separación legal, o un hijo que deja de ser dependiente según los términos del plan de salud grupal); (b) la fecha en la que la persona calificada de otro modo perdería la cobertura como resultado de un evento calificativo; o (c) la fecha en la que se le informa por primera vez a la persona calificada de la obligación de esta notificación; de lo contrario el derecho al periodo de continuación de COBRA finalizará. Este periodo de notificación de 60 días aplica al primer y al segundo evento calificativo.

Las personas calificadas que soliciten una extensión de COBRA por discapacidad deben enviar una solicitud por escrito al administrador del plan antes de que finalice el periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA y en un plazo de 60 días después de la última de las siguientes fechas: (a) la fecha de determinación de discapacidad por parte de la Administración del Seguro Social; (b) la fecha del evento calificativo; (c) la fecha en la que la persona calificada de otro modo perdería la cobertura como consecuencia de un evento calificativo; o (d) la fecha en la que se le informa por primera vez a la persona calificada de la obligación de esta notificación; de lo contrario el derecho a la extensión por discapacidad finalizará. Las personas calificadas también deben notificarle al administrador del plan dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que la Administración del Seguro Social determina que la persona calificada ya no está discapacitada.

La notificación de un evento calificativo al administrador del plan se debe hacer por escrito y debe incluir la siguiente información: (a) nombre y número de identificación del miembro y de cada beneficiario calificado; (b) tipo y fecha del primer o segundo evento calificativo; (c) si la notificación es para una extensión por discapacidad, se deben incluir copias de todas las cartas de la Administración del Seguro Social y la Notificación de Determinación; y (d) el nombre, dirección y número de teléfono donde se pueda contactar la persona calificada (o el representante legal) para que el administrador del plan pueda ponerse en contacto con ella en caso de que necesite información adicional para determinar los derechos de la cobertura COBRA.

En un plazo de 14 días después de recibir la notificación de evento calificativo de la persona calificada, el administrador del plan debe proveer a la persona calificada con la notificación de elección.

Las personas calificadas deben realizar una elección por escrito dentro de los 60 días siguientes a: (a) la fecha en que finalice la cobertura de salud grupal; o (b) la fecha de la notificación de elección del administrador del plan. La notificación de elección debe devolverse al administrador del plan dentro de este periodo de 60 días; de lo contrario, el derecho a elegir la continuación de COBRA finalizará.

Toda persona calificada tiene el derecho independiente de elegir la cobertura COBRA. Un miembro cubierto puede elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de su cónyuge cubierto. Un miembro, padre, madre o tutor legal cubierto puede elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de su hijo dependiente cubierto.

Con fines de proteger los derechos de COBRA, se le debe informar al administrador del plan de todo cambio de dirección de los miembros y dependientes con cobertura. Guarde copias de toda notificación que le envíe al administrador del plan.

- (H) Costo mensual.** Las personas que elijan la continuación COBRA pueden estar obligadas a pagar el 102% del costo por la cobertura aplicable (COBRA permite incluir una tarifa de cobro del 2%). Las personas que califican para la extensión por discapacidad y que no forman parte de la unidad familiar que incluye a la persona discapacitada, están obligadas a pagar el 102% del costo de la continuación de la cobertura durante el periodo de extensión. Las personas que califican para la extensión por discapacidad y que no forman parte de la unidad familiar que incluye a la persona discapacitada, pueden estar obligadas a pagar el 148% del costo de la cobertura aplicable (y una tarifa de cobro del 2%) durante los meses de cobertura 19-29 (o hasta el mes 36 si ocurre un segundo evento calificativo durante el periodo de extensión por discapacidad).
- (I) Periodo de gracia.** Las personas calificadas tienen 45 días después de la elección inicial para enviar el primer pago. El primer pago debe incluir todos los pagos vencidos cuando sea enviado. Todos los demás pagos (excepto el primer pago) se considerarán realizados a tiempo si se efectúan dentro del periodo de gracia del plan. Los reclamos solo se aceptarán hasta la última fecha pagada.
- (J) Cambios al plan.** La continuación COBRA está sujeta a los mismos beneficios y cambios de tarifa que aplican al plan de salud grupal.
- (K) Dependientes adquiridos recientemente.** Una persona calificada puede optar por la cobertura para un dependiente adquirido durante la continuación COBRA. Todos los requisitos de inscripción y notificación que les corresponden a los dependientes de los miembros activos se aplican a los dependientes adquiridos por las personas calificadas durante la continuación COBRA. La persona calificada debe solicitar al Administrador del Plan la cobertura de dependientes adquiridos recientemente. Consulte el libretto certificado para ver las disposiciones referentes a la elegibilidad de dependientes y las fechas de entrada en vigor.
- La cobertura para los dependientes adquiridos recientemente finalizará en las mismas fechas descritas en la Sección B. Excepción: no se extenderá la cobertura para los dependientes adquiridos recientemente que no sean el hijo que ha nacido o tiene acogido en proceso de adopción por el miembro según la sección A (5), como resultado de un segundo evento calificativo descrito en la sección C.

**Informacion de Administrador del Plan y Recibo de COBRA**

**Información de contacto del Administrador del plan.** Para notificarle al administrador del plan del primer o segundo evento calificativo, solicitar una extensión por discapacidad, solicitar la terminación de la cobertura COBRA, cambiar la dirección o solicitar información adicional relacionada con el plan de salud grupal o COBRA, comuníquese con:

Plan de salud grupal: Hilltown Packing Co., Inc. Group Health Plan

Nombre/área de contacto: Recursos Humanos - Administrador de COBRA

Dirección: 9 Harris Place Suite A Salinas CA 93901

Número de teléfono: (831) 784-1931

-----

**CORTE Y ENVÍE ESTE RECIBO.**

Reconozco haber recibido de Hilltown Packing, Co., Inc. una copia del ejemplo de notificación general de continuación de la cobertura de salud grupal para personas calificadas. La notificación me informa a mí y a mis dependientes de los derechos y obligaciones para la continuación de la cobertura de salud grupal según la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/dependiente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

El miembro y el cónyuge/dependiente deben firmar el recibo. Cortar y devolver a:

(administrador del plan) Hilltown Packing Co., Inc.

(calle o apartado de correos) 9 Harris Place Suite A,

(ciudad, estado y código postal) Salinas, CA 93901

-----

**EMPLOYEE COPY**



# Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado  
OMB n.º 1210-0149  
(vence el 31 de diciembre de 2026)

## PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

### ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

### ¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

### ¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %<sup>1</sup> de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.<sup>12</sup>

**Nota:** si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

<sup>1</sup> Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

<sup>2</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

## ¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

## ¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

## ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con

Recursos Humanos

---

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

## PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador <b>Hilltown Packing Co., Inc.</b>		4. Número de identificación patronal (EIN) <b>77-0141548</b>	
5. Dirección del empleador <b>9 Harris Place Suite A</b>		6. Número de teléfono del empleador <b>(831) 784-1931</b>	
7. Ciudad <b>Salinas</b>	8. Estado <b>CA</b>	9. Código postal <b>93901</b>	
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? <b>Dpt. de Recursos Humanos</b>			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico <b>hr@naturesreward.com</b>	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
  - Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

**Todos los empleados de tiempo completo.**

- Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

- Respecto a los dependientes:
  - Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

- No ofrecemos cobertura.

- Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

\*\* Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? **El primero del mes después de un período de 60 días de espera.**

No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con la norma de valor mínimo\*?

Sí (Pase a la pregunta 15)  No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo\* **ofrecido solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ 0.00

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente

trimestralmente

Anualmente

Si el año del plan termina pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? \_\_\_\_\_

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente

Trimestralmente

Anualmente

\* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986]



## Lugar de Trabajo en California - Conozca sus Derechos

Como trabajador en California, usted tiene el derecho de conocer y ejercer sus derechos laborales y constitucionales. Las leyes laborales, incluyendo, entre otras, los estándares para salarios, jornadas laborales y salud y seguridad se aplican a todos los trabajadores en el estado, *sin importar su estatus migratorio*.

Es contra la ley que su empleador tome represalias en su contra por ejercer sus derechos, entre los que se incluyen:

- Presentar una denuncia ante la Comisionada Laboral, Cal/OSHA, el Departamento de Derechos Civiles u otra agencia gubernamental.
- Preguntar sobre el cumplimiento de las leyes federales, estatales o locales por parte de su empleador.
- Hablar con otras personas sobre sus derechos o ayudarlas a ejercer sus derechos según la ley federal, estatal o local.

Algunos ejemplos de represalias ilegales son el despido, la reducción de las horas de trabajo o la amenaza de denunciar a usted o a un familiar ante las autoridades de inmigración por haber ejercido sus derechos.



### Protecciones en el Lugar de Trabajo relacionadas con el Estatus Migratorio

#### Su derecho a recibir un Aviso de Inspecciones de Inmigración ([Código Laboral § 90.2](#))

Si su empleador recibe un aviso sobre una próxima inspección de una agencia de inmigración de los formularios I-9 de Verificación de Elegibilidad de Empleo u otros registros de empleo, su empleador debe publicar un aviso informando a los trabajadores y a su representante sindical, si corresponde, dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de dicho aviso.

## Sus protecciones contra prácticas injustas relacionadas con inmigración ([Código Laboral §§ 1019-1019.2](#))

Según la ley de California, es ilegal que los empleadores tomen represalias en su contra o le amenacen con tomar medidas relacionadas con inmigración cuando usted ejerce sus derechos. Se prohíbe al empleador tomar cualquiera de las siguientes medidas porque usted haya ejercido sus derechos:

- Negarse a aceptar documentos de identificación durante el proceso I-9 (prueba de identidad y permiso federal para trabajar) que parezcan ser auténticos.
- Utilizar E-Verify de una forma no requerida ni autorizada por la ley.
  - Por ejemplo, utilizar E-Verify para volver a verificar la elegibilidad laboral de un empleado cuando no existe la obligación legal de hacerlo, o seleccionar solo a determinados trabajadores en lugar de a todos los trabajadores de un lugar de trabajo sin una base legítima para hacerlo.
- Denunciar o amenazar con denunciar a usted o a su familia ante las autoridades de inmigración.
- Presentar o amenazar con presentar cualquier informe falso ante la policía o una agencia estatal o federal.



## Su derecho a designar un contacto de emergencia ([Código Laboral § 1555](#))

Su empleador **debe** permitirle proporcionar información de contacto de emergencia e indicar si desea que se notifique al contacto de emergencia en caso de que usted sea arrestado o detenido en el trabajo. Si usted es arrestado o detenido en el trabajo y su empleador tiene conocimiento de ello, su empleador **debe** notificarlo a su contacto de emergencia designado, si usted elige esa opción.



## Su derecho a organizar un sindicato o participar en actividades protegidas en el lugar de trabajo

La mayoría de los empleados de California tienen derecho a organizarse, afiliarse o participar en actividades sindicales. Los empleados también tienen derecho a actuar de forma conjunta con sus colegas de trabajo para abordar cuestiones e inquietudes relacionadas con el trabajo a fin de mejorar las condiciones laborales o con el propósito de negociar colectivamente. **Esto significa que tiene derecho a unirse a sus colegas de trabajo para solicitar mejores condiciones laborales o plantear inquietudes relacionadas con el trabajo, incluyendo salarios, horarios, salud y seguridad, y otras condiciones de empleo.** También tiene derecho a no participar en actividades sindicales o actividades protegidas. Es ilegal que su empleador:

- Interfiera o desanime su actividad sindical o actividades protegidas.
- Amenazarle, tomar represalias en su contra o discriminarle por su apoyo al sindicato o por sus actividades protegidas.



## Sus derechos al interactuar con las autoridades policiales, incluidos los agentes de inmigración, en el lugar de trabajo

Los trabajadores de California tienen ciertos derechos y protecciones bajo la Constitución de los Estados Unidos, *sin importar su estatus migratorio*, incluso cuando las autoridades policiales (incluyendo a un agente federal de inmigración) se acerquen a usted. Además, según la ley de California, las autoridades estatales y locales no pueden ayudar a las agencias federales, como ICE, a hacer cumplir las leyes de inmigración en la mayoría de los casos.



### Su derecho a no ser objeto de registro de cuerpo y artículos personales injustificados (*Constitución de los Estados Unidos, 4ª Enmienda*)

- Si las autoridades policiales, incluidos los agentes de inmigración, le preguntan si pueden catearle o registrar sus pertenencias personales, a menos que tengan una orden judicial que autorice específicamente el registro de su persona o sus pertenencias personales, usted tiene derecho a negarse.
- Si el agente lleva a cabo el cateo, aunque usted se niegue, mantenga la calma, no oponga resistencia física y no huya.



Las autoridades policiales pueden entrar en *áreas públicas* sin una orden judicial. Las áreas públicas pueden incluir el vestíbulo o salón, la sala de espera, el comedor colectivo o el estacionamiento de un lugar de trabajo. En la mayoría de los casos, las autoridades responsables de hacer cumplir la ley necesitan una [orden judicial](#), firmada por un juez, para entrar sin consentimiento en las *áreas no públicas* de su lugar de trabajo. Las áreas no públicas pueden incluir una sala de descanso, un servicio sanitario para empleados, un espacio de trabajo o cualquier área marcada como “solo para empleados”. Los formularios administrativos, como el I-200 o el I-205, no son una orden judicial.

En California, su empleador tiene prohibido dar su consentimiento voluntario a un agente de inmigración para que entre en áreas *no públicas* del lugar de trabajo. Sin una orden judicial, su empleador debe negar el acceso a las autoridades de inmigración a las áreas *no públicas* del lugar de trabajo.

Se puede encontrar información más detallada en las [Preguntas Frecuentes sobre la Ley de Protección al Trabajador Inmigrante](https://oag.ca.gov/system/files/media/ab450-faqs.pdf) (<https://oag.ca.gov/system/files/media/ab450-faqs.pdf>), desarrolladas por el Departamento de Justicia y la Oficina de la Comisionada Laboral.

### Su derecho a no ser objeto de aprehensiones injustificadas (*Constitución de los Estados Unidos, 4ª Enmienda*)

- Usted está protegido contra aprehensiones injustificadas, lo que incluye su detención o arresto.
- Las autoridades policiales deben tener una sospecha razonable de que se ha cometido un delito antes de poder detenerle, interrogarle o hacerle un cateo. Puede preguntar “¿Estoy detenido?” o “¿tengo libertad para marcharme?”. Si el agente le dice que no está detenido o que es libre de marcharse, puede alejarse tranquilamente.
- Un arresto requiere una causa probable y se produce cuando una persona es puesta bajo custodia por agentes de la autoridad encargada de hacer cumplir la ley.
- Las autoridades policiales no necesitan una orden judicial firmada por un juez para arrestar a alguien en público.
- En caso de ser arrestado, tiene derecho a hablar con un abogado. Es posible que le presionen para que firme documentos. No está obligado a firmar ningún documento sin antes consultar con un abogado.

## Su derecho a permanecer en silencio (*Constitución de los Estados Unidos, 5ª Enmienda*)

- Todo lo que diga a las autoridades policiales, puede ser usado en su contra ante un tribunal.
- Tiene derecho a permanecer en silencio, incluso si le preguntan sobre su estatus migratorio.
- Si desea permanecer en silencio, indíquelo de forma clara, solicite hablar con un abogado **y luego, permanezca en silencio.**
- No proporcione información falsa, identificación falsa o documentos falsos a un agente. Proporcionar documentos falsos es un delito federal y puede conllevar graves consecuencias migratorias para los no ciudadanos.



## Su derecho a grabar interacciones con las autoridades que hacen cumplir la ley, en espacios públicos en virtud de la Primera Enmienda

El público tiene derecho a observar y grabar a los agentes y funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones en la vía pública. Si decide grabar, debe mantenerse a una distancia segura y no interferir en las acciones del agente. Las obstrucciones físicas o las provocaciones verbales pueden poner en peligro su seguridad y dar lugar a cargos penales.

### Acceso a representación legal

Usted tiene derecho a un abogado en caso de ser arrestado. Si no puede pagar un abogado, puede recurrir a un abogado designado por el gobierno para que lo represente en un caso penal.

Sin embargo, si usted es arrestado por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de los Estados Unidos (ICE, por sus siglas en inglés) o por la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de los Estados Unidos (CBP, por sus siglas en inglés), que incluye la Patrulla Fronteriza, por infracciones civiles de inmigración, tiene derecho a consultar con un abogado, pero el gobierno no está obligado a proporcionarle uno. Si usted es arrestado por ICE o CBP, puede hacer uso de su derecho a hablar con un abogado antes de decir o firmar cualquier cosa. También puede solicitar hablar con su consulado, quien puede proporcionarle asistencia.



## Compensación de los Trabajadores

Tiene derecho a recibir prestaciones de compensación de los trabajadores si sufre alguna lesión o enfermedad a causa de su trabajo. Las prestaciones le ofrecen asistencia médica para su lesión o enfermedad, le reembolsan parcialmente el salario que pierde mientras se recupera y le ayudan a reincorporarse al trabajo. Para conocer un poco más al respecto, visite [www.dir.ca.gov/dwc/](http://www.dir.ca.gov/dwc/) o llame al 1-800-736-7401.

# ¿A quién puedo contactar si creo que se han violado mis derechos?

Si cree que se han violado sus derechos, a continuación, encontrará una lista de agencias gubernamentales a las que puede acudir en busca de ayuda:

## Departamento de Relaciones Industriales de California (DIR, por sus siglas en inglés):

### Oficina de la Comisionada Laboral de California:

#### Información:

(833) LCO-INFO (833-526-4636)

#### Línea de ayuda a la inmigración:

(855) 526-7775

[www.dir.ca.gov/dlse/](http://www.dir.ca.gov/dlse/)

### División de Compensación de Trabajadores de California (DWC, por sus siglas en inglés)

(800) 736-7401

[dir.ca.gov/dwc/](http://dir.ca.gov/dwc/)

### División de Seguridad y Salud Ocupacional de California (Cal/OSHA, por sus siglas en inglés)

(833) 579-0927

<https://www.dir.ca.gov/dosh/>

## Otras agencias de California:

### Fiscal General de California (AG, por sus siglas en inglés)

(800) 952-5225

[www.oag.ca.gov](http://www.oag.ca.gov)

#### *Empleados agrícolas de California:*

### Junta de Relaciones Laborales Agrícolas (ALRB, por sus siglas en inglés)

(800) 449-3699

[www.alrb.ca.gov](http://www.alrb.ca.gov)

### Departamento de Derechos Civiles de California (CRD, por sus siglas en inglés)

(800) 884-1684

[civillrights.ca.gov/](http://civillrights.ca.gov/)

#### *Empleados del sector público de California y conductores de empresas de redes de transporte:*

### Junta de Relaciones Laborales Públicas (PERB, por sus siglas en inglés)

(916) 322-3198

[perb.ca.gov](http://perb.ca.gov)

## Agencias Federales:

#### *Empleados del sector privado:*

### Junta Nacional de Relaciones Laborales (NLRB, por sus siglas en inglés):

(844) 762-6572

[www.nlr.gov](http://www.nlr.gov)

#### *Empleados federales:*

### Autoridad Federal de Relaciones Laborales de los Estados Unidos (FLRA, por sus siglas en inglés):

(771) 444-5801

<https://www.flra.gov/>

#### *Empleados ferroviarios y de líneas aéreas:*

### Junta Nacional de Mediación (NMB, por sus siglas en inglés):

(202) 692-5000

[https://nmb.gov/NMB\\_Application/](https://nmb.gov/NMB_Application/)

## Organizaciones no gubernamentales:

Para obtener ayuda, también puede ponerse en contacto con una organización jurídica sin fines de lucro o una organización comunitaria. Para obtener una lista de las organizaciones que colaboran con las agencias estatales para ayudar a los trabajadores a comprender sus derechos, escanee el código QR a la derecha o visite: [www.dir.ca.gov/dlse/Nonprofit-Legal-and-Community-Based-Organizations-Serving-Workers.html](http://www.dir.ca.gov/dlse/Nonprofit-Legal-and-Community-Based-Organizations-Serving-Workers.html).





## Acerca del Permiso Familiar Pagado

El programa del Permiso Familiar Pagado fue creado para aquellos momentos que importan. Los beneficios están disponibles para cuidar a un familiar gravemente enfermo, crear un vínculo afectivo con un nuevo hijo o participar en un evento militar aprobado.

## Datos acerca del Permiso Familiar Pagado

- Ofrece hasta 8 semanas de beneficios que reemplazan una parte del salario. No tiene que tomar la licencia o ausencia de forma consecutiva.
- Ofrece aproximadamente del 70 al 90 por ciento de su salario semanal.
- Es financiado a través de la retención fiscal del impuesto del Seguro Estatal de Incapacidad, que aparece en sus talones de cheque como "CASDI", o por un plan voluntario aprobado que haya pagado en los últimos 5 a 18 meses.
- En los casos para crear un vínculo afectivo con un nuevo hijo, la ausencia se puede tomar en cualquier fecha durante los primeros 12 meses en que el niño se integra a su familia.
- Su estatus migratorio o de ciudadanía no afecta su elegibilidad.

## ¿Qué sucede si niegan mi solicitud?

Si su solicitud es negada, usted tiene derecho a:

- Saber el motivo de la negación.
- Apelar la decisión sobre su elegibilidad para los beneficios. Para más información, visite [Apelaciones](http://edd.ca.gov/es/disability/appeals_espagnol/) (edd.ca.gov/es/disability/appeals\_espagnol/).

Toda la información es confidencial, excepto la que sea para propósitos permitidos por la ley.



### Permiso Familiar Pagado

Para estar presente en los momentos que importan.

### Número de teléfono del PFL

Nuestro número gratuito es **1-877-238-4373**. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm, excepto días festivos. Después de un mensaje breve, debe seleccionar un idioma:

- Oprima 1 para inglés.
- Oprima 2 para español.
- Oprima 3 para todos los demás idiomas. Los servicios de interpretación están disponibles de forma gratuita.

### Número de teléfono de TTY (teletipo)

Nuestro número gratuito es **1-880-445-1312**.

Para más información, visite [Seguro Estatal de Incapacidad](http://Seguro Estatal de Incapacidad) (edd.ca.gov/es/disability/Contact\_SDI\_Espanol/)

Para más información, visite [Permiso Familiar Pagado](http://Permiso Familiar Pagado) (edd.ca.gov/es/disability/Paid\_Family\_Leave\_Espanol).

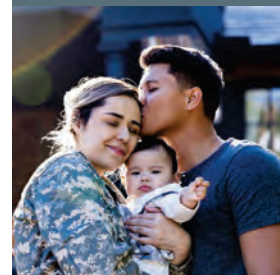
El EDD es un empleador y programa que ofrece igualdad de oportunidades. Los recursos auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para solicitar los servicios, asistencia y/o formatos alternos, necesita llamar al 1-866-490-8879 (voz). Los usuarios de TTY (teletipo), por favor, llamen al Servicio de Relevos de California al 711.



Permiso Familiar Pagado



**Ayudando a los californianos a estar presentes en los momentos que importan.**





## ¿Soy elegible para el Permiso Familiar Pagado?

Para ser elegible para el Permiso Familiar Pagado, usted debe:

- Ausentarse de su empleo para cuidar a un familiar gravemente enfermo, crear un vínculo afectivo con un nuevo hijo o participar en un evento militar aprobado.
- Tener cobertura del Seguro Estatal de Incapacidad o un plan voluntario en lugar del Seguro Estatal de Incapacidad.
- Haber ganado por lo menos \$300 en los últimos 5 a 18 meses.
- Presentar su solicitud a más tardar dentro de 41 días del comienzo de su ausencia familiar. No presente la solicitud antes del primer día de su ausencia

## ¿Cómo se calcula la cantidad de los beneficios?

Los beneficios son del 70 al 90 por ciento de sus ingresos trimestrales más altos en los últimos 5 a 18 meses antes del comienzo de su solicitud.

Puede hacer un estimado de sus beneficios en [Calculadora de beneficios del Seguro de Incapacidad y del Permiso Familiar Pagado](http://edd.ca.gov/es/disability/PFL_Calculator_Espanol) (edd.ca.gov/es/disability/PFL\_Calculator\_Espanol).



## ¿El Permiso Familiar Pagado ofrece protección al empleo?

El Permiso Familiar Pagado no ofrece protección de empleo. Es posible que se ofrezcan protecciones al empleo si reúne ciertos requisitos conforme a otras leyes:

- [Ley Federal de Ausencia Familiar y Médica \(Family and Medical Leave Act\)](http://dol.gov/agencies/whd/fmla) (dol.gov/agencies/whd/fmla).
- [Ley de Derechos de la Familia de California \(California Family Rights Act\), Departamento de Derechos Civiles](http://calcivilrights.ca.gov) (calcivilrights.ca.gov).

Notifique a su empleador de su plan para tomar una ausencia laboral y el motivo de ésta conforme a las políticas de su empresa.

## ¿Cómo solicito los beneficios?

Usted puede solicitar los beneficios del Permiso Familiar Pagado en [myEDD](http://myedd.edd.ca.gov) (myedd.edd.ca.gov).

Para presentar una solicitud por correo, debe completar y presentar la *Solicitud de Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F/S). Para más información, visite [Cómo presentar una Solicitud del Permiso Familiar Pagado \(PFL\) por correo](http://edd.ca.gov/es/disability/how_to_file_a_pfl_claim_by_mail_espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/how\_to\_file\_a\_pfl\_claim\_by\_mail\_espanol/).

## Solicitud para cuidar a un familiar

Ofrezca la certificación médica de su familiar gravemente enfermo que requiere de su cuidado. Esta certificación la debe hacer el profesional de la salud con licencia de su familiar. También debe ofrecer información sobre el familiar que está cuidando y su firma.

## Solicitud para crear un vínculo afectivo

Ofrezca documentación que compruebe el parentesco con su hijo. Puede ser una copia del certificado de nacimiento, el acuerdo de adopción o el registro de colocación en crianza temporal (foster care) del hijo.

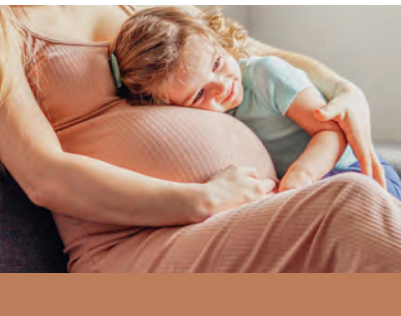
Si actualmente recibe beneficios del Seguro de Incapacidad por embarazo, no es necesario que solicite el formulario del Permiso Familiar Pagado. Le enviaremos el formulario para crear un vínculo afectivo a su cuenta de [myEDD](http://myedd.edd.ca.gov) (myedd.edd.ca.gov) o por correo cuando termine su solicitud relacionada a su incapacidad por embarazo.

## Solicitudes de apoyo militar

Las solicitudes de apoyo militar requieren dos tipos de documentos de apoyo. Puede ser un comprobante de servicio activo con cobertura o un llamado de servicio activo con cobertura inminente y documentos del evento aprobado.

## Plan voluntario

Si usted cuenta con cobertura de un plan voluntario, comuníquese con su empleador para obtener información sobre su cobertura y las instrucciones sobre cómo solicitar beneficios.



## ¿Cuáles son mis beneficios durante el embarazo?

Su periodo de incapacidad comienza el primer día en que no puede realizar su trabajo regular. Los beneficios del DI se basan en el periodo de tiempo en que su profesional de la salud con licencia certifica que no puede realizar su trabajo regular. Usted puede presentar una solicitud del DI por su incapacidad relacionada al embarazo y recuperación del parto.

Si no hay complicaciones médicas, usted puede recibir beneficios por hasta cuatro semanas antes de la fecha esperada del parto y hasta seis semanas después del mismo. En los casos de cesárea, usted puede recibir beneficios por hasta ocho semanas después del parto.

Después de que termina su solicitud del DI por embarazo, podría ser elegible para recibir hasta ocho semanas del Permiso Familiar Pagado (PFL) para establecer un vínculo paternal con su nuevo bebé. La solicitud del PFL para establecer un vínculo paternal automáticamente se envía después del último pago de beneficios del DI.

## ¿Qué sucede si requiero cuidado durante mi incapacidad?

Si usted requiere cuidado durante su incapacidad, su hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge o pareja doméstica debidamente registrada podría ser elegible para recibir hasta ocho semanas de beneficios del PFL para ausentarse del trabajo para cuidar de usted. Para más información, visite [PFL de California](http://PFL de California) (edd.ca.gov/es/disability/Paid\_Family\_Leave\_Espanol/).

## ¿Qué es la incapacidad?

La incapacidad es una enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que lo previene de realizar su trabajo regular. La incapacidad incluye cirugía electiva, embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas.

## ¿Qué es el Seguro de Incapacidad?

El Seguro de Incapacidad (DI) es una parte del Programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). El DI ayuda a reemplazar sus ingresos cuando no puede trabajar como resultado de una incapacidad no relacionada con el trabajo. El programa es financiado a través de sus deducciones del impuesto del SDI. Lo más probable es que sea elegible para este beneficio si ha hecho contribuciones al programa SDI (aparece como "CASDI" en los talones de cheque).

La cobertura electiva es un plan donde los empleadores, las personas que trabajan por cuenta propia y socios generales pueden elegir tener cobertura bajo el SDI. Los beneficios y la elegibilidad se determinan de manera diferente para estos planes. Encuentre el costo anual de participación en la [Oficina de Impuestos](http://Oficina de Impuestos) (edd.ca.gov/office\_locator) más cercana a usted o visite [Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad](http://Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad) (edd.ca.gov/es/payroll\_taxes/Disability\_Insurance\_Elective\_Coverage\_Espanol/).

El estatus migratorio o de ciudadanía no afecta su elegibilidad para los beneficios del SDI.



ESTADO DE CALIFORNIA  
AGENCIA DEL TRABAJO Y DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL  
DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO

*Este folleto únicamente ofrece información general y no tiene la fuerza o efecto de la ley, normas o reglamentación.*

El EDD es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Los recursos auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para solicitar los servicios, asistencia y/o formatos alternos, llame al 1-866-490-8879. Los usuarios de TTY (teletipo), por favor, llamen al Servicio de Relevos de California al 711.

DE 2515/S Rev. 68 (01-22) INTERNET

Page 1 of 2



# Disposiciones del Seguro de Incapacidad



## ¿Cómo solicito los beneficios del Seguro de Incapacidad?

1. Use [SDI Online](http://edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/SDI\_Online\_Espanol/) para solicitar los beneficios.

O

Puede solicitar el formulario impreso de las siguientes maneras:

- Visite [Forms and Publications](http://forms.edd.ca.gov/forms) (forms.edd.ca.gov/forms).

- Llame al 1-800-480-3287.

Los empleados del estado de California deben llamar al 1-866-352-7675.

2. Después de completar la Parte A - Declaración del solicitante, pida a su profesional de la salud con licencia que complete la *Part B - Physician/Practitioner's Certificate* por internet o por escrito (firmado el formulario impreso). Si solicita los beneficios por internet, SDI Online le proporcionará un número de recibo una vez que la Parte A haya sido presentada. Su profesional de la salud con licencia necesitará ese número para completar la Parte B.

Una solicitud no puede comenzar antes de siete días de haber sido examinado por un profesional de la salud con licencia.

3. Presente su solicitud por internet o envíe el formulario impreso dentro de 49 días a partir de la fecha en que comience su incapacidad. Si presenta su solicitud fuera de tiempo, podría perder sus beneficios. Para más información, visite [Apelaciones](http://edd.ca.gov/es/disability/appeals_espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/appeals\_espanol/).

## ¿Cuál es el siguiente paso?

- Una solicitud debidamente completada tarda dos semanas en ser procesada
- Le enviaremos por correo postal una *Notificación de Cálculo de Beneficios* (DE 429D/S) para confirmar que hemos recibido su solicitud y para proporcionarle un estimado de su cantidad de beneficios.
- Usted sabrá que hemos aprobado su solicitud una vez que reciba el *Aviso de pagos a la tarjeta de débito EDD Debit Card* (DE 2500E/S).
- Si necesitamos más información o si la solicitud ha sido negada, nos comunicaremos con usted.
- Los primeros siete días de su solicitud del DI no se pagan, y se les conoce como período de espera. Si se presenta una solicitud por la misma condición o una relacionada dentro de 60 días de la primera solicitud, la misma se agregará como parte de la primera solicitud. Ya no hay período adicional de espera.
- Los beneficios se pagan una vez que recibimos toda la información y usted es aprobado. Los períodos de beneficios son cada dos semanas. Si usted es elegible para beneficios adicionales, se le enviarán los formularios que necesite para que los complete y devuelva. Espere 10 días para el trámite. Si sus beneficios terminan a mediados de la semana, esa semana se pagará usando la tasa diaria. Esta tasa es un séptimo de su cantidad de beneficios semanales.
- Recibirá sus beneficios mediante el método de pago que elija cuando presente su solicitud.



## ¿Cómo se calculan mis beneficios?

Los beneficios se basan en sus pagos que recibe durante un período específico de 12 meses (conocido como período reglamentario), el cual puede ser dentro de los últimos 5 a 18 meses antes del comienzo de su solicitud. Para ser elegible, debe haber ganado al menos \$300 en su último período reglamentario.

Para obtener un estimado, visite [Calculadora de beneficios del Seguro de Incapacidad y del Permiso Familiar Pagado](http://Calculadora de beneficios del Seguro de Incapacidad y del Permiso Familiar Pagado) (edd.ca.gov/es/disability/PFL\_Calculator\_Espanol/).

## ¿Qué podría afectar los beneficios que actualmente recibo?

No se le puede pagar más de su salario semanal regular mientras recibe beneficios. Los beneficios del DI no serían afectados si llegara a recibir pago de vacaciones.

## ¿Existe una cantidad máxima de mis beneficios?

La cantidad máxima es 52 veces más la tasa semanal de sus beneficios, pero no más del total de salarios del período reglamentario que ganó cuando estuvo empleado.

Excepción: Para empleadores y personas que trabajan por cuenta propia que eligen cobertura del SDI, la cantidad máxima de beneficios es 39 veces la tasa semanal.

Tenga en cuenta que los beneficios solo se pagan por un período limitado a una persona internada en un centro de rehabilitación para alcohólicos o en una residencia libre de drogas que cuente con licencia y este certificado/a por el estado donde se localice. Sin embargo, las incapacidades relacionadas al alcoholismo o abuso de drogas agudo o crónico, que están siendo tratadas por un médico, no tienen esta limitación.

## ¿Cuáles son mis derechos si me niegan los beneficios?

- **Puede** saber el motivo o razón de cualquier decisión que afecte sus beneficios.
- **Puede** apelar cualquier decisión sobre su elegibilidad para los beneficios. Las apelaciones deben enviarse por escrito ante la oficina del DI.
- **Puede** solicitar una audiencia de apelación ante un Juez de la Ley Administrativa (AJL). Puede acudir a otra instancia y apelar la decisión del AJL ante la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California o ante los tribunales.
- **Su privacidad** – Toda la información de la solicitud será confidencial, excepto para los fines permitidos por la ley.

## Comuníquese con el DI

- Español 1-866-658-8846.
- Inglés 1-800-480-3287.
- Por el correo postal de EE. UU., envíe su correspondencia a la siguiente dirección: PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140. Si no tiene una solicitud vigente, puede escribir a cualquier oficina del DI. Nota: No envíe formularios por correo postal a este PO Box.
- Por teletipo (solo para usuarios de TTY) al 1-800-563-2441.
- En Persona: puede visitar cualquier [Oficina del DI](http://Oficina del DI) (edd.ca.gov/es/Office\_Locator/).

Si su incapacidad es permanente o se espera que continúe por un año o más, comuníquese con la [Administración del Seguro Social de EE. UU.](http://Administración del Seguro Social de EE. UU.) (www.ssa.gov/es) o por teléfono al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

# Time of Hire Notice

This notice, or a similar one that has been approved by the Administrative Director, must be given to all newly hired employees in the State of California. Employers and claims administrators may use the content of this document and put their logos and additional information on it. The content of this notice applies to all industrial injuries that occur on or after January 1, 2013.

## WHAT IS WORKERS' COMPENSATION?

If you get hurt on the job, your employer is required by law to pay for workers' compensation benefits. You could get hurt by:

One event at work. Examples: hurting your back in a fall, getting burned by a chemical that splashes on your skin or getting hurt in a car accident while making deliveries.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your hand, back, or other part of your body from doing the same repeated motion or losing your hearing because of constant loud noise

—or—

Workplace crime. Examples: you get hurt in a store robbery, physically attacked by an unhappy customer.

### Discrimination is illegal

It is illegal under Labor Code section 132a for your employer to punish or fire you because you:

- File a workers' compensation claim
- Intend to file a workers' compensation claim
- Settle a workers' compensation claim
- Testify or intend to testify for another injured worker.

If it is found that your employer discriminated against you, he or she may be ordered to return you to your job. Your employer may also be made to pay for lost wages, increased workers' compensation benefits, and costs and expenses set by state law.

## WHAT ARE THE BENEFITS?

- **Medical care:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical and occupational therapy and chiropractic care.



- **Temporary Disability (TD) benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary Disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work, or says your injury has improved as much as it's going to.
- **Permanent Disability (PD) benefits:** Payments if you don't recover completely. You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates established by state law. The amount of payment is based on:
  - Your doctor's medical reports
  - Your age
  - Your occupation
- **Supplemental Job Displacement Benefits (SJDB):** This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at an approved school, books, tools, licenses or certification fees, or other resources to help you find a new job. You are eligible for this voucher if:
  - You have a permanent disability.
  - Your employer does not offer regular, modified, or alternative work, **within 60 days** after the claims administrator receives a doctor's report saying you have made a maximum medical recovery.
- **Return-to-Work Supplemental Program (RTWSP):** For dates of injury after 1/1/2013, you may qualify for additional money from the Division of Workers' compensation program known as the Return-to-Work Supplement Program (RTWSP) if you received the Supplemental Job Displacement Voucher (SJDB). If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by calling 1-800-736-7401 or visit website: <https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html>
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.



## OTHER BENEFITS

You may file a claim with the Employment Development Department (EDD) to get state disability benefits when workers' compensation benefits are delayed, denied, or have ended. There are time restrictions so for more information contact the local office of EDD or go to their web site [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

### **Workers' compensation fraud is a crime**

Any person who makes or causes to be made any knowingly false statement in order to obtain or deny workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. If convicted, the person will have to pay fines up to \$150,000 and/or serve up to five years in jail.

## **WHAT SHOULD I DO IF I HAVE AN INJURY?**

### **Report your injury to your employer**

Tell your supervisor right away no matter how slight the injury may be. Don't delay – there are time limits. You could lose your right to benefits if your employer does not learn of your injury within 30 days. If your injury or illness is one that develops over time, report it as soon as you learn it was caused by your job. If you cannot report to the employer or don't hear from the claims administrator after you have reported your injury, contact the claims administrator yourself.

### **Workers' compensation insurance company or if employer is self-insured, person responsible for handling the claim is:**

TPA- CCMSI for Old Republic Insurance Co

Address: 1320 Willow Pass Road Suite 600, Concord, CA 94520

Phone: (925) 685-0653

You may be able to find the name of your employer's workers' compensation insurer at [www.caworkcompcoverage.com](http://www.caworkcompcoverage.com). If no coverage exists or coverage has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement at [www.dir.ca.gov/DLSE](http://www.dir.ca.gov/DLSE) as all employees must be covered by law.

### **Get emergency treatment if needed**

If it's a medical emergency, go to an emergency room right away. Tell the medical provider who treats you that your injury is job related. Your employer may tell you where to go for treatment.



**Emergency telephone number:** Call 911 for an ambulance, fire department or police. For non-emergency medical care, contact your employer, the workers' compensation claims administrator or go to this facility:

ProActive Work Health Services, 21 San Miguel Ave Suite C, Salinas, CA 93901

### **Fill out DWC 1 claim form and give it to your employer**

Your employer must give you a [DWC 1 claim form](#) within one working day after learning about your injury or illness. Complete the employee portion, sign and give it back to your employer. Your employer will then file your claim with the claims administrator. Your employer must authorize treatment within **one working day** of receiving the **DWC 1 claim form**. If the injury is from repeated exposures, you have **one year** from when you realized your injury was job related to file a claim.

In either case, you may receive up to **\$10,000** in employer-paid medical care until your claim is either accepted or denied. The claims administrator has **up to 90 days** to decide whether to accept or deny your claim. Otherwise, your case is presumed payable. Your employer or the claims administrator will send you "benefit notices" that will advise you of the status of your claim.

## **MORE ABOUT MEDICAL CARE**

### **What is a Primary Treating Physician (PTP)?**

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. He or she may be:

- The doctor you name in writing *before* you get hurt on the job
- A doctor from the medical provider network (MPN)
- The doctor chosen by your employer during the first 30 days of injury if your employer does not have an MPN or
- The doctor you chose after the first 30 days if your employer does not have a MPN.

### **What is a Medical Provider Network (MPN)?**

A MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using a MPN. If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using a MPN, you will see a MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list.

### **What is Predesignation?**

Predesignation is when you name your regular doctor to treat you if you get hurt on the job. The doctor must be a medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or a medical group with an M.D. or D.O. You must name your doctor in writing *before* you get hurt or become ill.





### Consult with an attorney

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at **1-415-538-2120** or go visit their website at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org). You may also get a list of attorneys from your local I&A Unit by calling **1-800-736-7401**.

### Warning

Your employer may not pay workers' compensation benefits if you get hurt in a voluntary off-duty recreational, social or athletic activity that is not part of your work-related duties.

### Additional Rights

You may also have other rights under the Americans with Disabilities Act (ADA) or the California Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact California Civil Rights Department (CRD) at 1-800-884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at 1-800-669-4000.

The information contained in this notice conforms to the informational requirements found in Labor Code sections 3551 and 3553 and California Code of Regulation, Title 8, sections 9880 and 9883. This document is approved by the Division of Workers' Compensation Administrative Director.

Please visit the Division of Workers' Compensation website at: [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) or call 1-800-736-7401

Department of Industrial Relations  
1515 Clay Street, 17th Floor  
Oakland, CA 94612



**PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN**

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

**NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN**

**Employee: Complete this section.**

To: \_\_\_\_\_ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I  
 choose to be treated by: \_\_\_\_\_  
 (name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)  
 \_\_\_\_\_ (street address, city, state, ZIP)  
 \_\_\_\_\_ (telephone number)

Employee Name (please print): \_\_\_\_\_

Employee's Address: \_\_\_\_\_

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses: \_\_\_\_\_

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Physician: I agree to this Predesignation:**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 (Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

**NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST**

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist.

**NOTE:** If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

**Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:**

\_\_\_\_\_  
**(name of chiropractor or acupuncturist)**

\_\_\_\_\_  
**(street address, city, state, zip code)**

\_\_\_\_\_  
**(Telephone number)**

Employee Name **(please print):** \_\_\_\_\_

Employee's Address:  
\_\_\_\_\_

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Civil Rights  
Department

STATE OF CALIFORNIA

# ACOSO SEXUAL

## LOS HECHOS

El acoso sexual es una forma de discriminación por motivo del sexo/género (incluido el embarazo, el parto o las condiciones médicas relacionadas), identidad de género, expresión de género y orientación sexual. Las personas de cualquier género pueden ser víctimas de acoso sexual. El acoso sexual ilegal no tiene que estar motivado por el deseo sexual. El acoso sexual puede implicar el acoso por parte de una persona del mismo género, independientemente de la orientación sexual o la identidad de género de cualquiera de las personas.

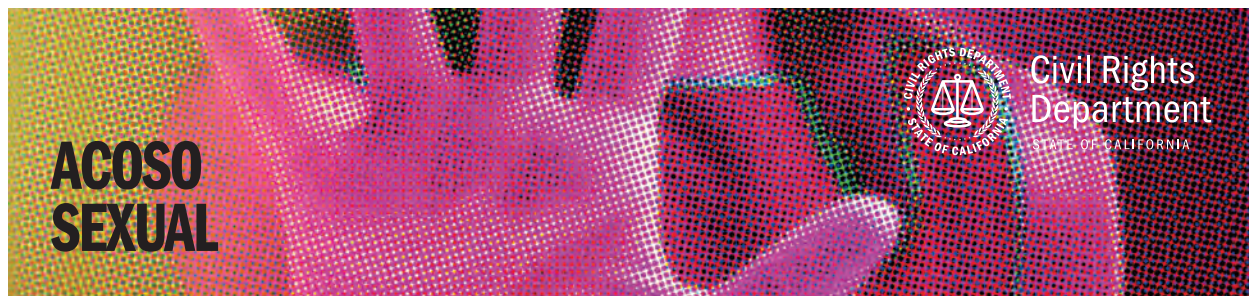
## HAY DOS TIPOS DE ACOSO SEXUAL

1. El acoso sexual "quid pro quo" (en latín, "algo por algo") se da cuando alguien condiciona un trabajo, ascenso u otro beneficio laboral a la sumisión a insinuaciones sexuales u otra conducta sexual.
2. El acoso sexual en "ambiente de trabajo hostil" ocurre cuando los comentarios o las conductas sexuales no deseados interfieren sin razón con el desempeño laboral o crean un entorno de trabajo intimidante, hostil u ofensivo. Puede sufrir acoso sexual incluso si la conducta ofensiva no se dirigió directamente a usted.

El acoso debe ser grave o generalizado para ser ilegal. Un solo acto de acoso puede ser lo suficientemente grave para ser ilegal.

## COMPORTAMIENTOS QUE PUEDEN SER ACOSO SEXUAL

1. Insinuaciones sexuales no deseadas
2. Ofrecimiento de beneficios laborales a cambio de favores sexuales
3. Miradas lascivas, gestos o exhibición de objetos, imágenes, dibujos animados o carteles sexualmente sugerentes
4. Comentarios, epítetos, insultos o chistes despectivos
5. Comentarios gráficos, palabras sexualmente degradantes o mensajes o invitaciones sugerentes u obscenos
6. Contacto o agresiones físicas e impedimento o bloqueo de movimientos



Las represalias reales o las amenazas de represalias por rechazar insinuaciones o quejarse de acoso también son ilegales.

Los empleados o los candidatos a un empleo que creen que han sido acosados sexualmente o han sido objeto de represalias pueden presentar una queja por discriminación ante el Departamento de Derechos Civiles (Civil Rights Department, CRD) dentro de un período de tres años desde el último acto de acoso o represalia. CRD funciona como un buscador neutral de hechos e intenta ayudar a que las partes resuelvan voluntariamente las disputas. Si el CRD encuentra evidencia suficiente para confirmar que hubo discriminación y fracasan los esfuerzos por llegar a un acuerdo, el Departamento puede presentar una denuncia civil ante un tribunal estatal o federal para tratar las causas de la discriminación y en defensa de la parte demandante. El CRD puede pedir órdenes judiciales que cambien las políticas y prácticas del empleador, daños punitivos y los honorarios y costos de abogados si gana el litigio. Los empleados también pueden seguir el asunto a través de una demanda privada ante un tribunal civil después de que se haya presentado una queja ante el CRD y se haya emitido una notificación de derecho de demandar.

## RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

Todos los empleadores, independientemente de la cantidad de empleados, están cubiertos por las disposiciones sobre acoso de la ley de California. Los empleadores son responsables del acoso por parte de supervisores o agentes. Los empleados acusados de acoso, incluido el personal supervisor y no supervisor, pueden ser considerados personalmente responsables por el acoso o por ayudar o incitar al acoso. La ley exige a los empleadores que tomen medidas razonables para prevenir el acoso. Si un empleador no toma estas medidas, se lo puede considerar responsable del acoso. Además, un empleador puede ser responsable del acoso por parte de personas que no son empleados (p. ej., un cliente o comprador) hacia un empleado, candidato o persona que le presta servicios. Un empleador solamente será responsable de esto si sabía o debería haber sabido del acoso y no tomó las medidas apropiadas inmediatas.

Los empleadores tienen la obligación explícita de tomar medidas razonables para prevenir y corregir de inmediato las conductas discriminatorias y de acoso para crear un lugar de trabajo libre de acoso.

Un programa para eliminar el acoso sexual del lugar de trabajo no es solamente un requisito de la ley, sino que además es la manera más práctica para un empleador de evitar o limitar la responsabilidad si se producen acosos.

## TODOS LOS EMPLEADORES DEBEN TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS PARA PREVENIR EL ACOSO Y CORREGIRLO CUANDO OCURRA:

1. Distribuir copias de este documento o una versión alternativa que cumpla el Código de Gobierno 12950. Está permitido reproducir este documento en cualquier cantidad.
2. Publicar una copia del cartel de empleo del CRD que dice "La ley de California prohíbe la discriminación y el acoso en el lugar de trabajo".
3. Desarrollar una política de prevención contra el acoso, la discriminación y las represalias de acuerdo con el artículo 11023 del título 2 del Código de Regulaciones de California (CCR).

La política debe:

- Estar por escrito.
- Indicar todos los grupos protegidos por la Ley de Vivienda y Empleo Justos (Fair Employment and Housing Act, FEHA).
- Indicar que la ley prohíbe participar en acoso ilegal a los compañeros de trabajo, terceros, supervisores y gerentes con quienes el empleado tiene contacto.
- Crear un proceso de queja que garantice la confidencialidad al máximo posible, una respuesta oportuna, una investigación imparcial y oportuna por personal calificado, documentación y seguimiento del progreso razonable, opciones apropiadas de medidas y resoluciones correctivas y finalización oportuna.
- Proporcionar un mecanismo de queja que no requiera que un empleado se dirija directamente al supervisor inmediato. Ese mecanismo de queja debe incluir, entre otros: disposiciones para la

comunicación directa, oral o escrita con un representante designado de la compañía o una línea directa de quejas; o acceso a un defensor del pueblo; o identificación del CRD y la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de Estados Unidos (United States Equal Employment Opportunity Commission) como maneras adicionales para que los empleados presenten quejas.

- Indicar a los supervisores que informen de las quejas por mala conducta a un representante designado de la compañía, como un gerente de recursos humanos, para que la compañía pueda intentar resolver el reclamo de manera interna. Los empleados con 50 o más empleados deben incluir este tema en la capacitación obligatoria para la prevención del acoso sexual (consultar el artículo 11024 del título 2 del 2 CCR).
  - Indicar que, cuando reciba acusaciones de mala conducta, el empleador hará una investigación justa, oportuna y exhaustiva que proporcione a todas las partes el debido proceso y llegue a conclusiones razonables según la evidencia recogida.
  - Dejar en claro que no se tomarán represalias contra los empleados por presentar una queja o participar en una investigación.
4. Distribuir la política de prevención de acoso, discriminación y represalias haciendo uno o más de los siguientes:
    - Imprimir la política y dar una copia a los empleados con un formulario de acuse de recibo para que lo firmen y devuelvan.
    - Enviar la política por correo electrónico con un formulario de acuse de recibo de devolución.
    - Publicar la versión actual de la política en una intranet de la compañía con un sistema de seguimiento para garantizar que todos los empleados hayan leído y acusado recibo de la política.
    - Explicar las políticas al contratar a un empleado o durante la orientación para los nuevos empleados.
    - Usar métodos que garanticen que los empleados recibieron y entendieron la política.
  5. Si el personal del empleador en cualquier instalación o establecimiento está compuesto por más de un diez por ciento de personas que usan un idioma hablado distinto del inglés, el empleador deberá traducir la política de acoso, discriminación y represalias a cada idioma hablado por al menos el diez por ciento del personal.
  6. Además, los empleadores con actividades en California y con 5 o más empleados a tiempo parcial o completo deben dar, al menos, una hora de capacitación sobre la prevención del acoso sexual, incluyendo el acoso por motivos de identidad de género, expresión de género y orientación sexual, a cada empleado no supervisor; y, dos horas de esa capacitación a cada empleado supervisor. Todos los empleados deben recibir la capacitación antes del 1 de enero de 2023. Los nuevos empleados supervisores deben recibir la capacitación dentro de un período de seis meses después de asumir el puesto, y los nuevos empleados no supervisores deben recibir la capacitación dentro de un período de seis meses después de la contratación. Los empleados deben volver a capacitarse una vez cada dos años. Para obtener más información, lea las secciones 12950.1 del Código de Gobierno y 11024 del Título 2 del CCR.

## RECURSOS CIVILES

1. Daños por angustia emocional de cada empleador o persona que viole la ley
2. Contratación o reincorporación
3. Pagos atrasados o ascensos
4. Cambios en las políticas o prácticas del empleador

Para programar una cita, póngase en contacto con el Centro de Comunicación de abajo.

Si tiene una discapacidad que necesita adaptaciones razonables, el CRD puede ayudarlo escribiendo su informe inicial recibido por teléfono o, para personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla, a través del Servicio de Retransmisión de California, (711) o puede ponerse en contacto con los datos de abajo.

## PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Departamento de Derechos Civiles  
[calcivilrights.ca.gov/complaintprocess](http://calcivilrights.ca.gov/complaintprocess)  
Llamada sin costo: 800.884.1684 / TTY: 800.700.2320  
Servicio de Relay de California (711)



# Notificación para empleados



Su empleador está registrado y reporta salarios al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés), tal y como lo requiere la ley. Los salarios se usan para los siguientes programas de beneficios, los cuales están disponibles para usted.

## Seguro de Desempleo

Financiado en su totalidad por los impuestos del empleador

Ofrece un reemplazo de parte de sus ingresos cuando está desempleado o le han reducido sus horas de trabajo por causas ajenas a su voluntad. Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios por desempleo.

Visite [Solicitar el Seguro de Desempleo](http://edd.ca.gov/unemployment/default_espanol.htm) ([edd.ca.gov/unemployment/default\\_espanol.htm](http://edd.ca.gov/unemployment/default_espanol.htm)) para aprender cómo solicitar los beneficios.

## Seguro de Incapacidad

Financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados

Ofrece un reemplazo de parte de sus ingresos cuando no puede trabajar debido a una enfermedad, lesión o incapacidad no relacionada con el trabajo, y por embarazo. Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios por incapacidad.

Visite [Seguro de Incapacidad](http://edd.ca.gov/Disability/Disability_Insurance_espanol.htm) ([edd.ca.gov/Disability/Disability\\_Insurance\\_espanol.htm](http://edd.ca.gov/Disability/Disability_Insurance_espanol.htm)) para aprender cómo solicitar los beneficios.

## Permiso Familiar Pagado

Financiado en su totalidad por las contribuciones de los empleados

Ofrece un reemplazo de parte de sus ingresos cuando necesita ausentarse de su trabajo para:

- Cuidar de un familiar gravemente enfermo.
- Establecer un vínculo paternal con un hijo nuevo.
- Participar en un evento aprobado debido al despliegue militar de un miembro de su familia en el extranjero.

Visite [Permiso Familiar de California](http://edd.ca.gov/disability/permiso-familiar-de-california/) ([edd.ca.gov/disability/permiso-familiar-de-california/](http://edd.ca.gov/disability/permiso-familiar-de-california/)) para aprender cómo solicitar los beneficios.

**Nota:** Es posible que algunos empleados estén exentos de la cobertura de los programas de seguro anteriormente mencionados. Es ilegal hacer una declaración falsa o retener hechos para solicitar beneficios. Para obtener información adicional, visite el [EDD](http://edd.ca.gov) ([edd.ca.gov](http://edd.ca.gov)).

El EDD es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Los recursos auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para solicitar los servicios, asistencia y/o formatos alternos, necesita hacerlo antes del evento llamando al 1-866-490-8879 (voz). Los usuarios de TTY (teletipo), por favor, llamen al Servicio de Relevo de California al 711.

**LOS EMPLEADORES DEBEN DAR ESTA INFORMACIÓN A LOS TRABAJADORES NUEVOS CUANDO SON CONTRATADOS Y A AQUELLOS TRABAJADORES QUE LO SOLICITEN**

DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, AGRESIÓN SEXUAL, ACOSO, DELITOS QUE CAUSEN LESIÓN FÍSICA O LESIÓN MENTAL, Y DELITOS QUE INVOLUCREN UNA AMENAZA DE LESIÓN FÍSICA; Y DE PERSONAS CUYO FAMILIAR INMEDIATO FALLECIÓ COMO RESULTADO DIRECTO DE UN DELITO

***Su Derecho de Ausentarse por un Tiempo:***

- Tiene derecho a tomar tiempo libre del trabajo para obtener alivio de un tribunal, incluyendo para obtener una orden de restricción, para proteger la salud y la seguridad o el bienestar de usted y de sus hijos.
- Si su compañía tiene 25 trabajadores o más, usted puede obtener un permiso para tomar tiempo libre del trabajo para recibir atención médica por lesiones causadas por delitos o abusos, recibir servicios de un refugio contra la violencia doméstica, programa, centro de crisis por violación, o organización o agencia de servicios para víctimas como resultado del delito o abuso, recibir asesoramiento psicológico o servicios de salud mental relacionados con una experiencia de delito o abuso, o participar en la planificación de la seguridad y tomar otras medidas para aumentar la seguridad contra futuros delitos o abusos.
- Puede usar tiempo libre disponible de vacaciones, enfermedad, personal, o compensatorio, a menos que esté bajo un acuerdo sindical que indique algo diferente. Incluso, aunque no tenga tiempo libre pagado disponible, tiene el derecho de ausentarse del trabajo.
- En general, no tiene que entregarle pruebas a su empleador para ausentarse por estas razones.
- Si puede, debería de avisarle a su empleador antes de ausentarse del trabajo. Incluso si no puede avisarle a su empleador de antemano, su empleador no puede disciplinarlo si usted presenta pruebas que expliquen el motivo de su ausencia dentro de un tiempo razonable. La prueba puede ser un informe policial, una orden judicial, un documento de un profesional médico autorizado, un defensor de víctimas, un proveedor de atención médica autorizado o un consejero que demuestre que estaba recibiendo tratamiento por un trauma relacionado con la violencia doméstica o una declaración escrita firmada por usted, o una persona que actúe en su nombre, certificando que la ausencia es para un propósito autorizado.

***Su Derecho a un Ajuste Razonable:***

- Tiene derecho a pedirle ayuda o cambios en su lugar de trabajo para asegurarse de que está seguro en el trabajo. Su empleador debe colaborar con usted para ver qué cambios se pueden hacer. Los cambios en el lugar de trabajo pueden incluir poner candados, cambiar su turno o número de teléfono, transferirlo o reasignarlo, o ayudar a mantener un registro de lo que le sucedió. Su empleador puede pedirle una declaración firmada para certificar que el motivo de su solicitud tiene un propósito adecuado, y también puede pedirle pruebas que demuestren su necesidad de hacer modificaciones. Su empleador no puede informarle a sus compañeros de trabajo ni a nadie más sobre su solicitud.

## ***Su Derecho a Ser Libre de Represalias y Discriminación:***

Su empleador no puede tratarlo diferente ni despedirlo porque:

- Es víctima de violencia doméstica, agresión sexual, acoso, un crimen que causó daño físico o daño mental, o un crimen que involucra amenaza de daño físico; o es alguien cuyo familiar inmediato ha fallecido como resultado directo de un delito.
- Solicitó un permiso para obtener asistencia por estos motivos.
- Pidió ayuda a su empleador o le pidió cambios en el lugar de trabajo para asegurarse de estar seguro en el trabajo.

## ***Puede presentar un reclamo contra su empleador ante la Oficina del Comisionado Laboral si él/ella toma represalias o lo discrimina.***

Para más información, comuníquese con la Oficina del Comisionado Laboral de California. Podemos ayudarle al número telefónico 213-897-6595 o puede buscar una oficina local en nuestra página web: [www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm](http://www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm). Le facilitaremos un intérprete en su idioma sin costo alguno en caso de que no hable inglés. Este aviso explica los derechos contenidos en las Secciones 230 y 230.1 del Código Laboral de California. Los empleadores pueden utilizar este aviso o alguno que se le parezca mucho en contenido y claridad.

# OSHA® DATOS RÁPIDOS

## Protección contra el estrés por calor para trabajadores

### Enfermedades causadas por el calor

Estar expuesto al calor puede causar malestares y llevar a la muerte. El más serio de estos males es la insolación. Otros males, como el agotamiento, calambres y erupciones cutáneas causadas por el calor, también deben evitarse.

Hay precauciones que se pueden aplicar cuandoquiera que las temperaturas estén altas y el trabajo exija un esfuerzo físico.

### Factores de riesgo para enfermedades por calor

- Temperatura y humedad altas, estar expuesto directamente al sol, falta de brisa o viento
- Mucho esfuerzo físico
- No estar acostumbrado a trabajar en calor
- Poco consumo de líquidos
- Ropa impermeable

### Síntomas del agotamiento por calor

- Dolor de cabeza, mareos o desmayo
- Debilidad y piel húmeda
- Irritabilidad o confusión
- Sed, náuseas o vómitos

### Síntomas de insolación

- Puede haber confusión, incapacidad de pensar claramente, desmayo, colapso o espasmos
- Puede dejar de sudar

### Para evitar una enfermedad a causa del calor:

- Establecer un programa completo para la prevención de enfermedad a causa del calor.
- Proveer capacitación sobre los factores de riesgo que llevan al estrés por calor y cómo evitarlos.
- Poner a disposición de los trabajadores bastante agua fresca cerca del lugar de trabajo. Hay que tomar por lo menos medio litro por hora.
- Modificar los horarios de trabajo y programar descansos frecuentes para tomar agua a la sombra o en aire acondicionado.



# OSHA® DATOS RÁPIDOS

- Aumentar gradualmente la carga de trabajo y permitir descansos más frecuentes para los trabajadores nuevos o los trabajadores quienes han estado fuera del trabajo para que puedan adaptarse a trabajar en el calor (aclimatación).
- Designar a una persona responsable para monitorear las condiciones y proteger a los trabajadores en riesgo de sufrir del estrés por calor.
- Contemplar el uso de ropa protectora que también refresque.



### Cómo proteger a los trabajadores

- Conozca los síntomas de enfermedades a causa del calor; vigílese a sí mismo; póngase de acuerdo con un compañero para vigilarse entre sí.
- Bloquee el sol directo y otras fuentes directas de calor.
- Tome bastantes líquidos. Tómelos con frecuencia y ANTES de sentir sed. Tome agua cada 15 minutos.
- Evite las bebidas alcohólicas o las con cafeína.
- Use ropa liviana, suelta y de colores claros.



### Qué hacer cuando un trabajador está enfermo por el calor

- Pídale ayuda a un supervisor. Si no hay un supervisor disponible, llame al 911.
- Asegúrese de que alguien acompañe al afectado hasta que llegue ayuda.
- Traslade al trabajador a una zona más fresca o a la sombra.
- Qúitele la ropa exterior.
- Abaníque y humedezca al afectado con agua; aplíquele hielo (bolsa de hielo o toallas heladas).
- Bríndele agua fresca, si es capaz de beber.

SI EL TRABAJADOR NO ESTÁ ALERTA o parece estar confundido, puede estar sufriendo de insolación. LLAME AL 911 INMEDIATAMENTE y aplíquele hielo tan pronto como sea posible.



Departamento de Trabajo de los EE. UU.

Para más información:  
**OSHA®** Administración de Seguridad y Salud Ocupacional  
[www.osha.gov](http://www.osha.gov) (800) 321-OSHA (6742)

# Sus derechos de personal según la Ley de Licencia Familiar y Médica

## ¿Qué es una licencia de FMLA?

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que proporciona al personal elegible **licencias con protección del empleo** por razones familiares y médicas que califiquen. La División de Horas y Salarios (WHD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. hace cumplir la FMLA para la mayoría del personal.

El personal elegible puede tomarse licencias de FMLA de **hasta 12 semanas de trabajo** en un periodo de 12 meses por:

- El nacimiento, la adopción o la ubicación de hogar adoptivo de un niño o niña,
- Un problema grave de salud mental o físico que le impide trabajar,
- El cuidado de su cónyuge, hijos, hijas o padres con enfermedades mentales o físicas graves, y
- Ciertas razones que califican, relacionadas con la asignación de su cónyuge, hijo, hija, padre o madre en el servicio militar.

El personal que sea cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar cercano de una persona cubierta en el servicio militar con una lesión o enfermedad grave **puede tomarse una licencia de FMLA de hasta 26 semanas de trabajo** en un solo periodo de 12 meses para cuidar a la persona en servicio.

Puede que usted tenga derecho a usar la licencia de FMLA en **un bloque de tiempo**. Cuando haya una necesidad médica o se permita por otro motivo, puede tomar una licencia de FMLA **de forma intermitente en bloques separados, o con un horario reducido** trabajando menos horas al día o a la semana. Lea la hoja informativa #28M(c) para obtener más información.

La licencia de FMLA **no es una licencia paga**, pero usted puede elegir, o puede que su empresa le exija, utilizar cualquier licencia paga proporcionada por la empresa si la política de licencias de su empresa cubre el motivo por el cuál necesita una licencia de FMLA.

## ¿Soy elegible para tomar una licencia de FMLA?

Usted es **elegible** si aplican **todas** las siguientes condiciones:

Su **empresa puede solicitar certificación** de un prestador de atención médica para verificar la licencia médica y puede solicitar certificación de una exigencia que califique.

La FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni invalida ninguna ley estatal o local o acuerdo colectivo que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

El personal estatal puede estar sujeto a ciertas limitaciones al buscar demandas directas con respecto a licencias por sus propias condiciones graves de salud. La mayor parte del personal federal y cierta parte del congresional también está cubierta por la ley, pero está sujeta a la jurisdicción de la Oficina de Administración de Personal de EE. UU. o al Congreso.

## ¿Qué debe hacer mi empresa?

Si usted es elegible para una licencia de FMLA, su **empresa debe**:

- Permitirle que se ausente del trabajo con su empleo protegido, por un motivo que califique,
- Continuar su plan de cobertura grupal de salud mientras se encuentra de licencia, de la misma forma que si no estuviera de licencia, y
- Permitirle regresar al mismo empleo, o a un empleo virtualmente igual con el mismo salario, los mismos beneficios y otras condiciones de trabajo, incluidos los turnos y la ubicación, al finalizar su licencia.

Su **empresa no puede interferir con sus derechos de la FMLA** ni amenazar ni castigarle por ejercer sus derechos en virtud de la ley. Por ejemplo, su empleador no puede tomar represalias contra usted por solicitar una licencia de FMLA o cooperar con una investigación de WHD.

Tras tomar conocimiento de que su necesidad de tomar una licencia es por un motivo que califica según la FMLA, su **empresa debe confirmar si usted es elegible** o no para la licencia de la FMLA. Si su empresa determina que usted es elegible, su **empresa debe notificarle por escrito**:

- Sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la FMLA, y
- Qué parte de su licencia solicitada, si la hubiera, será protegida por la FMLA.

## ¿Dónde puedo encontrar

# LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES

## HOJA DE INFORMACIÓN



Civil Rights  
Department  
STATE OF CALIFORNIA

La Ley de Vivienda y Empleo Justos (FEHA), impuesta por el Departamento de Derechos Civiles (CRD), contiene disposiciones de licencias por razones médicas y familiares para los empleados de California.

Estas disposiciones de licencias se conocen como la Ley de Derechos de la Familia de California (CFRA). Todos los empleadores deben dar información sobre la CFRA a sus empleados y publicar esta información en un lugar visible donde los empleados tienden a reunirse. Se puede encontrar un cartel que cumpla con este requisito en la página web del CRD "Carteles, Folletos y Cartillas Informativas" ([www.calcivilrights.ca.gov/posters/](http://www.calcivilrights.ca.gov/posters/)).

### REQUISITOS DE LICENCIA

- Para reunir los requisitos para la licencia CFRA, un empleado debe tener más de 12 meses de servicio con un empleador de cinco o más empleados a tiempo parcial o completo, y haber trabajado al menos 1250 horas en el período de 12 meses antes de la fecha en que quiere comenzar la licencia.
- Un empleado elegible puede tomar una licencia laboral protegida para entablar un vínculo afectivo con un nuevo hijo<sup>1</sup> por nacimiento, adopción o crianza temporal, en el plazo de un año del nacimiento del hijo, la adopción o la crianza temporal.
- Un empleado elegible puede tomar una licencia laboral protegida para cuidar a su hijo, cónyuge, pareja de hecho, padre<sup>2</sup>, abuelo, nieto o hermano con una condición médica grave. La licencia de la CFRA también se puede tomar por una condición médica grave del propio empleado.
- Un empleado elegible puede tomarse una

licencia laboral por una exigencia que califique relacionada con el servicio activo cubierto, o la convocatoria para este, del cónyuge, pareja de hecho, hijo o padre/madre de un empleado en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

- Los empleados pueden tomarse una licencia de hasta 12 semanas de trabajo en un período de 12 meses, proporcional al cronograma de trabajo normal del empleado. No es necesario tomarse la licencia en un período continuo de tiempo.

### OBLIGACIONES DEL EMPLEADO

- Un empleador puede necesitar que el empleado dé aviso con 30 días de anticipación sobre la necesidad de tomarse una licencia de CFRA. Cuando esto no sea posible debido a lo inesperado del evento que califique, el aviso se debe hacer con la mayor anticipación posible. El aviso puede ser por escrito o verbal, y debe incluir el tiempo y la duración anticipada de la licencia, pero el empleador no puede requerir que se le divulgue un diagnóstico preexistente. Un empleador debe responder a una solicitud de licencia lo más pronto posible, a más tardar, 5 días hábiles.
- El empleador puede necesitar una certificación escrita de parte del proveedor de atención médica del individuo con una condición médica grave en la que se establezcan las razones para la licencia y la duración probable de la condición. Sin embargo, el proveedor de atención médica no puede compartir información sobre el diagnóstico preexistente sin el consentimiento del paciente.

### SALARIO Y BENEFICIOS DURANTE LA LICENCIA DE CFRA

- No es necesario que los empleadores le paguen a sus empleados durante una licencia de CFRA, pero algunos lo hacen. Además, se le pagará al empleado por los días libres pagados acumulados que elija o se requieren usar. Un empleador puede necesitar que un empleado que se está tomando una licencia por un miembro de la familia que está gravemente enfermo o para entablar vínculos afectivos con

<sup>1</sup> "Hijo" incluye un hijo biológico, adoptado, de crianza temporal, un hijastro, un pupilo legal, o un hijo de un empleado o de la pareja de hecho del empleado, o una persona ante quien el empleado está in loco parentis.

<sup>2</sup> "Padre" incluye un padre biológico, de crianza temporal o adoptivo, un suegro, un padrastro, un tutor legal u otra persona que estuvo in loco parentis para el empleado cuando el empleado era un niño.

# LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS O FAMILIARES



Civil Rights  
Department  
STATE OF CALIFORNIA

## HOJA DE INFORMACIÓN

un hijo nuevo utilice sus días de vacaciones acumuladas u otras licencias acumuladas que no sean por enfermedad, a menos que el empleado esté recibiendo una Licencia Familiar Pagada (consultar a continuación). Si la licencia de CFRA se debe a una condición médica grave del propio empleado, un empleador puede requerir que use sus vacaciones acumuladas y sus días de ausencia por enfermedad, a menos que el empleado esté recibiendo un Seguro de Discapacidad del Estado.

- Si el empleador da beneficios médicos por un plan grupal, debe continuar otorgando estos beneficios durante la licencia. De igual manera, el empleado tiene derecho a continuar acumulando antigüedad y participando en otros planes de beneficios.

## DERECHOS DE REGRESAR

- Después de una licencia de CFRA, se les garantiza a los empleados que regresarán al mismo puesto o a uno comparable y pueden solicitar una garantía por escrito.
- Si el mismo puesto ya no está disponible, el empleador le debe ofrecer un puesto que sea comparable en cuanto al pago, a los beneficios, al turno, al horario, a la ubicación geográfica, y a las condiciones laborales, incluidos los privilegios, las gratificaciones y el estatus, a menos que el empleador pueda comprobar que no existe un puesto comparable.
- Un empleado no tiene derecho a reincorporarse si hubiera sido despedido o cesado por razones que no estén relacionadas con la licencia.

## SOLICITUD DE LICENCIA POR MATERNIDAD

- Además de la licencia de CFRA, los empleadores de cinco o más empleados deben dar una licencia laboral protegida o acomodaciones a los empleados incapacitados por embarazo, nacimiento de un hijo o una condición médica relacionada. La licencia de incapacidad por embarazo (PDL) está disponible, si una empleada está realmente incapacitada, hasta un total de cuatro meses. Esto incluye los días libres necesarios para cuidados prenatales y postnatales, náuseas matutinas, reposo indicado por el médico, nacimiento, recuperación después del parto, pérdida o fin del embarazo, o alguna

otra condición médica relacionada. Para obtener más información, visite: [www.calcivilrights.ca.gov/family-medical-pregnancy-leave/](http://www.calcivilrights.ca.gov/family-medical-pregnancy-leave/).

- Las empleadas tienen derecho a tomarse una PDL además de sus derechos de licencia de CFRA.

## SEGURO DE DISCAPACIDAD DEL ESTADO (SDI) O LICENCIA FAMILIAR PAGADA (PFL)

- Los empleados que son elegibles para el SDI pueden recibir reemplazo parcial de salario parciales por una lesión o enfermedad que no estén relacionadas con el trabajo, o por embarazo.
- La PFL da beneficios a los individuos que necesitan tomarse días libres para cuidar a un miembro de la familia, para entablar vínculos afectivos con un hijo nuevo (nacimiento, adopción o acogida temporal), o por exigencias militares. La PFL no se puede tomar al mismo tiempo que el SDI.
- El Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD) administra el SDI y la PFL, y no es CRD. Para más información, comuníquese con el EDD al 800.480.3287 o visite: [www.edd.ca.gov/Disability/Paid\\_Family\\_Leave.htm](http://www.edd.ca.gov/Disability/Paid_Family_Leave.htm) o [www.edd.ca.gov/Disability/About\\_DI.htm](http://www.edd.ca.gov/Disability/About_DI.htm).

---

**Si fue objeto de discriminación, acoso o represalias en el trabajo, o se le negó de manera indebida la licencia o reinstalación de PDL o CFRA, presente una queja ante CRD.**

## PARA PRESENTAR UNA QUEJA

**Departamento de Derechos Civiles**  
[calcivilrights.ca.gov/complaintprocess](http://calcivilrights.ca.gov/complaintprocess)  
Llamada sin costo: 800.884.1684  
TTY: 800.700.2320  
Servicio de Relay de California (711)

¿Tiene una discapacidad que necesite una acomodación razonable?  
CRD puede ayudarlo con su queja.

Para obtener traducciones de esta guía, visite:  
[www.calcivilrights.ca.gov/posters/employment](http://www.calcivilrights.ca.gov/posters/employment)

# Información de **SEGURIDAD CON PESTICIDAS**



AGENCIA DE PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE DE CALIFORNIA

**A N.º 9**

## Reglas de Seguridad Para el Uso de Pesticidas Para Los Empleados que Trabajan en el Campo

Su capacitación y este folleto le informan de los peligros de los pesticidas en el trabajo. Los pesticidas son productos químicos que se usan para controlar plagas de insectos, maleza y enfermedades de las plantas. Si trabaja en una propiedad agrícola o en un bosque, invernadero o vivero, su empleador debe saber sobre los pesticidas que se usan y ayudarlo a aprender cómo protegerse.

LOS FERTILIZANTES NO SON PESTICIDAS.

### ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Su empleador debe tener planes para dar atención médica antes de que usted empiece a trabajar donde se han usado pesticidas. Usted o su supervisor deben ser informados de la ubicación del doctor. Si cree que los pesticidas hicieron que se enfermara o lastimara en el trabajo, avise a su empleador de inmediato. Deben asegurarse de que lo lleven al doctor inmediatamente. No maneje usted mismo al doctor si se enferma en el trabajo.

**Puede obtener atención médica de emergencia en:**

NOMBRE: ProActive Health Services

DIRECCIÓN: 21 San Miguel Ave, Suite C, Salinas, CA 93901

TELÉFONO: (831) 256-7673

Si se necesita más espacio, su empleador puede adjuntar una lista de instalaciones médicas a este folleto y escribir "Consultar la lista adjunta" en el espacio anterior.

**RECUERDE:** Usted NO tiene que pagar por su atención médica si se enferma o lastima a causa de los pesticidas de su trabajo.

.....



**EMPLEADORES:** Este es el folleto de comunicación de riesgo para sus trabajadores agrícolas. Llene las líneas en blanco de este folleto y exhiba una copia en el lugar de trabajo del empleado, en todas las instalaciones para la descontaminación permanentes y en las instalaciones para la descontaminación que están al servicio de más de 11 trabajadores. Si se le solicita, debe leer este folleto a un empleado en un idioma que el empleado entienda.

## ¿QUÉ DEBO HACER SI EMPIEZO A SENTIRME ENFERMO EN EL TRABAJO?

Los pesticidas pueden causarle enfermedades. Los síntomas del envenenamiento por pesticidas pueden ser iguales a los del estrés o una enfermedad por calor, la gripe u otras enfermedades comunes. Si tiene dolor de cabeza, mareo, tos, dolor de ojos, vista borrosa, ardor de ojos, malestar estomacal, síntomas parecidos a los de la gripe o una erupción al trabajar en el campo, pídale a su empleador que lo lleve al doctor. Las plantas y los insectos del campo también pueden provocarle erupciones en la piel.

## ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

Su empleador debe explicarle sus derechos. Si necesita ayuda para comprender sus derechos, llame o vaya a la oficina del Comisionado de Agricultura de su condado, a la organización local de ayuda legal y de derechos de los trabajadores, al sindicato o al Departamento de Reglamentación de Pesticidas.

### 1. Derecho a saber

Usted tiene derecho a saber lo siguiente acerca de los pesticidas usados recientemente en su trabajo:

- El cultivo o sitio tratado.
- Dónde se aplicó el pesticida.
- Cuando comenzó y terminó la aplicación.
- El intervalo de entrada restringida (REI, siglas en inglés).
- El nombre del pesticida, los ingredientes activos, y el número de Registro de la Agencia de Protección Ambiental (EPA, siglas en inglés) Federal o de California.
- La hoja de seguridad del pesticida aplicado.

Su empleador debe decirle dónde se guarda esta información y debe informarle si la ubicación de esta información cambia. Respecto a las aplicaciones recientes, su empleador debe permitirle ver los registros siempre que lo desee sin tener que pedirselo a nadie. Es posible que tenga que pedir ver los registros más antiguos.

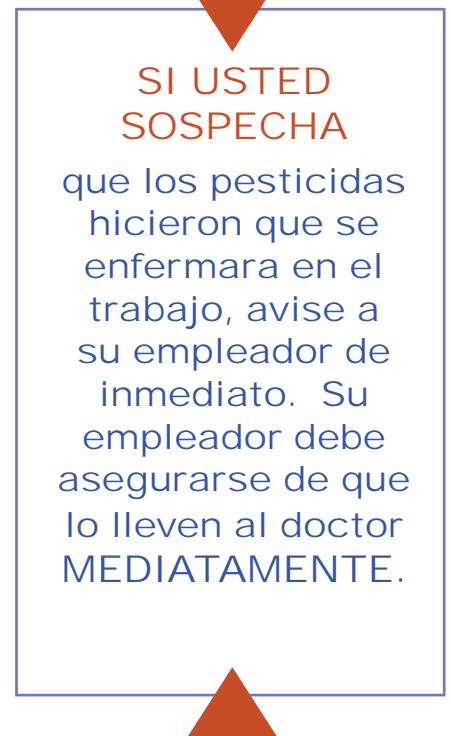
#### **Puede encontrar información sobre el uso reciente de pesticidas en:**

(Empleadores: esta es la información específica de la aplicación)

DIRECCIÓN: 33050 Silliman Rd, Soledad, CA 93960

CÓMO ENCONTRAR LA INFORMACIÓN: Oficina del PCA. Tome la Salida de OP Murphy. 1/4 de milla al oeste por la calle de tierra, la oficina estará a su izquierda. La información estará disponible dentro de la oficina.

Si se necesita más espacio, su empleador puede adjuntar una lista de nombres de agricultores, direcciones y descripciones a este folleto y escribir "Consultar la lista adjunta" en el espacio anterior.



## 2. Derecho a la indemnización laboral

Si se enferma o lastima **A CAUSA DE SU TRABAJO**, tiene derecho a solicitar una indemnización laboral. La indemnización servirá para pagar facturas por servicios médicos, y a veces, salarios caídos.

## 3. Derecho de acceso y revisión de los registros de capacitación

Tiene derecho a consultar los registros de capacitación de seguridad de su empleador. Estos registros se guardan en:

DIRECCIÓN: 9 Harris Place Suite A, Salinas, CA 93901  
Oficina de Recursos Humanos

## 4. Derecho a obtener información

Usted, su doctor o su representante designado por escrito pueden recibir información del agricultor o de su empleador. Esto incluye con qué pesticidas se trataron los campos o cualquier otro registro de pesticidas que el agricultor o su empleador deban mantener.

## 5. Derecho a reportar condiciones inseguras

La seguridad de los pesticidas para los trabajadores es la principal prioridad del comisionado de agricultura del condado y del DPR. Tiene derecho a reportar las condiciones de trabajo con pesticidas inseguras y las sospechas de violaciones al uso de pesticidas sin que lo castiguen o despidan. Ni el agricultor ni su empleador se enterarán de quién se quejó. Sus declaraciones sobre los problemas de seguridad deben revisarse de inmediato.

## 6. Derecho a estar protegido contra represalias

Usted está protegido contra el despido, la discriminación y cualquier acción de represalia debida al ejercicio de cualquiera de sus derechos.

## ¿A QUIÉN REPORTO LOS PELIGROS EN EL TRABAJO?

Los pesticidas son sólo un tipo de peligro en su trabajo. Si tiene alguna queja acerca de seguridad por pesticidas, llame al comisionado de agricultura de su condado. La oficina local del comisionado de agricultura de su condado es:

DIRECCIÓN: 1428 Abbott St. Salinas, CA 93901

TELÉFONO: (831) 759-7325

Si tiene otras quejas sobre salud y seguridad (baños, malestar ocasionado por el calor, agua potable, etc.) preséntelas ante el Departamento de Relaciones Industriales de California, oficina de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de California (Cal/OSHA, siglas en inglés), llamando al: 1-844-522-6734.



## ¿CÓMO PUEDO PROTEGERME CONTRA LOS PESTICIDAS?

Aprenda todo lo que pueda de este folleto y su capacitación de seguridad.

**PROTÉJASE.** Sepa dónde puede estar expuesto a los pesticidas. Si su empleador le dice que se mantenga fuera de un campo, no entre. Manténgase alejado del equipo que está aplicando pesticidas. Después de trabajar en un campo, lávese las manos antes de comer, beber, masticar chicle, usar su teléfono, fumar o ir al baño. Al final del día, quítese las botas o los zapatos antes de ingresar a su hogar y quítese la ropa de trabajo. Lávese el cuerpo y el cabello con jabón o champú inmediatamente después del trabajo y póngase ropa limpia lo antes posible. Lave su ropa de trabajo antes de volver a usarla.



## CUANDO TRABAJO EN UN CAMPO, ¿QUÉ DEBE DARMER MI EMPLEADOR PARA LAVARME?

Cuando trabaje en un campo que ha sido tratado con pesticidas, debe haber un lugar cercano con jabón, agua limpia y toallas de papel. Esto es para lavarse las manos y la cara, y para el lavado de ojos de emergencia. Se le debe informar dónde están estos elementos antes de trabajar en el campo. Si se derraman o rocían pesticidas sobre usted, use estos suministros para lavarse inmediatamente e informe a su empleador.

## ¿CUÁNDO NECESITO CAPACITACIÓN Y QUÉ CUBRE?

Lo deben capacitar antes de trabajar en campos donde se hayan usado pesticidas recientemente, y cada año después de eso. La capacitación de seguridad con pesticidas debe realizarse en un idioma que usted entienda, y debe ser realizada por un instructor calificado. Lo deben capacitar en un lugar libre de distracciones y su instructor debe estar con usted durante todo el tiempo que esté en capacitación. Su empleador debe poner su registro de capacitación a su disposición en cualquier momento que lo solicite.

Su empleador debe capacitarlo sobre:

### 1. Efectos sobre la salud

- Cómo pueden dañarlo o causarle enfermedades los pesticidas a usted o a su familia.
- Cómo protegerse a sí mismo y a su familia (especialmente a los niños y las mujeres embarazadas) de los pesticidas.
- Cómo puede sentirse o verse si le caen pesticidas o entran a su cuerpo.
- Maneras en que los pesticidas pueden entrar a su cuerpo.
- Cómo puede sentirse o verse si se enferma por exceso de calor y qué pasos de primeros auxilios debe dar.

### 2. Seguridad ante pesticidas

- Los sitios en su lugar de trabajo donde podrían caerle pesticidas o entrar a su cuerpo.
- Primeros auxilios y métodos de lavado de emergencia, incluido el lavado de ojos.

- Cómo, cuándo y dónde obtener atención médica de emergencia.
- Qué ropa de trabajo usar y cómo lavar su ropa de trabajo.
- Por qué y cómo debe lavarse después del trabajo.
- Por qué no debe llevar pesticidas a casa del trabajo.
- Lo que significan los letreros en el campo y los intervalos de entrada restringida.
- Que su empleador debe mantenerlo fuera de las zonas de exclusión de la aplicación.
- Lo que su empleador debe proporcionarle antes de ingresar a un campo durante un intervalo de entrada restringida.
- Dónde se exhiben copias completadas de este folleto y dónde se guardan los registros de otros pesticidas.
- Qué se incluye en una hoja de datos de seguridad, incluidos los peligros, los cuidados médicos y otra información.
- Cómo informar sospechas de violaciones con pesticidas.
- Sus derechos como empleado.

La información de su capacitación debe constar por escrito. Le darán a firmar un documento que diga que usted ha recibido la capacitación. Firme ese documento sólo si ha terminado su capacitación y ha entendido su contenido.

No se le puede pedir que mezcle, cargue o aplique pesticidas a menos que su empleador lo haya capacitado para hacer ese trabajo de manera segura (el folleto de seguridad A-8 tiene más información sobre cómo manejar pesticidas de manera segura).



## ¿QUÉ SE ME INFORMARÁ SOBRE LAS APLICACIONES DE PESTICIDAS CERCANAS?

Su empleador debe informarle sobre aplicaciones cercanas en la propiedad O el agricultor debe colocar letreros de advertencia en los campos que están siendo tratados con pesticidas. Cuando se realiza una aplicación cercana a la propiedad en la que se encuentra, su empleador debe informarle:

ANTES DE LA APLICACIÓN	DESPUÉS DE LA APLICACIÓN
Fecha de la aplicación	Ubicación y descripción del área tratada
Ubicación y descripción del área tratada	Fechas y horarios en que la entrada está restringida
No entrar al campo y la zona de exclusión de la aplicación	Permanecer fuera del campo hasta que la entrada ya no esté restringida

Esto debe ser en un idioma que usted entienda. Siga las instrucciones de su empleador acerca de mantenerse fuera de los campos tratados y espacios cerrados como invernaderos, invernaderos de aros o cultivos de hongos.



Si ve un aviso como este, ¡no debe entrar!

## ¿QUÉ SIGNIFICA “INTERVALO DE ENTRADA RESTRINGIDA” (REI)?

Un REI es el tiempo después de la aplicación de un pesticida en el que no puede entrar en un campo. Si toca una planta en un campo tratado durante el REI, podría enfermarse. Después de que se usa un pesticida en una planta, éste empezará a desaparecer. Pero esto lleva tiempo, por lo que debe permanecer fuera del campo tratado o del espacio cerrado hasta que finalice el REI y su empleador o el agricultor le indiquen que es seguro trabajar en el campo o espacio cerrado.

---

## ¿ALGUNA VEZ PUEDO ENTRAR A UN CAMPO DURANTE EL REI?

Por lo general, debe permanecer fuera de un campo hasta que finalice el REI y su empleador o el agricultor le indiquen que puede ingresar al campo. Nunca camine ni se siente en un campo que haya sido rociado con pesticidas. Su empleador intentará programar las aplicaciones de pesticidas y su trabajo para que no entre en los campos rociados. Normalmente, no se le puede indicar que entre a un campo o espacio cerrado si se publican letreros de advertencia.

Hay pocas ocasiones en las que puede entrar en un campo o espacio cerrado durante el REI. Sin embargo, no puede entrar al campo hasta que hayan pasado al menos cuatro horas de la aplicación del pesticida. Debe tener al menos 18 años de edad para entrar a un campo durante el REI. Pueden aplicarse otras reglas. Antes de ingresar al campo en cada ocasión, su empleador debe proporcionarle capacitación adicional y ropa o equipos de protección. También debe decirle cuánto tiempo puede trabajar en ese campo en un día. Para algunos tipos de trabajos, puede ser que sólo lo dejen trabajar en ese campo durante un tiempo corto.

---

## ¿QUÉ NECESITO SABER SI TENGO QUE ENTRAR EN UN CAMPO DURANTE EL REI?

Su empleador debe decirle cada vez:

1. Donde trabajará.
2. El nombre del pesticida que se roció y cuándo comenzó el REI y cuándo terminará.
3. Si hay restricciones especiales en sus tareas, como si puede tocar las superficies tratadas y cuánto tiempo puede estar en el área.
4. Lo que la etiqueta indica que son peligros para usted.
5. Cómo puede sentirse o verse si le caen pesticidas o entran a su cuerpo.
6. Qué pasos de primeros auxilios de emergencia dar si se enferma por un pesticida y cómo obtener ayuda de inmediato.
7. Dónde encontrar este folleto y el folleto de seguridad A-8.



8. La ropa o el equipo de protección que debe usar, y que una vez que se usa, la ropa de trabajo y la ropa o el equipo de protección pueden estar contaminados con pesticidas.
9. Cómo evitar enfermarse por exceso de calor si usa ropa o equipo de protección y qué pasos de primeros auxilios dar si se enferma.
10. Cómo usar, quitarse, guardar y limpiar la ropa y el equipo de protección.
11. Por qué necesita lavarse minuciosamente después de salir del campo.

Su empleador debe darle toda la ropa o equipo de protección que necesite. Si la etiqueta le exige que proteja sus ojos, debe llevar agua de lavado de ojos mientras trabaja. Se le debe proporcionar un lugar limpio y libre de pesticidas para guardar su ropa personal y para ponerse o quitarse la ropa o el equipo de protección. También debe recibir overoles adicionales en caso de que le caigan pesticidas en su ropa. Su empleador debe darle jabón, agua limpia y toallas para que usted se lave.



Si no le dan toda la información necesaria durante su capacitación, debe llamar al Comisionado de Agricultura de su Condado o al Departamentode Reglamentación de Pesticidas (DPR) para obtener más información. Puede encontrar el número del Comisionado en el directorio telefónico blanco, llamando al 87-1PestLine o en el sitio web: <http://www.cdpr.ca.gov/exec/county/countymap/>

Las oficinas regionales del DPR son las siguientes:

- Norte (oeste de Sacramento) (916) 376-8960
- Centro (Clovis) (559) 297-3511
- Sur (Anaheim) (714) 279-7690

## PROPOSICIÓN 65

En 1986 se aprobó una ley llamada Ley del Agua Potable Segura y la Vigilancia de Tóxicos de 1986 (Proposición 65). Obliga a California a emitir una lista de productos químicos que pueden causar cáncer, defectos congénitos u otros daños reproductivos. La lista de la Proposición 65 contiene muchos productos químicos diferentes como colorantes, solventes, pesticidas, fármacos y aditivos alimentarios. Si un pesticida que usa está en la lista de la Proposición 65, su empleador debe avisarle si podría estar expuesto a suficiente pesticida para causar un riesgo significativo para la salud. Su empleador puede decirle si se ha rociado un pesticida de la lista de la Proposición 65, aún si no son probables los problemas de salud. Como se indicó anteriormente, su empleador debe mantener la información de cada aplicación de pesticida en la dirección que figura en la página 2 y permitirle que la examine. Si no está seguro de esta ubicación, pregunte a su empleador.

Puede encontrar la lista de pesticidas que están en la lista de la Proposición 65 y que podrían usarse en California en [https://www.cdpr.ca.gov/wp-content/uploads/2025/04/prop\\_65\\_list.pdf](https://www.cdpr.ca.gov/wp-content/uploads/2025/04/prop_65_list.pdf)

Para obtener más información sobre la Proposición 65, consulte [https://www.cdpr.ca.gov/wp-content/uploads/2025/04/pesticides\\_and\\_proposition\\_65.pdf](https://www.cdpr.ca.gov/wp-content/uploads/2025/04/pesticides_and_proposition_65.pdf)



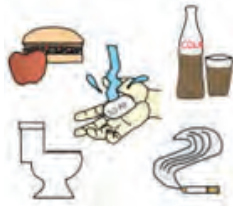
Todos los folletos de seguridad están disponibles en: [www.cdpr.ca.gov/worker-health-and-safety/education-series](http://www.cdpr.ca.gov/worker-health-and-safety/education-series)

# Consejos de Seguridad

## CÓMO PROTEGERSE LA PIEL



- Use ropa de manga larga y pantalones largos, zapatos o botas, calcetines, un gorro o una pañuelo, y guantes.
- Asegúrese de que estén limpios y no tengan agujeros.



- *Lávese siempre las manos antes de comer, beber, fumar, masticar chicle, usar su teléfono o ir al baño.*
- *No cocine con leña que haya encontrado en el campo.*



- Los pesticidas pueden entrar en contacto con la ropa de trabajo y después con su piel.
- Lave la ropa de trabajo antes de volver a usarla.
- Lave la ropa de trabajo por separado.



- Lávese o bañese en cuanto llegue a casa del trabajo y antes de cualquier contacto con niños o familiares.
- Báñese con agua y jabón y lávese el cabello con champú.
- Póngase ropa limpia.

## QUÉ HACER EN CASO DE LESIÓN



- Los pesticidas pueden entrar en contacto con su piel y su ropa cuando toca plantas tratadas, tierra, agua de riego, tractores y otro equipo, por medio del equipo de protección personal, o al estar expuestas a la traslocación del rociado.
- Pueden pasar de su ropa a su piel.
- Algunos pesticidas pueden pasar fácilmente a través de su piel y pueden provocar una enfermedad.
- Si se siente mal (dolor de cabeza, dolor de estómago, vómito, mareo) o si se lesiona en el trabajo, informe inmediatamente a su empleador.
- El empleador debe asegurarse de que lo lleven al doctor.

**Asegúrese de que alguien más lo lleve al doctor si está enfermo o lastimado. NO MANEJE USTED MISMO.**

## PRIMEROS AUXILIOS



- Lávese de inmediato con el agua limpia que tenga más a la mano si los pesticidas salpican o rocían su ropa o piel.
- Póngase ropa limpia.
- Informe a su empleador sobre el derrame después de haberse lavado.



- Lávese si empieza a sentir ardor o comezón en los ojos o la piel.
- Use abundante agua.
- Dígale a su empleador que tiene que ir al doctor.

## SIEMPRE RECUERDE



- Nunca coloque pesticidas en envases de bebidas o alimentos.
- No lleve a casa pesticidas agrícolas o sus envases.

## MANTÉNGASE SEGURO



- Mantenga los pesticidas fuera del alcance de los niños y los miembros de su familia.
- Siga las instrucciones sobre cómo mantenerse fuera de las áreas tratadas y las zonas de exclusión de la aplicación.



# Para su beneficio:

## Programas del estado de California para las personas desempleadas

**Seguro de Desempleo**

**Seguro de Incapacidad**

**Permiso Familiar Pagado**

**Servicios para la Fuerza Laboral**

# Para su beneficio: Programas del estado de California para las personas desempleadas

Esta publicación ofrece información sobre los programas con los que cuenta el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés) para los californianos desempleados. Esta publicación sólo ofrece información general y no es un documento legal.

Para obtener más información, visite [nuestro sitio web](http://edd.ca.gov) (edd.ca.gov).

- Seguro de Desempleo (UI) ..... 2  
El programa del UI ofrece beneficios que reemplazan parcialmente el sueldo de los trabajadores que han perdido su empleo y cumplen con los requisitos de elegibilidad del programa cada semana en que certifican para beneficios.
  
- Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) ..... 17  
El Seguro de Incapacidad (DI) es parte del SDI y ofrece beneficios que reemplazan una parte de los salarios de los trabajadores que no pueden trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con su trabajo, embarazo o parto.
  
- Permiso Familiar Pagado (PFL) ..... 18  
El PFL es parte del SDI y ofrece beneficios que reemplazan una parte de los salarios de los trabajadores que necesitan ausentarse de su empleo para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo o ayudar a un familiar durante un evento militar aprobado.
  
- Servicios para la Fuerza Laboral ..... 19  
La División de Servicios para la Fuerza Laboral ofrece una gama de servicios de empleo para las personas en búsqueda de empleo y para los empleadores.
  
- Cómo obtener ayuda ..... 24

## **Seguro de Desempleo**

Los beneficios del desempleo los paga su empleador y ofrecen un ingreso temporal cuando usted queda desempleado y cumple con todos los requisitos de elegibilidad.

### **Quién puede presentar una solicitud del UI**

Usted puede solicitar beneficios por desempleo si está desempleado o sus horas de trabajo han sido reducidas.

Para ser elegible para los beneficios, debe haber ganado salarios suficientes durante el período reglamentario para establecer (sustentar) una solicitud y estar:

- Total o parcialmente desempleado
- Desempleado por causas ajenas a su voluntad
- Físicamente apto para trabajar
- Disponible para trabajar
- Listo y dispuesto a aceptar un trabajo inmediatamente
- Buscando trabajo activamente

### **Cuándo solicitar el desempleo**

Usted puede solicitar los beneficios en cuanto esté desempleado o cuando sus horas de trabajo hayan sido reducidas. La fecha de inicio de su solicitud será el domingo de la semana en que solicite los beneficios.

Todas las solicitudes tienen una semana de espera no remunerada. La semana o período de espera comenzará hasta que solicite el desempleo, realice la certificación para los beneficios y cumpla con todos los requisitos de elegibilidad.

### **Qué necesita para presentar una solicitud**

Para presentar una solicitud, necesitamos su:

- Nombre (incluyendo todos los nombres que usó cuando trabajaba) y número de Seguro Social.
- Dirección postal y física (si son diferentes) y número de teléfono.
- El nombre completo de su último empleador, dirección (postal y del lugar de trabajo) y número de teléfono.
- La fecha del último día en que trabajó y la razón por la cual ya no está trabajando (despedido por falta de trabajo, renunció voluntariamente, lo despidieron o dejó el trabajo por una disputa laboral).
- Su historial de trabajo en los últimos 18 meses antes de presentar su solicitud, incluyendo todos los empleos en otros estados. Incluya todo los nombres de los empleadores, las fechas en que trabajó y cuanto ganó en salarios.

- El número de su licencia de conducir o número de tarjeta de identificación expedida por el estado.
- Su estatus de ciudadanía y si usted está autorizado legalmente para trabajar en los Estados Unidos. Si indica que está registrado ante el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y está autorizado para trabajar en los Estados Unidos, se le pedirá que proporcione el título e información del documento de autorización, tal como el número de Registro de Extranjero (A#) (*Alien Registration #Number*), el número de la Tarjeta de Residente Permanente y/o la fecha de vencimiento.

**Nota:** El nombre y dirección de su último o últimos empleadores es muy importante, independientemente de cuánto tiempo haya trabajado para él/ellos. Si usted trabajó de tiempo parcial, proporcione el número de horas que trabajó cada semana.

**Si prestó servicio en las fuerzas armadas** en los últimos 18 meses, proporcione la información del documento titulado en inglés *DD214 Member Copy 4*.

**Si trabajó para el gobierno federal** durante los últimos 18 meses, proporcione la información del documento titulado en inglés *Notice to Federal Employees About Unemployment Insurance, Standard Form 8*.

### **Importante**

El realizar una declaración falsa o retener información para recibir beneficios puede ser considerado como delito grave. Las sanciones podrían incluir multas, pérdida de beneficios y enjuiciamiento criminal. Para obtener más información sobre fraude y sanciones, consulte la página 15.

### **ID.me.**

ID.me es una plataforma que usan las agencias gubernamentales para comprobar y autenticar las identidades. Esta es una manera más fácil y rápida de verificar su identidad y procesar su solicitud.

- Cree una cuenta de **ID.me** y siga las instrucciones.
- Necesitará un dispositivo móvil, tableta o computadora para tomar una fotografía y presentarla.
- Espere a que ID.me nos transfiera su información.
- ¿Tiene problemas con la conexión? Conéctese en vivo con un agente de 4:30 a.m. a 9 p.m. (hora del Pacífico) con su cuenta de ID.me y solicite ayuda en **help.id.me** con ID.me.

## Notificación al empleador

Se notifica a su último empleador cuando usted solicita el desempleo. Aunque nosotros determinamos su elegibilidad, los empleadores son quienes financian el programa del UI y por ley se requiere que proporcionen cualquier información que pueda afectar su elegibilidad para recibir beneficios.

## Tipos de solicitudes

La solicitud que presente dependerá del tipo de empleador para el que trabajó y en el estado donde trabajó.

Su solicitud será tramitada como una:

- Solicitud regular de California si únicamente trabajó en California, incluso si ahora vive fuera del estado.
- Solicitud federal si su empleo involucraba realizar trabajo como civil para el gobierno federal.
- Solicitud militar si sirvió como miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- Solicitud de salarios combinados si usted ganó salarios en California y por lo menos otro estado en los últimos 18 meses.
- Solicitud interestatal si ahora vive en California y solo trabajó en otro estado en los últimos 18 meses. Solicite el desempleo en el estado en el que trabajó, el Distrito de Columbia, Puerto Rico o Canadá. Si trabajó en las Islas Vírgenes, comuníquese con nosotros al 1-800-300-5616.

## Cómo presentar una solicitud

Usted puede presentar una solicitud del UI usando uno de los siguientes métodos:

- **Internet**  
UI Online<sup>SM</sup> es la manera más rápida y conveniente para solicitar el desempleo. Visite [UI Online](http://edd.ca.gov/es/unemployment/ui_online/) (edd.ca.gov/es/unemployment/ui\_online/) para iniciar el trámite.
- **Teléfono**  
Comuníquese con un representante del EDD de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5 p.m. (hora del Pacífico), excepto los días festivos del estado. Consulte la página 24 para obtener una lista de los números de teléfono del desempleo.
- **Fax o correo postal**  
Cuando se solicitan beneficios a través de UI Online, algunos solicitantes reciben la instrucción de enviarnos por fax o correo postal su solicitud. Si esto ocurre, recibirá el formulario impreso Solicitud para Beneficios del Seguro de Desempleo (UI) (DE 11011/S) para que lo complete y envíe.

- Para un procesamiento más rápido y seguro, complete el formulario y envíelo por fax al número que aparece en el mismo. Si envía por correo postal su solicitud del desempleo, envíela a la dirección que aparece en el formulario y espere unos días para que su solicitud sea procesada.

### **Fecha de inicio de la solicitud**

Su solicitud comienza el domingo de la semana en que solicita los beneficios.

### **Fecha en que termina la solicitud**

Su solicitud termina en sábado, 52 semanas después de que comenzó la misma. Si usted agota sus beneficios antes de esa fecha, no podrá presentar otra solicitud en California hasta que el año reglamentario de la solicitud termine.

Si trabajó en otro estado en los últimos 18 meses, es posible que sea elegible para presentar una nueva solicitud en ese estado.

### **Ingreso mínimo para establecer una solicitud válida**

Usted debe haber ganado por lo menos \$1,300 en un trimestre de su período reglamentario o por lo menos \$900 en ingresos en el trimestre en el que más ingresos tuvo y 1.25 veces los ingresos del trimestre de mayores ingresos de su período reglamentario completo.

Por ejemplo: Si usted ganó \$900 en su trimestre más alto, también deberá haber ganado un total de \$1,125 en el período reglamentario, ( $\$900 \times 1.25 = \$1,125$ ).

### **Cómo se calculan los beneficios por desempleo**

El trimestre en el que le pagaron los salarios más altos durante el período reglamentario determina su cantidad de beneficios semanal (WBA). La WBA varía de \$40 a \$450 por semana.

La cantidad máxima de beneficios es 26 veces la cantidad de beneficios semanal o la mitad del total de los salarios que ganó en el período reglamentario completo, la que sea menor.

Consulte la **Tabla de beneficios del Seguro de Desempleo (UI)** en la página 21 para obtener un estimado de su WBA.

### **Período reglamentario**

Hay dos tipos de períodos reglamentarios que se usan para establecer una solicitud: el período reglamentario estándar y el período reglamentario alterno.

### **Período reglamentario estándar**

El período reglamentario estándar (SPB) consiste en los primeros cuatro de los últimos cinco trimestres calendario completos antes de la fecha de inicio de la solicitud.

Consulte la siguiente tabla. El área sombreada representa el período reglamentario estándar. El área que no está sombreada representa el trimestre en que se presentó la solicitud.

OCT NOV DIC	ENE FEB MAR	ABR MAY JUN	JUL AGO SEP		ENE FEB MAR	← Si su solicitud empieza en:		
	ENE FEB MAR	ABR MAY JUN	JUL AGO SEP	OCT NOV DIC		ABR MAY JUN		
		ABR MAY JUN	JUL AGO SEP	OCT NOV DIC	ENE FEB MAR		JUL AGO SEP	
			JUL AGO SEP	OCT NOV DIC	ENE FEB MAR	ABR MAY JUN		OCT NOV DIC

### Período reglamentario alterno

Si no ganó salarios suficientes durante el período reglamentario estándar, es posible que sea elegible para presentar una solicitud usando el período reglamentario alterno (ABP).

El ABP consiste en los últimos cuatro trimestres calendario completos antes de la fecha de inicio de la solicitud.

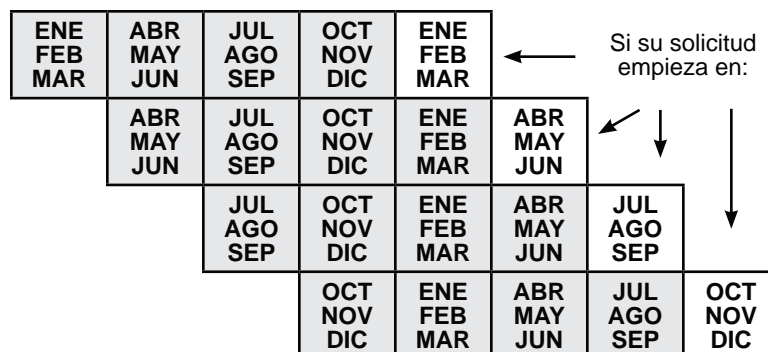
Nosotros automáticamente presentaremos una solicitud en favor de usted usando el ABP si usted no es elegible para presentar una solicitud usando el SPB.

Nosotros automáticamente presentaremos una solicitud en favor de usted usando el ABP si usted no es elegible para presentar una solicitud usando el SPB.

Es posible que se le pida que proporcione información adicional sobre sus salarios para que podamos calcular correctamente su cantidad de beneficios. Si usted recibe la notificación titulada *Declaración Jurada de Sueldos* (DE 23A/S), devuélvanos esta notificación junto con los documentos requeridos por correo postal.

**Nota:** El ABP **solo** se puede usar cuando no ha ganado salarios suficientes en el período reglamentario estándar para establecer su solicitud.

Consulte la siguiente tabla. El área sombreada representa el ABP. El área que no está sombreada representa el trimestre en que se presentó la solicitud.



### Semana de espera

Las solicitudes del desempleo tienen una semana de espera mandatoria en la que usted no recibe pago de beneficios. Este período de espera normalmente surte efectos en la primera semana de elegibilidad de su solicitud y antes de que le empiecen a pagar los beneficios. No espere para presentar su solicitud debido a que el período de espera no se puede cumplir hasta que haya presentado la solicitud.

### Cómo puede certificar para beneficios

Para cumplir con su período de espera y recibir beneficios, debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y realizar la certificación para los beneficios cada dos semanas.

Tenemos tres métodos para realizar la certificación:

- **UI Online:** ([edd.ca.gov/Unemployment/UI\\_Online\\_Espanol.htm](http://edd.ca.gov/Unemployment/UI_Online_Espanol.htm)) Esta es la manera más fácil de realizar la certificación para los beneficios y reportar su trabajo y salarios. Para usar UI Online, debe crear una cuenta a través de myEDD y completar el proceso único de registro para UI Online.
- **EDD Tele-Cert<sup>SM</sup>:** 1-866-333-4606  
Usted puede realizar la certificación llamando al 1-866-333-4606. Seleccione la opción 2 y siga las instrucciones. Para tener acceso a EDD Tele-Cert, debe crear un Número de Identificación Personal (PIN).
- **Por correo postal:** Complete, firme y envíenos el formulario impreso *Solicitud de Beneficios Continuos* (DE 4581/S).

**Nota:** Para un procesamiento más rápido, realice la certificación a través de UI Online o EDD Tele-Cert.

## **Pagos de beneficios**

Los pagos de beneficios se emiten después de haber realizado la certificación para los beneficios y continúa cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad por cada semana en que solicite beneficios.

Usted puede elegir opciones para recibir sus pagos de beneficios. Emitimos los pagos de beneficios a través de una tarjeta de débito prepagada o por cheque. La tarjeta de débito es la manera más rápida y segura para recibir sus beneficios. Sin embargo, usted no está obligado a aceptar la tarjeta de débito. Una vez que presente su solicitud, comuníquese con nosotros si desea recibir sus pagos de beneficios mediante cheque.

La tarjeta de débito es válida por tres años y se usa para los beneficios por incapacidad, Permiso Familiar Pagado (PFL) y desempleo.

Si anteriormente se le emitió una tarjeta de débito para una solicitud anterior del desempleo, incapacidad o PFL y necesita reemplazar su tarjeta, debe comunicarse con el servicio al cliente de Money Network al 1-800-684-7051 o por TTY (teletipo) al 1-800-684-7053.

Obtenga más información sobre la [tarjeta de débito](http://edd.ca.gov/es/about_edd/the-edd-debit-card-espanol/) (edd.ca.gov/es/about\_edd/the-edd-debit-card-espanol/).

## **Requisitos fiscales**

Los beneficios del desempleo están sujetos al impuesto federal sobre el ingreso, pero están exentos del impuesto sobre el ingreso del estado de California. Cada vez que realice la certificación para los beneficios, puede elegir que se le retenga el 10 por ciento del impuesto sobre el ingreso de su pago de beneficios semanal. De lo contrario, es posible que deba pagar dicho impuesto al final del año, cuando presente su declaración de impuestos.

Cada enero, enviamos (por correo postal o por internet) el Formulario 1099G a cada persona que recibió beneficios del desempleo durante el año calendario previo. Use este formulario para reportar información fiscal importante en su declaración de impuestos federales. Puede acceder a la información del Formulario 1099G por hasta 5 años pasados y/o solicitar duplicados o copias a través de UI Online o llamando al 1-866-401-2849.

## **Obligaciones de manutención de hijos**

Si es requerido por un tribunal, la oficina del fiscal de distrito o por otra agencia de cumplimiento de manutención de hijos, es posible que sus beneficios del desempleo se reduzcan debido al pago de manutención de sus hijos.

## **Reportar ingresos**

Usted nos debe reportar **todos** sus trabajos, salarios y cualquier otro tipo de ingreso al EDD durante la semana en que los ganó, no cuando le hayan pagado. El no reportar debidamente sus ingresos puede traer como

resultado sobrepagos de beneficios y sanciones.

Tipos de ingresos que deben reportarse:

- Trabajo por pieza (a destajo)
- Honorarios por prestar servicio como jurado
- Comisiones
- Honorarios por ser testigo
- Pago de regalías
- Pago de días festivos
- Retenciones de honorarios
- Pagos residuales
- Premios
- Pago de vacaciones
- Pago como indemnización por despido sin previo aviso
- Bonos
- Propinas
- Ingresos del trabajo por cuenta propia
- Beneficios de huelga/pago de piquete
- Pago por mantenerse disponible para trabajar
- Pago por fallecimiento
- Pagos atrasados
- Pago por ausencia por enfermedad
- Pago de Compensación para Trabajadores (*Workers' Compensation*), retiro o pensión anual

**Nota:** También tiene que reportar el pago de comidas, alojamiento o cualquier otro pago que haya recibido en lugar de dinero por realizar su trabajo. Si no está seguro sobre cómo reportar los ingresos, comuníquese con el EDD.

### **Pago por pensión o jubilación**

Los beneficios del desempleo pueden verse reducidos si está recibiendo una pensión, pagos por retiro, anualidad o cualquier tipo de pago similar que derive de su trabajo anterior.

Los beneficios del Seguro Social no son deducibles de sus beneficios del desempleo y no es necesario nos los informen.

### **Empleo de tiempo parcial**

Si trabaja menos de lo que se considera tiempo completo, debe informarnos de ese trabajo. Sin embargo, es posible que aún sea elegible para beneficios parciales del desempleo. Los primeros \$25 o el 25 por ciento del total de los salarios en bruto que haya ganado (lo que sea mayor) en la semana no serán tomados en cuenta para calcular la cantidad de sus beneficios que le corresponde. La cantidad restante se deducirá de la cantidad de beneficios semanal.

Ejemplo 1:

Su cantidad de beneficios semanal es de \$50. Usted ganó \$30. Debe reportar los \$30; sin embargo, los primeros \$25 no se cuentan, lo que deja \$5 dólares para que se deduzcan de la cantidad de beneficios semanal. Usted recibiría \$45 (\$50 menos \$5) en beneficios del desempleo.

Ejemplo 2:

Su cantidad de beneficios semanal es de \$400. Usted ganó \$200. Debe reportar los \$200; sin embargo, el 25 por ciento de esa cantidad (\$50) no será tomada en cuenta, dejando \$150 para que se deduzcan de la cantidad de beneficios semanal. Usted recibirá \$250 (\$400 menos \$150) en beneficios del desempleo.

## Cómo se determina su elegibilidad

Para ser elegible, usted debe:

- Estar sin trabajo por causas ajenas a su voluntad
- Estar físicamente apto para trabajar
- Estar listo para aceptar trabajo
- Estar buscando trabajo activamente

Si fue despedido por falta de trabajo, esto será considerado como despido por causas ajenas a su voluntad.

Si renunció a su último empleo, fue despedido o está desempleado debido a una huelga laboral o paro forzoso, le programaremos una entrevista telefónica para obtener información sobre la razón del por qué ya no está trabajando. No se pueden pagar los beneficios del desempleo hasta que se complete su entrevista telefónica, realice la certificación para los beneficios y determinamos su elegibilidad.

Usted tiene derecho a pedir más tiempo para reunir información, conseguir testigos u obtener la asesoría de un representante. Si el problema de elegibilidad involucra a un empleador, podríamos comunicarnos con éste.

Si le fue enviada una petición por escrito para pedirle más información y usted responde por correo postal, el representante usará la información que proporcione para determinar su elegibilidad.

Si durante el trámite de su solicitud se determina que no es elegible para recibir beneficios por alguna razón, incluyendo el hecho de no haber ganado los salarios suficientes para establecer una solicitud, recibirá por correo postal la *Notificación de Decisión* (DE 1080CZ/S) para explicarle la razón por la cual no es elegible y su derecho a apelar.

**Importante:** Sus beneficios se pueden demorar o negar si no está disponible para la entrevista telefónica o no envía la información requerida. Tomaremos una decisión sobre su elegibilidad con base en la información disponible.

## Proceso de apelación

Si le fueron negados los beneficios, usted tiene el derecho de apelar la decisión completando y enviando por correo postal el *Formulario de Apelación* (DE 1000M). Para que su apelación sea considerada como presentada a tiempo, la debe enviar dentro de 30 días calendario a partir

de la fecha de envío de la *Notificación de Decisión* (DE 1080CZ/S). Si se le pasa la fecha límite de 30 días, es posible que todavía pueda presentar su apelación, siempre y cuando tenga una buena causa que justifique la demora.

Su apelación será oída por un juez independiente de ley administrativa. Las audiencias son informales, pero todo testimonio se toma bajo juramento y está sujeto a conainterrogatorio. La oficina de apelaciones le notificará cuándo y dónde se llevará a cabo la audiencia.

Antes de la audiencia, usted tiene el derecho de revisar todos los archivos y documentos que afecten su apelación. Dichos archivos los proporciona la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIAB). Puede solicitarnos los archivos para prepararse para su audiencia.

En la audiencia, usted puede ser representado por sí mismo, un representante del sindicato/unión, un abogado o alguien que usted seleccione. Puede traer cualquier documentación relevante para respaldar su caso.

Después de la audiencia recibirá por correo postal la decisión del juez de ley administrativa. Si no está de acuerdo con la decisión del juez, puede enviar una segunda apelación ante la CUIAB.

Para más información sobre cómo se aplica el código del UI, incluyendo estudios de casos actuales, consulte la guía titulada en inglés [Benefit Determination Guide](#) ([edd.ca.gov/uibdg](http://edd.ca.gov/uibdg)).

**Importante:** Debe continuar certificando para los beneficios mientras esté pendiente una apelación en su solicitud. Si se revoca la decisión original, podemos emitirle rápidamente todos los pagos atrasados. **Si no cumple con este requisito, puede resultar que sus pagos de beneficios se demoren o nieguen.**

### **Cancelar una solicitud**

Usted puede cancelar su solicitud si cumple con todos los requisitos que se indican a continuación:

- No ha recibido pagos de beneficios
- No le han negado los beneficios debido a una cuestión de elegibilidad
- No se ha decretado un sobrepago de beneficios en su solicitud
- Nos notificó antes de que terminarán las 52 semanas de beneficios del año reglamentario

Una vez que se cancela una solicitud, ésta no puede ser reactivada con la misma fecha inicial. Deberá presentar una nueva solicitud con diferente fecha de inicio.

## **Trabajadores que no tienen cobertura de los beneficios por desempleo**

Los siguientes grupos de trabajadores no tienen cobertura del Seguro del Desempleo:

- Funcionarios electos.
- Trabajadores por cuenta propia, a menos que tengan cobertura electiva.
- Los estudiantes matriculados y que asisten regularmente a clases en la escuela o institución educativa donde trabajan.
- Miembros de una Sociedad de Responsabilidad Limitada (LLC) que son considerados como socios para propósitos de reportar el impuesto federal sobre el ingreso.
- El cónyuge de un estudiante que trabaja para una institución educativa en un programa de empleo que ha sido proporcionado con el fin de ayudar financieramente al estudiante.
- Los padres empleados por sus hijos, o hijos menores de 18 años empleados por sus padres.
- Los esposos y esposas que se emplean el uno al otro.
- Las parejas domésticas registradas (parejas de hecho) que se emplean el uno al otro.
- Ciertos agentes de ventas autorizados por el estado que solo reciben pago por comisión.
- Los portadores de palos de golf (*caddies*) y los jinetes profesionales de caballos (*jockeys*).

Para más información, consulte [Empleo exento \(DE 231EE/S\) \(PDF\)](#) (edd.ca.gov/siteassets/files/pdf\_pub\_ctr/de231ees.pdf) y [Empleado familiar \(DE 231FAM/S\) \(PDF\)](#) (edd.ca.gov/siteassets/files/pdf\_pub\_ctr/de231fams.pdf).

Si no sabe si cuenta con cobertura, no renuncie a sus derechos. Comuníquese con nosotros para obtener más información.

### **Cobertura electiva**

Bajo ciertas condiciones, los empleadores de las personas cuyos servicios no cuentan con cobertura podrían elegir brindarles cobertura a esos empleados. Si no está seguro si es elegible para estos beneficios, comuníquese con el EDD.

### **Solicitar copia de su solicitud**

Usted puede pedir una copia de su solicitud por medio de los siguientes métodos:

- Cree una cuenta en [UI Online](http://edd.ca.gov/es/unemployment/ui_online/) (edd.ca.gov/es/unemployment/ui\_online/).
- Seleccione **Historial** e imprima.
- Llame al EDD al 1-800-300-5616.

## Programas especiales

### Beneficios de Capacitación Laboral de California

Si estudia o recibe capacitación laboral mientras recibe beneficios del UI, es posible que sea elegible para los Beneficios de Capacitación Laboral de California (CTB, por sus siglas en inglés).

Si es elegible, usted puede ampliar su educación, mejorar sus habilidades laborales o aprender un nuevo oficio u ocupación mientras atiende a un programa de capacitación laboral o a una escuela, aprobado por el EDD, para ser más competitivo en el mercado laboral de hoy.

Mientras asista a una escuela o capacitación laboral, estará exento del requisito de estar disponible para trabajar, buscar empleo activamente y aceptar una oferta de trabajo. También podría ser elegible para recibir semanas adicionales de beneficios. Para más información, visite [Beneficios de Capacitación Laboral de California](http://edd.ca.gov/es/unemployment/California_Training_Benefits_Espanol/) (edd.ca.gov/es/unemployment/California\_Training\_Benefits\_Espanol/).

**Nota:** Nosotros **no** cubrimos los gastos relacionados con la educación o capacitación laboral, tales como: costos de matrícula, cuotas, libros, materiales o transportación. Sin embargo, existen programas estatales, federales o empleadores que posiblemente puedan cubrir ciertos costos asociados con la capacitación laboral o estudios.

### Extensión de beneficios de capacitación laboral

La extensión de beneficios de capacitación laboral (TE, por sus siglas en inglés) ofrece beneficios adicionales a las personas que han sido aprobadas para los CTB mientras completan sus estudios o capacitación laboral. La TE solo permite una extensión de beneficios por cada período escolar o de capacitación laboral aprobado.

Si está interesado, debe comunicarse con nosotros para solicitar la TE antes de recibir sus beneficios de la semana 16. Para las solicitudes que tienen menos de 16 semanas de beneficios, **debe** comunicarse con el EDD antes de que la cantidad de beneficios disponibles en su solicitud se agote.

### Asistencia de Desempleo por Desastre

El programa federal de Asistencia de Desempleo por Desastre (DUA, por sus siglas en inglés) ofrece asistencia financiera a las personas que han perdido o interrumpido su empleo o trabajo por cuenta propia como resultado de un desastre mayor y que no son elegibles para recibir beneficios del desempleo regular. Estos beneficios solo están disponibles

cuando el presidente de los Estados Unidos declara un desastre mayor y pone a disposición esta asistencia especial.

Si los beneficios de DUA se hacen disponibles, la información será publicada en el [sitio web del EDD](http://edd.ca.gov) (edd.ca.gov).

### **Programa de Asistencia por Ajuste Comercial**

El Programa de Asistencia por Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés) es un programa financiado por el gobierno federal que ofrece beneficios y servicios a los trabajadores elegibles que están certificados por el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (DOL) y que han perdido su trabajo o sus horas de trabajo han sido reducidas como resultado del impacto del comercio exterior. Entre los tipos de beneficios se incluyen capacitación laboral, servicios de empleo y gestión de casos, búsqueda de empleo y pago de gastos por reubicación, ayuda con el ingreso y subsidios al salario. Para más información, visite [Programa de Asistencia por Ajuste Comercial](http://edd.ca.gov/es/jobs-and-training/Trade_Act_Espanol/) (edd.ca.gov/es/jobs-and-training/Trade\_Act\_Espanol/).

El programa de subsidio de salario ofrece subsidios a las personas mayores de 50 años que regresan a su trabajo y ganan menos de lo que percibían antes de que sus empleos se vieran afectados por el comercio exterior.

### **Extensión de beneficios**

Las extensiones de beneficios están disponibles para los trabajadores que han agotado todos sus beneficios del desempleo regular cuando la tasa de desempleo sea igual o exceda cierto porcentaje establecido por una ley del estado o del gobierno federal, o cuando el gobierno federal apruebe una ley especial de extensión de beneficios.

### **Trabajo compartido**

El Programa de Trabajo Compartido ayuda a los empleadores que participan a minimizar o eliminar la necesidad de despidos si ha disminuido la producción del negocio o los servicios. Esto permite a los empleadores mantener a sus trabajadores cualificados y recuperarse rápidamente cuando mejoren las condiciones del negocio.

Para participar, el empleador debe enviar una solicitud y cumplir con todos los requisitos, incluidos y sin limitarse a:

- Ser un negocio legalmente constituido en California.
- Tener un mínimo de dos empleados y por lo menos el 10 por ciento de los trabajadores regulares debe estar afectado por la reducción de al menos 10 por ciento y no más del 60 por ciento tanto en horas y salarios percibidos.

- Los beneficios de salud y retiro deben ser los mismos que anteriormente tenían los empleados afectados, o deben cumplir los mismos estándares que los de los demás empleados que no participan en el Programa de Trabajo Compartido.
- La unidad negociadora de los empleados debe estar de acuerdo en participar voluntariamente y firmar la solicitud del Trabajo Compartido.

Con el trabajo compartido, los empleados participantes cuyas horas y salarios han sido reducidos pueden:

- Recibir beneficios del UI correspondientes al porcentaje de sus horas y salarios que han sido reducidos
- Mantener su trabajo actual
- Evitar problemas financieros

Para más información, visite [Programa de Trabajo Compartido](http://edd.ca.gov/es/unemployment/Work_Sharing_Program_Espanol/) (edd.ca.gov/es/unemployment/Work\_Sharing\_Program\_Espanol/).

### **Solicitudes parciales**

Similar al Programa de Trabajo Compartido, las solicitudes parciales son una alternativa a los despidos y permiten a los empleadores mantener su personal al reducir sus ingresos.

El empleador certifica que espera que el empleado regrese a trabajar y le entrega la notificación titulada en inglés *Notice of Reduced Earnings (DE 2063)* (edd.ca.gov/siteassets/files/pdf\_pub\_ctr/de2063.pdf) o la notificación titulada en inglés *Notice of Reduced Earnings (Fisherperson) (DE 2063F)* (edd.ca.gov/siteassets/files/pdf\_pub\_ctr/de2063f.pdf) para que solicite el desempleo.

Los empleados que participan en este programa se consideran parcialmente empleados y no se requiere que busquen empleo para recibir beneficios.

Para más información visite [Solicitudes parciales](http://edd.ca.gov/es/unemployment/Partial_Claims_espanol/) (edd.ca.gov/es/unemployment/Partial\_Claims\_espanol/).

### **Beneficios por desempleo para los empleados del ferrocarril**

Los empleados del ferrocarril pueden solicitar beneficios de acuerdo con la Ley del Seguro de Desempleo del Ferrocarril de los Estados Unidos. Este programa es administrado por la Junta de Retiro de Ferrocarrileros de Estados Unidos (RRB, por sus siglas en inglés).

Para presentar una solicitud, llame al 1-877-772-5772, entre las 9:00 a.m. a las 3:30 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante de la RRB o presentar la solicitud por internet ante US Railroad Retirement Board en rrb.gov (solamente en inglés).

## **Prevención y detección del fraude al Seguro de Desempleo**

El EDD considera el tema de la seguridad de la información personal y confidencial como un asunto muy serio. Por consiguiente, toda la información que presente ante nosotros está encriptada. Se han creado medidas de seguridad adicionales para proteger su información personal contra el fraude de impostores y robo de identidad.

El fraude por impostores ocurre cuando alguien intencionalmente solicita el desempleo usando la información personal o del empleo de otra persona. Nosotros investigamos activamente los casos de fraude de impostores y estamos comprometidos a proteger las identidades de los solicitantes legítimos.

Si sospechamos que hay un problema de robo de identidad, usted recibirá una petición para confirmar la información que proporcionó. También nos comunicaremos con sus empleadores anteriores y entidades del gobierno para verificar sus documentos e información.

Para más información, descargue el folleto titulado *Proteja su identidad y pare el fraude de impostores del Seguro de Desempleo (DE 2360EE/S)* (PDF) ([edd.ca.gov/siteassets/files/pdf\\_pub\\_ctr/de2360ees.pdf](http://edd.ca.gov/siteassets/files/pdf_pub_ctr/de2360ees.pdf)).

Para reportar un incidente de fraude del UI, visite Ask EDD ([askedd.edd.ca.gov](http://askedd.edd.ca.gov)) y seleccione **Report Fraud** para presentar el formulario titulado en inglés *Fraud Reporting Form* o llame gratis a la línea directa al 1-800-229-6297.

## **Sanciones**

El realizar una declaración falsa o retener información para recibir beneficios podría ser un delito. Las sanciones pueden incluir la pérdida de beneficios, ser descalificado por haber hecho una declaración falsa y enjuiciamiento criminal.

La descalificación por haber realizado una declaración falsa le niega beneficios de 2 a 23 semanas. La sanción permanece en su expediente por tres años o hasta que cumpla el período de la sanción, lo que ocurra primero. Para cumplir con las semanas de castigo, debe seguir realizando la certificación para beneficios y cumplir con todos los requisitos de elegibilidad. No se le pagará durante este período.

## **Auditoría de los beneficios**

Realizamos auditorías mediante referencias cruzadas de la información del empleador con la información de la solicitud para determinar si el solicitante reportó apropiadamente todos sus empleos, salarios y otros ingresos al EDD mientras recibía beneficios por desempleo. Los sobrepagos y sanciones que son identificados como resultado de estas auditorías permiten asegurar la solvencia de los fondos fiduciarios del UI y permiten reducir los impuestos del UI.

## **Verificación de su número de Seguro Social**

El EDD puede solicitar que verifique su número de Seguro Social (SSN) como le fue asignado por la Administración del Seguro Social (SSA).

Su elegibilidad para recibir beneficios puede ser afectada si:

- El SSN que proporcionó está bajo un nombre diferente o pertenece a otra persona
- El SSN no es válido
- El SSN nunca no fue emitido por la SSA
- Los salarios en el período reglamentario corresponden a otra persona
- La fecha de nacimiento que aparece en el SSA es diferente a la fecha de nacimiento que proporcionó cuando presentó la solicitud

Si el EDD requiere que verifique su número de SSN, es posible que le pidamos que presente una copia de su estado de cuenta anual emitido por la Administración del Seguro Social. Para obtener una copia del documento, visite la página de la [Administración del Seguro Social](http://ssa.gov) (ssa.gov).

Una copia de su tarjeta del Seguro Social no cumple con este requisito.

## **Seguro Estatal de Incapacidad**

El Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) está compuesto por el Seguro de Incapacidad (DI) y el Permiso Familiar Pagado (PFL). El programa es financiado en su totalidad por los trabajadores de California a través de deducciones de la nómina del empleado, las cuales aparecen como CASDI en los talones de cheques.

### **Excepciones:**

- Los empleados de entidades públicas locales (con la excepción de los trabajadores de los hospitales del distrito) no cuentan con cobertura del SDI, a menos que el empleador elija dicha cobertura.
- Los empleados del estado o de las instituciones de educación superior que son financiadas por el estado pueden elegir a través de sus unidades de negociación (sindicatos) tener cobertura del SDI.
- Las personas que trabajan por cuenta propia pueden elegir tener cobertura del SDI.

**Nota:** Su estatus migratorio o de ciudadanía no afecta su elegibilidad para el SDI.

## Seguro de Incapacidad

El Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés) ofrece beneficios a corto plazo que reemplazan una parte de los salarios de los trabajadores elegibles que no pueden trabajar a causa de una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, o por embarazo.

**Cuándo presentar una solicitud:** Presente su solicitud a más tardar nueve días después del primer día en que empezó su incapacidad, pero dentro de un plazo de 49 días a partir del primer día en que empezó su incapacidad o podría perder sus beneficios.

Para que su solicitud sea procesada de manera rápida, use [SDI Online](http://edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/SDI\_Online\_Espanol/).

**Excepción:** Si presenta otra solicitud dentro de 60 días a partir de la fecha en que presentó la solicitud inicial, por la misma causa o condición médica o algo relacionado, ya no tendrá que cumplir con la semana de espera.

Para presentar una solicitud u obtener información adicional, visite [Seguro Estatal de Incapacidad](http://edd.ca.gov/es/disability/) (edd.ca.gov/es/disability/). Nuestro personal está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del Pacífico), excepto los días festivos del estado.

Consulte la página 24 para ver una lista con los números de teléfonos del DI.

## Permiso Familiar Pagado

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés) ofrece beneficios a corto plazo que sustituyen una parte del salario de los trabajadores que necesitan ausentarse de su empleo para cuidar a un hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge o pareja doméstica registrada que se encuentra gravemente enfermo. Los beneficios están disponibles para los padres de familia que necesitan tomar tiempo para establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo recién nacido, adoptado o bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*). Los beneficios también están disponibles para las personas que necesitan ausentarse de su empleo para participar en un evento aprobado como resultado del despliegue militar del cónyuge, pareja doméstica registrada, padre o hijo en el extranjero.

**Cuándo presentar una solicitud:** Presente su solicitud no antes del primer día en que empiece su ausencia familiar, pero dentro de 41 días a partir de la fecha en que su ausencia familiar empezó o podría perder sus beneficios.

Para que su solicitud sea procesada de manera más rápida, use [SDI Online](http://edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/SDI\_Online\_Espanol/).

Para más información o para presentar una solicitud, visite [Permiso Familiar Pagado](http://edd.ca.gov/Disability/paid_family_leave_espanol.htm) (edd.ca.gov/Disability/paid\_family\_leave\_espanol.htm).

Nuestro personal está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del Pacífico), excepto los días festivos del estado.

Consulte la página 24 para ver una lista con los números de teléfonos del PFL.

## **Servicios de la Fuerza Laboral**

En colaboración con agencias municipales y estatales, ofrecemos de forma gratuita a través de los Centro de Empleo de América en California (AJCC, por sus siglas en inglés) una gama de servicios de empleo y capacitación laboral para quienes buscan empleo.

A través de los AJCC, el EDD ayuda a las personas que buscan empleo con talleres para la búsqueda y elaboración de un currículum, ferias de empleo y referencias para otros colaboradores de la fuerza laboral, y mucho más. Para más información, encuentre su AJCC más cercano utilizando el [localizador de oficinas](http://edd.ca.gov/en/office_locator/) ([edd.ca.gov/en/office\\_locator/](http://edd.ca.gov/en/office_locator/)).

### **CalJOBS<sup>SM</sup>**

CalJOBS es un sistema por internet de California que ayuda a las personas que buscan empleo y a los empleadores a navegar los servicios de nuestra fuerza laboral. Este sistema le permite de forma fácil a los usuarios buscar empleo, elaborar un currículum, acceder a recursos profesionales, encontrar candidatos cualificados para el empleo y obtener información sobre programas educativos y de capacitación laboral.

Las personas que buscan empleo pueden:

- Crear y subir múltiples versiones de su currículum
- Buscar y solicitar empleos
- Crear alertas para vacantes
- Buscar empleadores
- Elaborar currículums personalizados que sean visibles a los posibles empleadores

**Nota:** Para muchos solicitantes del desempleo es un requisito de elegibilidad registrarse y crear una cuenta con CalJOBS. Para registrarse, visite [CalJOBS](http://CalJOBS) ([caljobs.ca.gov](http://caljobs.ca.gov)).

### **Programa para Trabajadores Agrícolas Migrantes y de Temporada**

El programa para Trabajadores Agrícolas Migrantes y de Temporada (MSFW, por sus siglas en inglés) ayuda a los trabajadores agrícolas que no están familiarizados con los servicios que ofrece el AJCC.

Tales servicios gratuitos incluyen:

- Referencias a servicios de ayuda locales
- Información general sobre el Seguro de Desempleo y el Seguro de Incapacidad
- Asistencia con los servicios de empleo y quejas relacionadas a la ley laboral
- Información sobre los derechos laborales de los trabajadores de campo
- Asistencia en la búsqueda de empleo, perspectivas laborales y referencias a empleos

### **Servicios para veteranos**

El EDD brinda asistencia a los veteranos para ayudarlos a alcanzar sus metas laborales y de capacitación. Los servicios incluyen información sobre el mercado laboral, retener por 24 horas las listas de empleos para darle prioridad a los veteranos, asistencia personalizada para la búsqueda de empleo, ferias de empleo, talleres laborales, reclutamiento de empleadores y otros recursos.

### **Programa de Oportunidad de Empleo para los Jóvenes**

El programa Oportunidad de Empleo para los Jóvenes ofrece asistencia a los jóvenes de entre 15 a 25 años de edad para ayudarlos a lograr sus metas educativas y profesionales. Estos servicios incluyen asesoramiento entre pares, referencias a servicios de apoyo, talleres laborales, referencias de empleo, asistencia para colocación en el empleo y referencias a centros de capacitación y otros recursos comunitarios disponibles.

Para más información sobre estos programas y los servicios mencionados anteriormente, visite [Empleos y capacitación](http://edd.ca.gov/es/jobs-and-training/) (edd.ca.gov/es/jobs-and-training/).

Tabla de beneficios del Seguro de Desempleo  
para solicitudes nuevas con una fecha vigente del 2 de enero de 2005 o posterior

Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal	Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal	Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal
\$ 900.00 – 948.99	\$40	\$ 2,210.01 – 2,236.00	\$86	\$ 3,406.01 – 3,432.00	\$132
949.00 – 974.99	41	2,236.01 – 2,262.00	87	3,432.01 – 3,458.00	133
975.00 – 1,000.99	42	2,262.01 – 2,288.00	88	3,458.01 – 3,484.00	134
1,001.00 – 1,026.99	43	2,288.01 – 2,314.00	89	3,484.01 – 3,510.00	135
1,027.00 – 1,052.99	44	2,314.01 – 2,340.00	90	3,510.01 – 3,536.00	136
1,053.00 – 1,078.99	45	2,340.01 – 2,366.00	91	3,536.01 – 3,562.00	137
1,079.00 – 1,117.99	46	2,366.01 – 2,392.00	92	3,562.01 – 3,588.00	138
1,118.00 – 1,143.99	47	2,392.01 – 2,418.00	93	3,588.01 – 3,614.00	139
1,144.00 – 1,169.99	48	2,418.01 – 2,444.00	94	3,614.01 – 3,640.00	140
1,170.00 – 1,195.99	49	2,444.01 – 2,470.00	95	3,640.01 – 3,666.00	141
1,196.00 – 1,221.99	50	2,470.01 – 2,496.00	96	3,666.01 – 3,692.00	142
1,222.00 – 1,247.99	51	2,496.01 – 2,522.00	97	3,692.01 – 3,718.00	143
1,248.00 – 1,286.99	52	2,522.01 – 2,548.00	98	3,718.01 – 3,744.00	144
1,287.00 – 1,312.99	53	2,548.01 – 2,574.00	99	3,744.01 – 3,770.00	145
1,313.00 – 1,338.99	54	2,574.01 – 2,600.00	100	3,770.01 – 3,796.00	146
1,339.00 – 1,364.99	55	2,600.01 – 2,626.00	101	3,796.01 – 3,822.00	147
1,365.00 – 1,403.99	56	2,626.01 – 2,652.00	102	3,822.01 – 3,848.00	148
1,404.00 – 1,429.99	57	2,652.01 – 2,678.00	103	3,848.01 – 3,874.00	149
1,430.00 – 1,455.99	58	2,678.01 – 2,704.00	104	3,874.01 – 3,900.00	150
1,456.00 – 1,494.99	59	2,704.01 – 2,730.00	105	3,900.01 – 3,926.00	151
1,495.00 – 1,520.99	60	2,730.01 – 2,756.00	106	3,926.01 – 3,952.00	152
1,521.00 – 1,546.99	61	2,756.01 – 2,782.00	107	3,952.01 – 3,978.00	153
1,547.00 – 1,585.99	62	2,782.01 – 2,808.00	108	3,978.01 – 4,004.00	154
1,586.00 – 1,611.99	63	2,808.01 – 2,834.00	109	4,004.01 – 4,030.00	155
1,612.00 – 1,637.99	64	2,834.01 – 2,860.00	110	4,030.01 – 4,056.00	156
1,638.00 – 1,676.99	65	2,860.01 – 2,886.00	111	4,056.01 – 4,082.00	157
1,677.00 – 1,702.99	66	2,886.01 – 2,912.00	112	4,082.01 – 4,108.00	158
1,703.00 – 1,741.99	67	2,912.01 – 2,938.00	113	4,108.01 – 4,134.00	159
1,742.00 – 1,767.99	68	2,938.01 – 2,964.00	114	4,134.01 – 4,160.00	160
1,768.00 – 1,806.99	69	2,964.01 – 2,990.00	115	4,160.01 – 4,186.00	161
1,807.00 – 1,832.99	70	2,990.01 – 3,016.00	116	4,186.01 – 4,212.00	162
1,833.00 – 1,846.00	71	3,016.01 – 3,042.00	117	4,212.01 – 4,238.00	163
1,846.01 – 1,872.00	72	3,042.01 – 3,068.00	118	4,238.01 – 4,264.00	164
1,872.01 – 1,898.00	73	3,068.01 – 3,094.00	119	4,264.01 – 4,290.00	165
1,898.01 – 1,924.00	74	3,094.01 – 3,120.00	120	4,290.01 – 4,316.00	166
1,924.01 – 1,950.00	75	3,120.01 – 3,146.00	121	4,316.01 – 4,342.00	167
1,950.01 – 1,976.00	76	3,146.01 – 3,172.00	122	4,342.01 – 4,368.00	168
1,976.01 – 2,002.00	77	3,172.01 – 3,198.00	123	4,368.01 – 4,394.00	169
2,002.01 – 2,028.00	78	3,198.01 – 3,224.00	124	4,394.01 – 4,420.00	170
2,028.01 – 2,054.00	79	3,224.01 – 3,250.00	125	4,420.01 – 4,446.00	171
2,054.01 – 2,080.00	80	3,250.01 – 3,276.00	126	4,446.01 – 4,472.00	172
2,080.01 – 2,106.00	81	3,276.01 – 3,302.00	127	4,472.01 – 4,498.00	173
2,106.01 – 2,132.00	82	3,302.01 – 3,328.00	128	4,498.01 – 4,524.00	174
2,132.01 – 2,158.00	83	3,328.01 – 3,354.00	129	4,524.01 – 4,550.00	175
2,158.01 – 2,184.00	84	3,354.01 – 3,380.00	130	4,550.01 – 4,576.00	176
2,184.01 – 2,210.00	85	3,380.01 – 3,406.00	131	4,576.01 – 4,602.00	177

Tabla de beneficios del Seguro de Desempleo  
para solicitudes nuevas con una fecha vigente del 2 de enero de 2005 o posterior

Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal	Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal	Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal
\$ 4,602.01 – 4,628.00	\$178	\$ 5,798.01 – 5,824.00	\$224	\$ 6,994.01 – 7,020.00	\$270
4,628.01 – 4,654.00	179	5,824.01 – 5,850.00	225	7,020.01 – 7,046.00	271
4,654.01 – 4,680.00	180	5,850.01 – 5,876.00	226	7,046.01 – 7,072.00	272
4,680.01 – 4,706.00	181	5,876.01 – 5,902.00	227	7,072.01 – 7,098.00	273
4,706.01 – 4,732.00	182	5,902.01 – 5,928.00	228	7,098.01 – 7,124.00	274
4,732.01 – 4,758.00	183	5,928.01 – 5,954.00	229	7,124.01 – 7,150.00	275
4,758.01 – 4,784.00	184	5,954.01 – 5,980.00	230	7,150.01 – 7,176.00	276
4,784.01 – 4,810.00	185	5,980.01 – 6,006.00	231	7,176.01 – 7,202.00	277
4,810.01 – 4,836.00	186	6,006.01 – 6,032.00	232	7,202.01 – 7,228.00	278
4,836.01 – 4,862.00	187	6,032.01 – 6,058.00	233	7,228.01 – 7,254.00	279
4,862.01 – 4,888.00	188	6,058.01 – 6,084.00	234	7,254.01 – 7,280.00	280
4,888.01 – 4,914.00	189	6,084.01 – 6,110.00	235	7,280.01 – 7,306.00	281
4,914.01 – 4,940.00	190	6,110.01 – 6,136.00	236	7,306.01 – 7,332.00	282
4,940.01 – 4,966.00	191	6,136.01 – 6,162.00	237	7,332.01 – 7,358.00	283
4,966.01 – 4,992.00	192	6,162.01 – 6,188.00	238	7,358.01 – 7,384.00	284
4,992.01 – 5,018.00	193	6,188.01 – 6,214.00	239	7,384.01 – 7,410.00	285
5,018.01 – 5,044.00	194	6,214.01 – 6,240.00	240	7,410.01 – 7,436.00	286
5,044.01 – 5,070.00	195	6,240.01 – 6,266.00	241	7,436.01 – 7,462.00	287
5,070.01 – 5,096.00	196	6,266.01 – 6,292.00	242	7,462.01 – 7,488.00	288
5,096.01 – 5,122.00	197	6,292.01 – 6,318.00	243	7,488.01 – 7,514.00	289
5,122.01 – 5,148.00	198	6,318.01 – 6,344.00	244	7,514.01 – 7,540.00	290
5,148.01 – 5,174.00	199	6,344.01 – 6,370.00	245	7,540.01 – 7,566.00	291
5,174.01 – 5,200.00	200	6,370.01 – 6,396.00	246	7,566.01 – 7,592.00	292
5,200.01 – 5,226.00	201	6,396.01 – 6,422.00	247	7,592.01 – 7,618.00	293
5,226.01 – 5,252.00	202	6,422.01 – 6,448.00	248	7,618.01 – 7,644.00	294
5,252.01 – 5,278.00	203	6,448.01 – 6,474.00	249	7,644.01 – 7,670.00	295
5,278.01 – 5,304.00	204	6,474.01 – 6,500.00	250	7,670.01 – 7,696.00	296
5,304.01 – 5,330.00	205	6,500.01 – 6,526.00	251	7,696.01 – 7,722.00	297
5,330.01 – 5,356.00	206	6,526.01 – 6,552.00	252	7,722.01 – 7,748.00	298
5,356.01 – 5,382.00	207	6,552.01 – 6,578.00	253	7,748.01 – 7,774.00	299
5,382.01 – 5,408.00	208	6,578.01 – 6,604.00	254	7,774.01 – 7,800.00	300
5,408.01 – 5,434.00	209	6,604.01 – 6,630.00	255	7,800.01 – 7,826.00	301
5,434.01 – 5,460.00	210	6,630.01 – 6,656.00	256	7,826.01 – 7,852.00	302
5,460.01 – 5,486.00	211	6,656.01 – 6,682.00	257	7,852.01 – 7,878.00	303
5,486.01 – 5,512.00	212	6,682.01 – 6,708.00	258	7,878.01 – 7,904.00	304
5,512.01 – 5,538.00	213	6,708.01 – 6,734.00	259	7,904.01 – 7,930.00	305
5,538.01 – 5,564.00	214	6,734.01 – 6,760.00	260	7,930.01 – 7,956.00	306
5,564.01 – 5,590.00	215	6,760.01 – 6,786.00	261	7,956.01 – 7,982.00	307
5,590.01 – 5,616.00	216	6,786.01 – 6,812.00	262	7,982.01 – 8,008.00	308
5,616.01 – 5,642.00	217	6,812.01 – 6,838.00	263	8,008.01 – 8,034.00	309
5,642.01 – 5,668.00	218	6,838.01 – 6,864.00	264	8,034.01 – 8,060.00	310
5,668.01 – 5,694.00	219	6,864.01 – 6,890.00	265	8,060.01 – 8,086.00	311
5,694.01 – 5,720.00	220	6,890.01 – 6,916.00	266	8,086.01 – 8,112.00	312
5,720.01 – 5,746.00	221	6,916.01 – 6,942.00	267	8,112.01 – 8,138.00	313
5,746.01 – 5,772.00	222	6,942.01 – 6,968.00	268	8,138.01 – 8,164.00	314
5,772.01 – 5,798.00	223	6,968.01 – 6,994.00	269	8,164.01 – 8,190.00	315

Tabla de beneficios del Seguro de Desempleo  
para solicitudes nuevas con una fecha vigente del 2 de enero de 2005 o posterior

Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal	Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal	Cantidad de salarios en el trimestre de mayores ingresos	Cantidad de beneficios semanal
\$ 8,190.01 – 8,216.00	316	\$ 9,386.01 – 9,412.00	362	\$10,582.01 – 10,608.00	408
8,216.01 – 8,242.00	317	9,412.01 – 9,438.00	363	10,608.01 – 10,634.00	409
8,242.01 – 8,268.00	318	9,438.01 – 9,464.00	364	10,634.01 – 10,660.00	410
8,268.01 – 8,294.00	319	9,464.01 – 9,490.00	365	10,660.01 – 10,686.00	411
8,294.01 – 8,320.00	320	9,490.01 – 9,516.00	366	10,686.01 – 10,712.00	412
8,320.01 – 8,346.00	321	9,516.01 – 9,542.00	367	10,712.01 – 10,738.00	413
8,346.01 – 8,372.00	322	9,542.01 – 9,568.00	368	10,738.01 – 10,764.00	414
8,372.01 – 8,398.00	323	9,568.01 – 9,594.00	369	10,764.01 – 10,790.00	415
8,398.01 – 8,424.00	324	9,594.01 – 9,620.00	370	10,790.01 – 10,816.00	416
8,424.01 – 8,450.00	325	9,620.01 – 9,646.00	371	10,816.01 – 10,842.00	417
8,450.01 – 8,476.00	326	9,646.01 – 9,672.00	372	10,842.01 – 10,868.00	418
8,476.01 – 8,502.00	327	9,672.01 – 9,698.00	373	10,868.01 – 10,894.00	419
8,502.01 – 8,528.00	328	9,698.01 – 9,724.00	374	10,894.01 – 10,920.00	420
8,528.01 – 8,554.00	329	9,724.01 – 9,750.00	375	10,920.01 – 10,946.00	421
8,554.01 – 8,580.00	330	9,750.01 – 9,776.00	376	10,946.01 – 10,972.00	422
8,580.01 – 8,606.00	331	9,776.01 – 9,802.00	377	10,972.01 – 10,998.00	423
8,606.01 – 8,632.00	332	9,802.01 – 9,828.00	378	10,998.01 – 11,024.00	424
8,632.01 – 8,658.00	333	9,828.01 – 9,854.00	379	11,024.01 – 11,050.00	425
8,658.01 – 8,684.00	334	9,854.01 – 9,880.00	380	11,050.01 – 11,076.00	426
8,684.01 – 8,710.00	335	9,880.01 – 9,906.00	381	11,076.01 – 11,102.00	427
8,710.01 – 8,736.00	336	9,906.01 – 9,932.00	382	11,102.01 – 11,128.00	428
8,736.01 – 8,762.00	337	9,932.01 – 9,958.00	383	11,128.01 – 11,154.00	429
8,762.01 – 8,788.00	338	9,958.01 – 9,984.00	384	11,154.01 – 11,180.00	430
8,788.01 – 8,814.00	339	9,984.01 – 10,010.00	385	11,180.01 – 11,206.00	431
8,814.01 – 8,840.00	340	10,010.01 – 10,036.00	386	11,206.01 – 11,232.00	432
8,840.01 – 8,866.00	341	10,036.01 – 10,062.00	387	11,232.01 – 11,258.00	433
8,866.01 – 8,892.00	342	10,062.01 – 10,088.00	388	11,258.01 – 11,284.00	434
8,892.01 – 8,918.00	343	10,088.01 – 10,114.00	389	11,284.01 – 11,310.00	435
8,918.01 – 8,944.00	344	10,114.01 – 10,140.00	390	11,310.01 – 11,336.00	436
8,944.01 – 8,970.00	345	10,140.01 – 10,166.00	391	11,336.01 – 11,362.00	437
8,970.01 – 8,996.00	346	10,166.01 – 10,192.00	392	11,362.01 – 11,388.00	438
8,996.01 – 9,022.00	347	10,192.01 – 10,218.00	393	11,388.01 – 11,414.00	439
9,022.01 – 9,048.00	348	10,218.01 – 10,244.00	394	11,414.01 – 11,440.00	440
9,048.01 – 9,074.00	349	10,244.01 – 10,270.00	395	11,440.01 – 11,466.00	441
9,074.01 – 9,100.00	350	10,270.01 – 10,296.00	396	11,466.01 – 11,492.00	442
9,100.01 – 9,126.00	351	10,296.01 – 10,322.00	397	11,492.01 – 11,518.00	443
9,126.01 – 9,152.00	352	10,322.01 – 10,348.00	398	11,518.01 – 11,544.00	444
9,152.01 – 9,178.00	353	10,348.01 – 10,374.00	399	11,544.01 – 11,570.00	445
9,178.01 – 9,204.00	354	10,374.01 – 10,400.00	400	11,570.01 – 11,596.00	446
9,204.01 – 9,230.00	355	10,400.01 – 10,426.00	401	11,596.01 – 11,622.00	447
9,230.01 – 9,256.00	356	10,426.01 – 10,452.00	402	11,622.01 – 11,648.00	448
9,256.01 – 9,282.00	357	10,452.01 – 10,478.00	403	11,648.01 – 11,674.00	449
9,282.01 – 9,308.00	358	10,478.01 – 10,504.00	404	11,674.01 – o más	450
9,308.01 – 9,334.00	359	10,504.01 – 10,530.00	405		
9,334.01 – 9,360.00	360	10,530.01 – 10,556.00	406		
9,360.01 – 9,386.00	361	10,556.01 – 10,582.00	407		

## Cómo obtener ayuda

### Por internet

- Para más información sobre los servicios y programas del EDD, visite el [sitio web de EDD](http://edd.ca.gov) (edd.ca.gov).
- Para hacer preguntas, ingrese a su cuenta de UI Online o SDI Online, o a través del sitio web en inglés [Ask EDD](http://askedd.edd.ca.gov) (askedd.edd.ca.gov).
- Para localizar su AJCC más cercano, visite [Localizador de oficinas](http://edd.ca.gov/es/Office_Locator/) (edd.ca.gov/es/Office\_Locator/).

### Por teléfono

Todos nuestros números de teléfonos son gratuitos. Para personas sordas o con problemas auditivos, proporcione uno de los siguientes números a la operadora.

#### Seguro de Desempleo

El personal del EDD está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5 p.m. (hora del Pacífico), excepto los días festivos del estado.

Inglés	1-800-300-5616
Español	1-800-326-8937
TTY (teletipo)	1-800-815-9387

#### Seguro de Incapacidad

El personal del EDD está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del Pacífico), excepto los días festivos del estado.

Inglés	1-800-480-3287
Español	1-866-658-8846
TTY (teletipo)	1-800-563-2441

#### Permiso Familiar Pagado

El personal del EDD está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del Pacífico), excepto los días festivos del estado.

Inglés	1-877-238-4373
Español	1-877-379-3819
TTY (teletipo)	1-800-445-1312



**ESTADO DE CALIFORNIA**

**AGENCIA DEL TRABAJO Y DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL**

**DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO**

La presente publicación *Para sus beneficios: Programas del estado de California para las personas desempleadas* (DE 2320/S) puede verse, imprimirse y ordenarse por internet en la página titulada en inglés [Online Forms and Publications](http://forms.edd.ca.gov/forms) ([forms.edd.ca.gov/forms](http://forms.edd.ca.gov/forms)).

El EDD es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Los servicios auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten.

Advertencia: Si usted optó por la opción de no recibir formularios impresos, es posible que aún sea necesario que el EDD envíe algunos documentos por el correo postal de los EE.UU.

**LOS EMPLEADORES DEBEN DAR ESTA INFORMACIÓN A LOS TRABAJADORES NUEVOS CUANDO SON CONTRATADOS Y A AQUELLOS TRABAJADORES QUE LO SOLICITEN**

DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, AGRESIÓN SEXUAL, ACOSO, DELITOS QUE CAUSEN LESIÓN FÍSICA O LESIÓN MENTAL, Y DELITOS QUE INVOLUCREN UNA AMENAZA DE LESIÓN FÍSICA; Y DE PERSONAS CUYO FAMILIAR INMEDIATO FALLECIÓ COMO RESULTADO DIRECTO DE UN DELITO

***Su Derecho de Ausentarse por un Tiempo:***

- Tiene derecho a tomar tiempo libre del trabajo para obtener alivio de un tribunal, incluyendo para obtener una orden de restricción, para proteger la salud y la seguridad o el bienestar de usted y de sus hijos.
- Si su compañía tiene 25 trabajadores o más, usted puede obtener un permiso para tomar tiempo libre del trabajo para recibir atención médica por lesiones causadas por delitos o abusos, recibir servicios de un refugio contra la violencia doméstica, programa, centro de crisis por violación, o organización o agencia de servicios para víctimas como resultado del delito o abuso, recibir asesoramiento psicológico o servicios de salud mental relacionados con una experiencia de delito o abuso, o participar en la planificación de la seguridad y tomar otras medidas para aumentar la seguridad contra futuros delitos o abusos.
- Puede usar tiempo libre disponible de vacaciones, enfermedad, personal, o compensatorio, a menos que esté bajo un acuerdo sindical que indique algo diferente. Incluso, aunque no tenga tiempo libre pagado disponible, tiene el derecho de ausentarse del trabajo.
- En general, no tiene que entregarle pruebas a su empleador para ausentarse por estas razones.
- Si puede, debería de avisarle a su empleador antes de ausentarse del trabajo. Incluso si no puede avisarle a su empleador de antemano, su empleador no puede disciplinarlo si usted presenta pruebas que expliquen el motivo de su ausencia dentro de un tiempo razonable. La prueba puede ser un informe policial, una orden judicial, un documento de un profesional médico autorizado, un defensor de víctimas, un proveedor de atención médica autorizado o un consejero que demuestre que estaba recibiendo tratamiento por un trauma relacionado con la violencia doméstica o una declaración escrita firmada por usted, o una persona que actúe en su nombre, certificando que la ausencia es para un propósito autorizado.

***Su Derecho a un Ajuste Razonable:***

- Tiene derecho a pedirle ayuda o cambios en su lugar de trabajo para asegurarse de que está seguro en el trabajo. Su empleador debe colaborar con usted para ver qué cambios se pueden hacer. Los cambios en el lugar de trabajo pueden incluir poner candados, cambiar su turno o número de teléfono, transferirlo o reasignarlo, o ayudar a mantener un registro de lo que le sucedió. Su empleador puede pedirle una declaración firmada para certificar que el motivo de su solicitud tiene un propósito adecuado, y también puede pedirle pruebas que demuestren su necesidad de hacer modificaciones. Su empleador no puede informarle a sus compañeros de trabajo ni a nadie más sobre su solicitud.

## ***Su Derecho a Ser Libre de Represalias y Discriminación:***

Su empleador no puede tratarlo diferente ni despedirlo porque:

- Es víctima de violencia doméstica, agresión sexual, acoso, un crimen que causó daño físico o daño mental, o un crimen que involucra amenaza de daño físico; o es alguien cuyo familiar inmediato ha fallecido como resultado directo de un delito.
- Solicitó un permiso para obtener asistencia por estos motivos.
- Pidió ayuda a su empleador o le pidió cambios en el lugar de trabajo para asegurarse de estar seguro en el trabajo.

## ***Puede presentar un reclamo contra su empleador ante la Oficina del Comisionado Laboral si él/ella toma represalias o lo discrimina.***

Para más información, comuníquese con la Oficina del Comisionado Laboral de California. Podemos ayudarle al número telefónico 213-897-6595 o puede buscar una oficina local en nuestra página web: [www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm](http://www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm). Le facilitaremos un intérprete en su idioma sin costo alguno en caso de que no hable inglés. Este aviso explica los derechos contenidos en las Secciones 230 y 230.1 del Código Laboral de California. Los empleadores pueden utilizar este aviso o alguno que se le parezca mucho en contenido y claridad.