

(Fold)

Lista de las oficinas del Seguro de Incapacidad (DI)

Chico 645 Salem Street
(escriba a: PO Box 8190, Chico, CA 95927-8190)

Chino Hills ... 15315 Fairfield Ranch Road, Ste. 100
(escriba a: PO Box 60006, City of Industry, CA 91716-0006)

Fresno 2555 S. Elm Avenue
(escriba a: PO Box 32, Fresno, CA 93707-0032)

Long Beach ... 4300 Long Beach Blvd., Ste. 600
(escriba a: PO Box 469, Long Beach, CA 90801-0469)

Los Angeles 888 S. Figueroa Street, Ste. 200
(escriba a: PO Box 513096, Los Angeles, CA 90051-1096)

Oakland 7677 Oakport Street, Ste. 325
(escriba a: PO Box 1857, Oakland, CA 94606-1857)

Sacramento 5009 Broadway
(PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140)

San Bernardino 371 West 3rd Street
(escriba a: PO Box 781, San Bernardino, CA 92402-0781)

San Diego ... 9246 Lightwave Avenue, Bldg. A, Ste. 300
(escriba a: PO Box 120831, San Diego, CA 92112-0831)

San Francisco 745 Franklin Street, Rm. 300
(escriba a: PO Box 193534, San Francisco, CA 94119-3534)

San Jose 297 West Hedding Street
(escriba a: PO Box 637, San Jose, CA 95106-0637)

Santa Ana 2 MacArthur Place, Suite 400
(escriba a: PO Box 1466, Santa Ana, CA 92702-1466)

Santa Barbara 128 East Ortega Street
(escriba a: PO Box 1529, Santa Barbara, CA 93102-1529)

Santa Rosa 606 Healdsburg Avenue
(escriba a: PO Box 700, Santa Rosa, CA 95402-0700)

Stockton 3127 Transworld Dr., Ste. 150
(escriba a: PO Box 201006, Stockton, CA 95201-9006)

Los empleados del Gobierno Estatal de California
(escriban a: PO Box 2168, Stockton, CA 95201-2168)

Van Nuys 15400 Sherman Way, Rm. 500
(escriba a: PO Box 10402, Van Nuys, CA 91410-0402)



ESTADO DE CALIFORNIA

AGENCIA DEL TRABAJO Y DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL

DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD)

Este folleto solamente proporciona información general, y no tiene ni fuerza ni efecto de ley, reglamento o regulación.

El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) ofrece igualdad de oportunidad al empleo, acceso a sus programas y servicios. Servicios de asistencia para las personas con incapacidades están disponibles cuando se soliciten. Para pedir servicios, asistencia y/o formatos alternos, comuníquese al **1-800-490-8879** o por TTY (teletipo) al 711.



INFORMACIÓN Y REQUISITOS DEL SEGURO DE INCAPACIDAD (DI)



Una **incapacidad** puede generarse por una enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que le impide al trabajador desempeñar su trabajo acostumbrado. Un caso de incapacidad puede incluir una cirugía electiva, un embarazo, un parto o condiciones médicas relacionadas.

Seguro de Incapacidad (DI)

El Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés) forma parte del programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés), el cual ha sido diseñado para reemplazar parcialmente los sueldos que un individuo puede perder debido a una incapacidad **no** relacionada con el empleo (consulte la sección "Otros programas", en este folleto, para obtener información sobre los programas y recursos disponibles para casos de incapacidad que sí están relacionados con el empleo).

Los fondos del SDI son pagados por los trabajadores de California que tienen cobertura del programa de SDI. Los costos del seguro pueden variar de un año a otro. Para estar al tanto sobre los costos actuales, visite la página de Internet de DI en www.edd.ca.gov/disability, o comuníquese a la oficina del Seguro de Incapacidad del Departamento del Desarrollo del Empleo, llamando al 1-866-480-3287, o al Centro de Asistencia al Contribuyente del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés), al 1-888-745-3886.

Opciones de planes del DI

- **Plan del estado.** El plan del DI que ofrece el estado, es el que se explica en este folleto.
- **Seguro privado (Voluntary Plan) (VP, por sus siglas en inglés).** Consiste en un plan voluntario, aprobado por el director del EDD, el cual puede sustituir al plan del estado. Los planes voluntarios pueden establecerse si el empleador y la mayoría de los empleados acuerdan establecerlo. Para obtener información sobre el VP y presentar una solicitud, debe hacerse a través su empleador. Si usted tiene cobertura de un VP, es posible que los requisitos que se indican en este folleto no apliquen para usted. Obtenga información y presente su solicitud de VP por medio de su empleador.
- **Cobertura Electiva (EC, por sus siglas en inglés).** Los empleadores y las personas que trabajan por cuenta propia, incluyendo los socios generales de una compañía o empresa, pueden elegir esta cobertura. El método que se utiliza para calcular el pago de beneficios para la EC no es el mismo que se utiliza para las personas que participan en el plan del estado. El costo de esta cobertura, el cual se define anualmente, se puede conseguir en alguna de las oficinas locales del Centro de Asistencia al Contribuyente del Departamento del Desarrollo del Estado (EDD).

Las solicitudes de beneficios de la EC se hacen de la misma manera que las solicitudes del plan del estado; sin embargo, hay algunas diferencias en los requisitos de elegibilidad las cuales se indican en este folleto.

- Para obtener información adicional o para solicitar la cobertura, comuníquese a la oficina del programa del Seguro de Incapacidad del EDD al 1-800-480-3287, al Centro de Asistencia al Contribuyente 1-888-745-3886 o visite nuestro sitio web en www.edd.ca.gov/disability.

Cómo solicitar pagos de beneficios del plan del estado

1. Utilice **SDI Online** para presentar su solicitud por Internet o para pedir el formulario en papel.
 - Por Internet, visite www.edd.ca.gov/disability.
 - Por teléfono, llamando al 1-866-480-3287.
 - Por correo postal: EDD, Disability Insurance, PO Box 989777, West Sacramento, CA 95798-9777.
- En persona, visite cualquiera de las oficinas del Seguro de

(Fold)

Incapacidad (DI) indicadas en este folleto debajo de: "Lista de las oficinas del Seguro de Incapacidad (DI)".

- Los empleados del gobierno estatal de California que tienen la cobertura del SDI, deben llamar al **1-866-352-7675**.
2. Si utiliza SDI Online para solicitar pagos de beneficios, asegúrese de contestar todas las preguntas y de completar todos los espacios requeridos. Cuando presente su solicitud se le proporcionará un número de recibo.

Si usted decide completar el formulario en papel de la *Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* (DE 2501/S), asegúrese de completar todas las secciones y de firmar la *Parte A- Declaración del Solicitante de Beneficios*. Escriba claramente en letra de molde y verifique que sus respuestas sean correctas y estén completas, ya que los errores pueden demorar el pago de los beneficios.

3. Asegúrese que su médico/profesional médico complete la sección *Part B-Physician/Practitioner's Certificate* en SDI Online o que complete la parte B del formulario en papel de la *Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* (DE 2501/S). Si presenta su solicitud en SDI Online, su doctor médico/profesional médico va a necesitar el número de recibo para poder completar la sección que le corresponde, titulada en inglés *Part B-Physician/Practitioner's Certificate*.

Por lo general, la solicitud no puede entrar en vigencia siete días antes de que el solicitante haya sido examinado o haya estado bajo el cuidado de un médico/profesional médico que certifique su incapacidad. La certificación puede ser hecha por un médico o un médico osteópata y cirujano con licencia, enfermero(a) practicante, un médico quiropráctico, un dentista, un podólogo, un optometrista, un psicólogo aprobado, o por un oficial médico autorizado de una dependencia del gobierno de los Estados Unidos. La certificación también puede ser hecha por una enfermera partera con licencia o una partera con licencia para incapacidades relacionadas al embarazo normal o de parto.

4. Presente su solicitud por Internet o envíe su formulario en papel en un plazo de 49 días contados a partir del primer día en que quedó incapacitado. Si usted presenta la solicitud tarde, es posible que pierda su elegibilidad para recibir pagos de beneficios, a menos de que la explicación de su tardanza sea aceptada como razonable.

Cómo se emiten los pagos de beneficios

Usted tiene una opción sobre cómo quiere recibir sus pagos de beneficios. Si usted es elegible para recibir pagos de beneficios, el EDD le emite los pagos de beneficios por medio de la Tarjeta de débito EDD Debit CardSM, a través del Bank of America o con un cheque que el EDD envía por correo postal. Usted no está obligado a aceptar la tarjeta de débito EDD Debit CardSM. Por favor, deje que pasen de 7 a 10 días para que le llegue su cheque por correo postal.

La mayoría de las solicitudes que se presentan completas y con la información correcta, son procesadas en un plazo de 14 días.

Sus primeros siete días de su solicitud de DI son considerados como la semana de espera, durante la cual usted no recibirá pagos de beneficios. Si se presenta otra solicitud dentro de 60 días a partir de la fecha de haber presentado la solicitud inicial, por la misma causa o condición médica o algo relacionado a esa causa, esa solicitud será tramitada como una continuación de la solicitud inicial y el solicitante no tendrá que volver a cumplir con la semana de espera. El pago de beneficios se hará tan pronto como sea posible, después de que toda la información recibida sirva para determinar la elegibilidad. Si usted cumple con todos los requisitos de elegibilidad, los pagos de beneficios serán autorizados. Si el solicitante es elegible para recibir pagos de beneficios adicionales, se le autorizarán beneficios adicionales.



(Fold)

electrónicamente o se le enviará el formulario en papel de la *Solicitud de Beneficios Continuos de Incapacidad (DI)* (DE 2500A/S) para completar y presentar por el siguiente período. Regularmente estos períodos de pago son por intervalos de dos semanas. Sin embargo, el DI hace los pagos de beneficios basados en la elegibilidad diaria en cada semana calendario de siete días. Las semanas parciales se pagan basado en la cantidad diaria (una séptima parte) de beneficios que posiblemente se le puedan pagar al solicitante por cada día que sea elegible para recibir pagos de beneficios. Por favor, deje pasar 10 días a partir de la fecha en la que presente electrónicamente o envíe por correo postal el formulario en papel de la *Solicitud de Beneficios Continuos de Incapacidad (DI)* (DE 2500A/S), para recibir el pago de beneficios correspondiente, si es que es elegible.

Cómo se determina la cantidad de pago de beneficios semanal

La cantidad de pago de beneficios semanal se basa en la cantidad total de los sueldos que ganó el solicitante durante el **período reglamentario** de 12 meses correspondiente a la solicitud. El período reglamentario se determina con base en la fecha en que primero se estableció la solicitud. Considere bien en qué fecha va a establecer la solicitud, ya que esta fecha puede afectar la cantidad de pagos de beneficios que puede recibir semanalmente, la cantidad máxima de beneficios que puede recibir en total y el período de elegibilidad por el que puede recibir pagos de beneficios.

Solamente los sueldos que ganó el solicitante durante el período reglamentario que fueron sujetos a impuestos del SDI, se pueden usar para calcular la cantidad máxima de beneficios que el solicitante puede recibir. Para ser elegible para recibir pagos de beneficios, el solicitante tiene que haber ganado por lo menos \$300 durante un trimestre del periodo reglamentario. El mes en el cual entre en vigencia la solicitud, determina cuál de los cuatro trimestres consecutivos indicados a continuación se usará para determinar la cantidad máxima de beneficios que el solicitante puede recibir.

Si su solicitud empieza en:

- **Enero, febrero, o marzo, el período reglamentario de 12 meses que le corresponde a la solicitud terminó el 30 de septiembre del año anterior.** Por ejemplo: Una solicitud establecida el 14 de febrero de 2017, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de octubre de 2015 y terminó el 30 de septiembre de 2016.
- **Abril, mayo, o junio, el período reglamentario de 12 meses que le corresponde a la solicitud terminó el 31 de diciembre del año anterior.** Por ejemplo: Una solicitud establecida el 20 de junio de 2017, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de enero de 2016 y terminó el 31 de diciembre de 2016.
- **Julio, agosto, o septiembre, el período reglamentario de 12 meses que le corresponde a la solicitud terminó el 31 de marzo del año anterior.** Por ejemplo: Una solicitud establecida el 27 de septiembre de 2017, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de abril de 2016 y terminó el 31 de marzo de 2017.
- **Octubre, noviembre, o diciembre, el período reglamentario de 12 meses que le corresponde a la solicitud terminó el 30 de junio del año anterior.** Por ejemplo: Una solicitud establecida el 2 de noviembre de 2017, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de julio de 2016 y terminó el 30 de junio de 2017.

Excepciones: Si se determina que su solicitud no es válida porque no cumple con el requisito de la cantidad mínima de sueldos que debe de haber ganado el solicitante, durante el trimestre del período reglamentario correspondiente a su solicitud, pero continúa desempleado y en busca de un empleo por más de 60 días durante cualquier otro trimestre del período reglamentario, es posible que usted pueda sustituir los sueldos



(Fold)

ganados en un trimestre anterior por los sueldos ganados en el trimestre del período reglamentario correspondiente a su solicitud.

Es posible que también se puedan sustituir los sueldos ganados en otros trimestres anteriores, ya sea para hacer válida su solicitud para beneficios de DI o para aumentar la cantidad máxima de beneficios que el solicitante pueda recibir, si durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud usted:

- Estaba prestando servicio militar.
- Recibió pagos de beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*).
- No trabajó debido a una disputa laboral.

Si su solicitud es afectada por cualquiera de las circunstancias indicadas arriba, entonces escriba una carta e incluya la documentación que compruebe el hecho y preséntelas junto con su solicitud.

Cuando usted está incapacitado y su empleador continúa pagándole su sueldo. Si su empleador continúa pagándole su sueldo mientras su solicitud de DI está activa, sus pagos de beneficios del DI pueden verse afectados. La cantidad del pago total de beneficios del DI en combinación con los sueldos pagados por un empleador no pueden ser más que la cantidad del sueldo semanal normalmente ganado por el solicitante. Los pagos de beneficios del DI no son afectados por un pago de vacaciones que reciba el solicitante.

Cantidad máxima de beneficios. El solicitante puede recibir de DI una cantidad máxima de beneficios de 52 pagos (un pago por semana), mientras la cantidad máxima no sea más que la cantidad total de los sueldos que el solicitante ganó durante el período reglamentario correspondiente a su solicitud. La excepción son aquellos empleadores y personas que trabajan por cuenta propia que eligen el plan de Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad (DIEC, por sus siglas en inglés). La cantidad máxima de beneficios que este tipo de solicitante puede recibir de DI son 39 pagos (un pago por semana).

Recuperación del abuso de las drogas o el alcohol

Los pagos de beneficios de DI se pueden pagar solamente por un período limitado a aquellas personas internadas en un establecimiento para la recuperación del alcoholismo o de tratamiento del abuso de las drogas. Se requiere que el establecimiento tenga una licencia y un certificado del estado en donde el solicitante se encuentre ubicado. Sin embargo, las incapacidades relacionadas o causadas por el alcoholismo o el abuso de drogas, que sean graves y estén bajo tratamiento médico, no tienen esta limitación.

Embarazo

Como con cualquier condición médica, el primer día en que empieza el período de incapacidad es en el mismo día en que la solicitante no puede realizar su trabajo normal o acostumbreado. La elegibilidad del solicitante para recibir pagos de beneficios de DI se basa en la duración del período de tiempo que el médico/profesional médico certifique que el solicitante no puede realizar su trabajo normal o acostumbreado. No es necesario que el solicitante presente una *Solicitud para Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* en relación a un embarazo, hasta la fecha en que su médico/profesional médico determine y la certifique como discapacitada.

Atención: Para obtener información sobre el Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés), consulte la sección “Otros programas” en este folleto.

Situaciones en las que el solicitante posiblemente no sea elegible para recibir pagos de beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)

- Si el solicitante está recibiendo pagos de beneficios del Seguro de Desempleo (UI) o del PFL.

- Si el solicitante no estaba trabajando o buscando trabajo en el



(Fold)

momento en que inicia su incapacidad.

- Si el solicitante está encarcelado como resultado de una condena judicial o por orden de la corte judicial.

- Si el solicitante está recibiendo pagos completos de sus sueldos por parte de su empleador.

- Si el solicitante está recibiendo pagos de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) por una cantidad igual o mayor a la cantidad que está recibiendo de pagos de beneficios semanalmente de DI. Si los pagos de compensación para trabajadores (*workers' compensation*) son menos que la cantidad que está recibiendo de pagos de beneficios de DI, se le puede pagar la diferencia.

- Por el tiempo en el que el solicitante se tarde en presentar la *Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* sin presentar una razón justificada.

- Si el solicitante hace una declaración falsa o si no reporta un hecho relacionado con su solicitud. (Si se determina que el solicitante intencionalmente ocultó información o hizo una declaración falsa, y como resultado recibió un sobrepago de beneficios, también es posible que se le imponga una sanción y/o una multa de un 30 por ciento sobre la cantidad del sobrepago de beneficios que recibió).

- Si el solicitante no asiste a un examen médico independiente cuando se le requirió. (El EDD se encarga de pagar el costo asociado de tal examinación médica).

El Código del Seguro del Desempleo de California (CUIIC, por sus siglas en inglés) tiene estipulaciones sobre las sanciones que se pueden imponer: las cuales consisten de multas, encarcelamiento y la pérdida del derecho a recibir pagos de beneficios, por cometer fraude contra el SDI.

Derechos del solicitante

El solicitante tiene el derecho a:

- Saber la razón y la base de cualquier determinación que afecte su elegibilidad para recibir pagos de beneficios o la cantidad máxima de beneficios que se le puedan pagar.

- Apelar cualquier determinación sobre su elegibilidad para recibir pagos de beneficios hecha por el EDD. (Las apelaciones tienen que ser por escrito y enviadas por correo postal a la oficina de DI).

- Solicitar una audiencia de apelación ante un Juez de Ley Administrativa (ALJ, por sus siglas en inglés). También, el solicitante puede apelar la decisión del Juez de Ley Administrativa (ALJ) ante la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIAB, por sus siglas en inglés) y la corte judicial.

- Privacidad- toda la información sobre la solicitud para beneficios se mantiene confidencial, excepto para los propósitos permitidos por la ley.

Obligaciones del solicitante

Al solicitante se le requiere:

- Completar la *Solicitud para Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* o cualquier otro formulario requerido por el EDD relacionado con su caso, de manera correcta, completa y honesta.

- Presentar a tiempo la *Solicitud para Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* y cualquier otro formulario requerido por el EDD relacionado con su caso, de acuerdo a los plazos de tiempo indicados en los formularios. Si usted presenta cualquier formulario tarde y cree que tiene una razón justificada por haberlo hecho, entonces debe incluir una carta por escrito explicando la razón (o razones) junto con el formulario que va



(Fold)

presentar al EDD.

- Comunicarse con la oficina del DI para obtener ayuda si no entiende una pregunta hecha en cualquier formulario o no está seguro de cómo contestarla.

- Incluya su nombre y su número de identificación de la solicitud en todas las cartas que presente a DI.

Comuníquese con el DI:

- Por **correo electrónico** en **www.ask.edd.ca.gov**.

- Por **teléfono**, llamando al 1-866-658-8846.

- Por **correo postal**, escriba al **PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140**. Si actualmente no tiene una solicitud establecida, usted puede escribir a cualquiera de las oficina de DI. No envíe ningún formulario a esta dirección postal.

- Por **TTY** (teletipo), marque al **1-800-563-2441**.

- **En persona**, visite cualquiera de las oficinas de DI indicadas en la “Lista de las oficinas del Seguro de Incapacidad (DI)”, la cual se encuentra en este folleto.

Otros programas

Compensación para Trabajadores (*Workers' Compensation*)

Si usted se lesiona en el trabajo o se enferma como resultado de su empleo, notifíqueselo a su empleador para iniciar el proceso para solicitar pagos de beneficios de compensación para trabajadores (*workers' compensation*).

Seguro de Desempleo (UI)

Si usted está desempleado, pero puede y está disponible para trabajar, comuníquese con la oficina del Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) visitando la página de Internet en **www.edd.ca.gov/unemployment**, o llame por teléfono al 1-800-300-5616, o comuníquese por TTY (teletipo) al 1-800-815-9387.

Centro de Empleo de América en California (AJCC)

Si usted necesita ayuda para encontrar un empleo, entrenamiento laboral, u otros servicios para ayudarle a regresar a trabajar, visite su Centro de Empleo de América en California (AJCC, por sus siglas en inglés) más cercano. Para localizar un centro de empleo, visite **www.servicelocator.org** (sitio de Internet solamente disponible en inglés) o en las páginas blancas de su directorio telefónico.

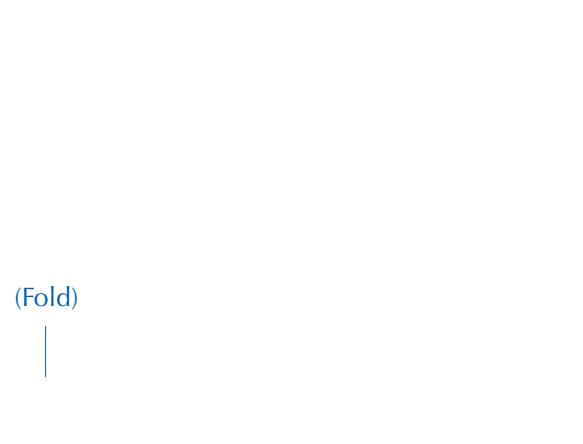
Seguro Social:

Si usted se encuentra incapacitado permanentemente o a largo plazo (por más de un año), debe comunicarse con la oficina de la Administración del Seguro Social, para obtener información con respecto al programa y su derecho a recibir pagos de beneficios. Comuníquese con la Oficina de la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** o por TTY (teletipo) al **1-800-325-0778**, o visite su sitio de Internet en **www.ssa.gov**.

Permiso Familiar Pagado (PFL)

Si usted necesita tomar tiempo fuera del trabajo para cuidar un miembro de su familia que se encuentra gravemente enfermo o para establecer lazos afectivos con un niño recién nacido(a), adoptado(a) o bajo crianza temporal (*foster care*), posiblemente pueden ser elegibles para recibir pagos de beneficios del PFL. Para obtener más información sobre el programa de PFL, visite la página de Internet en **www.edd.ca.gov/disability**, o comuníquese por teléfono al **1-877-238-4373**, o por TTY (teletipo) al **711**.

Atención: A las nuevas madres, después de dar a luz y se les haya hecho su último pago de beneficios de DI, se les enviará el formulario en papel titulada en inglés *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits – New Mother* (DE 2501FP) para que lo completen y presenten para solicitar los pagos de beneficios de PFL para establecer lazos afectivos con su nuevo bebé. También se puede presentar esta solicitud electrónicamente a través de SDI Online en



(Fold)

www.edd.ca.gov/disability.

Víctimas de un crimen

Si usted es una víctima de un crimen, comuníquese con el programa de *Compensación para Víctimas de California*, llamando al **1-800-777-9229** o por TTY (teletipo) al **1-800-735-2929**. También puede ponerse en contacto con el Centro de Asistencia para Víctimas o Testigos (*Victim/Witness Assistance Center*) de su condado de residencia.

Pensión alimenticia (*Spousal Support*)

Si su caso de incapacidad le afecta con cumplir con su obligación de pensión alimenticia, comuníquese con la oficina del fiscal del distrito que le envió la orden de la corte judicial para ver que puede hacer.

Manutención de hijos

Si su caso de incapacidad le afecta con cumplir con su obligación de manutención de hijos, comuníquese con el Departamento de Servicios de Manutención de Hijos al **1-866-901-3212**, o por TTY (teletipo) al **1-866-399-4096**, para ver que puede hacer.