

NEW HIRE PACKAGE

Worksite Employee to Complete
 Client/Worksite Employer to Complete

1. This Package must be completed in its entirety for entry into the payroll system.

Worksite Employee

Applicant Full Name:		SSN:	
Applicant Phone:		Application Date:	
Applicant Address:		Apt./Unit:	
City:		State:	Zip:
Applicant Email Address:		Date of Birth:	

2. This Section to be Completed by Worksite Employee's Supervisor or Manager Only.

Client/Worksite Employer

Client Company:		Pay Type:	<input type="checkbox"/> Hourly/Non-Exempt	<input type="checkbox"/> Salary/Exempt
		Pay Status:	<input type="checkbox"/> Full-Time	<input type="checkbox"/> Part-Time
Client Location:		Pay Cycle:	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Bi-Weekly
			<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> Semi-Monthly
Dept. Name/Number:		Rate of Pay:	\$	
State Employee will be Working in:				
Employee ID Number:		Tipped Employee:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Original Hire Date: (by Client Company)		Shift Pay:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Employee Gender:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Non-Binary	Piece Work:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Job Title:		Commissions:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Workers' Comp. Class:		Other Pay Type:		
Supervisor, Manager, or Authorized Signature		Title:	Date:	

3. This Section to be Completed by Engage PEO representative only.

Engage PEO Start Date:	Employee ID Number:
------------------------	---------------------

ALL WORKSITE EMPLOYEES ELIGIBLE FOR GROUP BENEFITS MUST COMPLETE THIS SECTION

I understand and agree that (i) I may be eligible or become eligible for certain benefits under group plans provided by Engage PEO and/or the Client; (ii) I must complete applicable waiting periods and timely submit my enrollment forms to obtain benefits coverage; (iii) plan documents control all of my benefits and I must only rely upon such plan documents, which may change from time to time; (iv) if I enroll in any plans, my benefit choices must remain in effect until the following annual enrollment unless I experience a qualifying event; (v) it is my responsibility to ensure that my payroll deductions are accurate; (vi) I will reimburse Engage PEO, or if appropriate, the Client for any shortages regarding such benefits and/or payroll deductions; and (vii) I have received notification of my and my dependents' continuation of medical coverage rights under COBRA.

I understand and agree that it is my responsibility to know when my benefits waiting period expires and to request a benefit enrollment package from Engage PEO's Benefits Department if I do not timely receive one. Importantly, I understand and agree that if I do not timely return my signed benefit enrollment form to Engage PEO, or if appropriate, to the Client, this will be considered a refusal of group coverage and I authorize Engage PEO and the Client to act accordingly. I understand that if I do not elect benefits at the time of my initial eligibility, I will not be permitted to enroll or make mid-year election changes unless a qualifying event occurs. I understand if I experience a qualifying event and would like to enroll, I must notify Engage PEO, or if appropriate, the Client, and submit the required forms and documentation within 30 days of my qualifying event or I will not be permitted to make changes or enroll until the following annual enrollment. I understand and agree that if I request coverage for myself and eligible dependents at a later date, I may be required to furnish health information and/or verification of credible coverage for each individual, and the benefit plan(s) reserves the right to reject any such request for coverage.

I authorize deductions for employee (and if applicable, dependent) contributions for group benefits. I understand that I must meet the eligibility requirements for coverage to be effective and that if a premium is deducted and I do not meet the eligibility requirements, the premium will be refunded.

 Worksite Employee Signature

 Date

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
Give Form W-4 to your employer.
 Your withholding is subject to review by the IRS.

2024

Step 1: Enter Personal Information	(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
	Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
	City or town, state, and ZIP code		
	(c) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at www.irs.gov/W4App.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):		
	Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____		
	Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____		
	Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here	3	\$ _____
Step 4 (optional): Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income	4(a)	\$ _____
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here	4(b)	\$ _____
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period	4(c)	\$ _____

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

Date

Employers Only	Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2024 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2023 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2024. You had no federal income tax liability in 2023 if (1) your total tax on line 24 on your 2023 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2024 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2025.

Your privacy. Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Expect to work only part of the year;
2. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
3. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay these taxes through withholding from your wages, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

Option **(a)** most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option **(b)** does so with a little less accuracy.

Instead, if you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option **(c)**. The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2024 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.

Step 2(b) – Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)



If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on only ONE Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 1 Two jobs. If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, skip to line 3
2 Three jobs. If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
a Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a
b Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b
c Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c
3 Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc.
4 Divide the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in Step 4(c) of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld)

Step 4(b) – Deductions Worksheet (Keep for your records.)



- 1 Enter an estimate of your 2024 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income
2 Enter: { \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse; \$21,900 if you're head of household; \$14,600 if you're single or married filing separately }
3 If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-"
4 Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information
5 Add lines 3 and 4. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

Single or Married Filing Separately

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 and over	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

Head of Household

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230

TIME OF HIRE PAMPHLET

This pamphlet, 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 pamphlet 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, getting hurt in a car accident while making deliveries.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from using vibrating tools, 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 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 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:** 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.

- **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.

If your injury results in a permanent disability (PD) and the state determines that your PD benefit is disproportionately low compared to your earning loss, you may qualify for additional money from the Department of Industrial Relation's special earnings loss supplement program also known as the return to work program. If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by going to www.dwc.ca.gov and looking under "Workers'

Compensation programs and units” for the “Information & Assistance Unit” link or visit the DIR web site at www.dir.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:

Address: _____

Phone: _____.

You may be able to find the name of your employer’s workers’ compensation insurer at www.caworkcompcoverage.com. If no coverage exists or coverage has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement at 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 follow up 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:

_____.

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 an MPN.

What is a Medical Provider Network (MPN)?

An MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using an MPN.

If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using an MPN, you will see an 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.

You may predesignate a doctor if you have health care coverage for non-work injuries and illnesses. The doctor must have:

- Treated you
- Maintained your medical history and records before your injury and
- Agreed to treat you for a work-related injury or illness before you get hurt or become ill.

You may use the “predesignation of personal physician” form included with this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

If your employer does not have an approved MPN, you may name your chiropractor or acupuncturist to treat you for work related injuries. The notice of personal chiropractor or acupuncturist must be in writing *before* you get hurt. You may use the form included in this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

With some exceptions, state law does not allow a chiropractor to continue as your treating physician after 24 visits. 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. 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.

Exceptions to the prohibition on a chiropractor continuing as your treating physician after 24 visits include 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, or if your employer has authorized additional visits in writing.

WHAT IF THERE IS A PROBLEM?

If you have a concern, speak up. Talk to your employer or the claims administrator handling your claim and try to solve the problem. If this doesn’t work, get help by trying the following:

Contact the Division of Workers’ Compensation (DWC) Information and Assistance (I&A) Unit
All 24 DWC offices throughout the state provide information and assistance on rights, benefits and obligations under California's workers' compensation laws. I&A officers help resolve disputes without formal proceedings. Their goal is to get you full and timely benefits. Their services are free.

To contact the nearest I&A Unit, go to www.dwc.ca.gov and under “Workers’ Compensation programs and units”, click on “Information & Assistance Unit.” At this site you will find fact sheets, guides and information to help you.

The nearest I&A Unit is located at: Address: _____ Phone number: _____.

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 (415) 538-2120 or go to their website at www.californiaspecialist.org. You may get a list of attorneys from your local I&A Unit or look in the yellow pages.

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 Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact FEHA at (800) 884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at (800) 669-4000.

The information contained in this pamphlet 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.

Revised 6/17/14 and effective for dates of injuries on or after 1/1/13

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).

§ 9783.1. DWC Form 9783.1 Notice of Personal Chiropractor or Personal Acupuncturist.

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: _____

UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

Este folleto, o uno similar que ha sido aprobado por el Director Administrativo, debe ser entregado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento e incluir sus logos e información adicional en él. El contenido de este folleto se aplica a todas las lesiones laborales que ocurren durante o después del 1 de enero 2013.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpique la piel, lesionarse en un accidente de tránsito mientras hace entregas.

— o —

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

— o —

Crimen en el lugar de trabajo. Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente disgustado.

La discriminación es ilegal

Es ilegal bajo el Código Laboral 132a que su empleador lo castigue o despida porque usted:

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

Si se determina que su empleador discriminó contra usted, él o ella pueden ser ordenados a regresarlo a su trabajo. Su empleador también puede ser obligado a pagar por salarios perdidos, aumentos en beneficios de compensación de trabajadores además de costos y gastos establecidos por la ley estatal.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagada por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Consultas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y ocupacional y cuidado quiropráctico.

- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. El monto que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Le pagarán cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal (*Temporary Disability- TD*) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado tanto como sea posible.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. Le pagarán cada dos semanas si cumple las condiciones exigidas. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. El monto de pago está basada en:
 - Los informes médicos de su doctor
 - Su edad
 - Su ocupación
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo:** Este es un vale de hasta \$6,000 que usted puede utilizar para pagar por entrenamiento/capacitación o mejoramiento de habilidades en una escuela aprobada por el estado, libros, herramientas, honorarios de certificación o licenciatura u otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo trabajo. Usted tiene derecho a este vale si:
 - Tiene una incapacidad permanente
 - Su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo dentro de 60 días después de que el administrador de reclamos recibe un informe médico indicando que ha llegado a una máxima recuperación médica.
- **Beneficios por Defunción:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. El monto del pago está basado en el número de dependientes. El beneficio se paga cada dos semanas en un monto de al menos \$224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona un subsidio para el entierro.

OTROS BENEFICIOS

Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (*Employment Development Department- EDD*) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando se demoran, niegan o terminan los beneficios del programa de compensación de trabajadores. Hay plazos específicos así que para más información comuníquese con la oficina local del *EDD* o vaya a su sitio web en www.edd.ca.gov.

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de *PD* es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero

adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales (*Department of Industrial Relations- DIR*) también conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia yendo a www.dwc.ca.gov y busque el enlace “*Information & Assistance Unit*” bajo la sección *Workers’ compensation programs & units*” o visite la página web del *DIR* en www.dir.ca.gov.

El fraude de compensación de trabajadores es un crimen

Cualquier persona que hace o causa que se haga una declaración intencionadamente falsa para obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un crimen grave. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido

Infórmele inmediatamente a su supervisor sin importar que tan leve sea la lesión. No se demore – hay plazos específicos. Usted puede perder su derecho a beneficios si su empleador no se entera de su lesión dentro de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente, infórmelo tan pronto como se entere que fue causada por su trabajo.

Si usted no puede informarle al empleador o no tiene noticias del administrador de reclamos después de haber reportado su lesión, comuníquese con el administrador de reclamos.

La compañía de seguro de compensación de trabajadores, o si el empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Quizás pueda encontrar el nombre de la compañía del seguro de compensación de trabajadores en www.caworkcompcoverage.com. Si no hay cobertura o si la cobertura ha expirado, comuníquese con la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales en www.dir.ca.gov/DLSE ya que por ley, todos los empleados deben ser cubiertos.

Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atiende que su lesión se relaciona a su trabajo. Su empleador puede decirle adónde ir para continuar con su tratamiento.

Número de teléfono de emergencia: Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos o la policía. Para atención médica no urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o diríjase a esta instalación: _____.

Llene el formulario de reclamo DWC 1 y entréguéselo a su empleador

Su empleador debe entregarle un [Formulario de reclamo DWC 1](#) dentro de un día laborable después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, firmelo y regréselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laborable después de recibir el formulario DWC 1.

Si la lesión se debe a exposiciones repetidas, usted tiene un año desde cuando sabe que su lesión se relaciona a su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en atención médica pagada por su empleador hasta que se acepte o niegue su reclamo. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. Si no, su caso se considera pagable.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará “avisos de beneficios” que le informarán sobre el estado de su reclamo.

MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es un médico de cabecera que lo atiende (*Primary Treating Physician- PTP*)?

Es el médico con la responsabilidad total sobre el tratamiento para su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de lesionarse en el trabajo
- Un médico de la red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN* o
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN*.

¿Qué es una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)?

Una *MPN* es un grupo selecto de proveedores de atención médica que atienden a los trabajadores lesionados. Consulte con su empleador para ver si están usando una *MPN*.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una *MPN*, usted verá a un médico de la *MPN*. Después de su primera consulta, está libre para escoger otro médico de la lista de la *MPN*.

¿Qué es la designación previa?

La designación previa es cuando usted denomina a su médico personal para atenderlo si se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (*M.D.*), doctor en medicina osteopática (*D.O.*) o un grupo médico con un *M.D.* o *D.O.* Debe denominar a su médico por escrito *antes* de que usted se lastime o enferme.

Usted puede designar de antemano a un médico si tiene plan de seguro médico para enfermedades y lesiones no laborales. El médico debe de:

- Haberlo atendido a usted antes
- Haber mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y
- Haber aceptado atenderlo por una lesión o enfermedad laboral antes de que usted se lastima o enferma.

Usted puede usar el formulario “Designación previa de médico personal” incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una *MPN* aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para atenderlo por sus lesiones laborales. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito *antes* de lastimarse. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo.

Las excepciones a la prohibición a que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas incluyen consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

¿QUÉ PASA SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si tiene alguna inquietud, diga algo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos encargado de su reclamo para tratar de resolver el problema. Si esto no funciona, consiga ayuda intentando lo siguiente:

Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*)

Julio 2014

Todas las 24 oficinas de la *DWC* a lo largo del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones de acuerdo a las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de *I&A* ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Sus servicios son gratis.

Para comunicarse con la Unidad de *I&A* más cercana, vaya a www.dwc.ca.gov y bajo la sección "*Workers' compensation programs and units.*" haga clic en el enlace "*Information & Assistance Unit.*" En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

La unidad de *I&A* más cercana está ubicada en:

Dirección: _____.

Número de teléfono: _____.

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus honorarios pueden ser restados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (*State Bar Association*) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web en www.californiaspecialist.org. Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de *I&A* local o consulte las páginas amarillas.

Advertencia

Puede ser que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si usted se lastima en una actividad voluntaria recreativa, social o atlética fuera de su trabajo que no sea parte de sus deberes laborales.

Derechos adicionales

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act- ADA*) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (*Fair Employment and Housing Act- FEHA*). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission- EEOC*) al (800) 669-3362.

La información contenida en este folleto se conforma a los requisitos de información encontrados en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y las secciones 9880 y 9883 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Este documento está aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Revisado 06/17/14 y efectivo para fecha de lesiones durante o después del 1/1/13.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufre una lesión o enfermedad relacionada a su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal(M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- En la fecha de su lesión usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad laboral;
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico personal lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: Llene esta sección.

A: _____ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

(nombre del médico)(M.D., D.O., o grupo médico)

_____ (dirección, ciudad, estado, código postal)

_____ (número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales:

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

AVISO DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tienen una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe entregarle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal.

Información sobre su Quiropráctico o Acupunturista:

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Firma del
Empleado:

Fecha:

Begin Deposits

Change Information

Cancel Deposits

Authorization Agreement

I hereby authorize **Engage PEO** to send electronically, or by any other commercially accepted method, credit entries (deposits) to my account at the financial institution(s) named below. I also authorize **Engage PEO** to make debit and adjustment (withdrawal) entries from the account(s) below in the event that a credit entry is made in error.

Further, I agree not to hold **Engage PEO** responsible for any delay or loss of funds due to incorrect or incomplete information supplied by me or by my financial institution or due to an error on the part of my financial institution in depositing funds to my account.

This agreement will remain in effect until **Engage PEO** receives a written notice of cancellation from me or my financial institution and has a reasonable opportunity to act on it, or until I timely submit a new direct deposit form to **Engage PEO's** Payroll Department and the Payroll Department has a reasonable opportunity to act on the new form.

Account #1 Information

Name of Financial Institution: _____

Routing Number: _____

Account Number: _____

Checking

Savings

Percentage or Dollar Amount to be Deposited to THIS ACCOUNT each Pay Period _____

Account #2 Information

Name of Financial Institution: _____

Routing Number: _____

Account Number: _____

Checking

Savings

Percentage or Dollar Amount to be Deposited to THIS ACCOUNT each Pay Period _____

Signature

Print Name:

Signature:

Social Security # (Last 4 Digits Only):

Date:

- ✓ If depositing to a **Checking Account**, please attach a **Voided Check** for each checking account (not a deposit slip)
- ✓ If depositing to a **Savings Account**, please ask your bank to give you the Routing/Transit Number for your account.



Voluntary Self-Identification

Your worksite employer and/or Engage PEO are subject to certain governmental recordkeeping and reporting requirements for the administration of civil rights laws and regulations. In order to comply with these laws, employees are invited to voluntarily self-identify their race or ethnicity. **Submission of this information is voluntary and refusal to provide it will not subject you to any adverse treatment.** The information obtained will be kept confidential and may only be used in accordance with the provisions of applicable laws, executive orders, and regulations, including those that require the information to be summarized and reported to the federal government for analysis of employment patterns and civil rights enforcement. When reported, data will not identify any specific individual.

GENDER

Please check one:

Male

Female

RACE/ETHNICITY

Please select one of the following categories that best describes your race/ethnicity:

Hispanic or Latino - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin regardless of race.

White (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Black or African American (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.

Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

Asian (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian Subcontinent, including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.

American Indian or Alaska Native (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintain tribal affiliation or community attachment.

Two or More Races (Not Hispanic or Latino) - All persons who identify with more than one of the above five races.

Choose not to complete the above information

Supervisor or Manager: If the employee does not complete this form, please complete it based on a visual assessment.

Print Name:

Position:

Date:



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security

U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
OMB No.1615-0047
Expires 07/31/2026

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

Section 1. Employee Information and Attestation: Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number
<p>I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.</p>		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):				
		<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States				
		<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)				
		<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)				
<input type="checkbox"/> 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)						
If you check Item Number 4. , enter one of these:						
USCIS A-Number		OR	Form I-94 Admission Number		OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee				Today's Date (mm/dd/yyyy)		

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person MUST complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

	List A	OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)	<p>Additional Information</p> <p>Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.</p>				
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					

<p>Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.</p>		First Day of Employment (mm/dd/yyyy):
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative
		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name		Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

Employees may present one selection from List A or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the individual's status or parole as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <li style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security <p style="margin-left: 20px;">For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central.</p> <p style="margin-left: 20px;">The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4, document, not a List C document.</p>
<p>Acceptable Receipts</p> <p>May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period.</p> <p>For receipt validity dates, see the M-274.</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee. 	OR	<p>Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.</p>	AND	<p>Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.</p>

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.



Supplement A, Preparer and/or Translator Certification for Section 1

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement A
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1 .	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
--	--	---

Instructions: This supplement must be completed by any preparer and/or translator who assists an employee in completing Section 1 of Form I-9. The preparer and/or translator must enter the employee's name in the spaces provided above. Each preparer or translator must complete, sign, and date a separate certification area. Employers must retain completed supplement sheets with the employee's completed Form I-9.

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial (<i>if any</i>)	
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial (<i>if any</i>)	
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial (<i>if any</i>)	
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial (<i>if any</i>)	
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code



Supplement B, Reverification and Rehire (formerly Section 3)

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1.	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1.	Middle initial (if any) from Section 1.
--	--	---

Instructions: This supplement replaces Section 3 on the previous version of Form I-9. Only use this page if your employee requires reverification, is rehired within three years of the date the original Form I-9 was completed, or provides proof of a legal name change. Enter the employee's name in the fields above. Use a new section for each reverification or rehire. Review the Form I-9 instructions before completing this page. Keep this page as part of the employee's Form I-9 record. Additional guidance can be found in the [Handbook for Employers: Guidance for Completing Form I-9 \(M-274\)](#)

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial

Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.

Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
----------------	--------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.

Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
---	--	------------------------------------

Additional Information (Initial and date each notation.)	Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.
--	---

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial

Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.

Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
----------------	--------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.

Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
---	--	------------------------------------

Additional Information (Initial and date each notation.)	Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.
--	---

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial

Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.

Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
----------------	--------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.

Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
---	--	------------------------------------

Additional Information (Initial and date each notation.)	Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.
--	---



NOTICE OF ELECTRONIC DISCLOSURE

For your convenience, you have the opportunity to receive all notices about your Employee Benefits electronically. Such notices will include, but not be limited to, notices, summary plan descriptions (SPDs) and the like.

All notices will be available to you by e-mail and/or on Engage's web site (www.engagepeo.com and choose Employee Login).

If your Worksite Employer provides access to benefit plans then each plan in which you enroll has a Summary Plan Description (SPD) that describes the key provisions of the plan. Plan amendments describe any material changes made to the benefit plan since its SPD was originally drafted. A plan's SPD and plan amendments are important documents.

Please note that you may receive the notices via paper; no charge will apply for SPDs. You may also change your mind and request paper or electronic versions at any time.

If your physical or e-mail address changes, please notify your Worksite Employer so that your contact information is kept current.

I consent to the electronic disclosure of all Employee Benefit notices, including Summary Plan Descriptions and plan amendments.

I acknowledge that I have read this "Notice of Electronic Disclosure" and understand that I am entitled to withdraw my consent. I understand that I have the right to receive paper copies of all Employee Benefit notices, including Summary Plan Descriptions, upon request.

Print Name

Date

Signature

E-mail Address

EMPLOYEE'S WITHHOLDING ALLOWANCE CERTIFICATE

Complete this form so that your employer can withhold the correct California state income tax from your paycheck.

Enter Personal Information	
First, Middle, Last Name	Social Security Number
Address City, State, and ZIP Code	Filing Status SINGLE or MARRIED (with two or more incomes) MARRIED (one income) HEAD OF HOUSEHOLD

1. Total Number of Allowances you're claiming (Use Worksheet A for regular withholding allowances. Use other worksheets on the following pages as applicable, Worksheet A+B).
2. Additional amount, if any, you want withheld each pay period (if employer agrees), **(Worksheet B and C)**
OR

Exemption from Withholding

3. I claim exemption from withholding for 2020, and I certify I meet both of the conditions for exemption.
OR Write "Exempt" here
4. I certify under penalty of perjury that I am **not subject** to California withholding. I meet the conditions set forth under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Check box here)

Under the penalties of perjury, I certify that the number of withholding allowances claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled or, if claiming exemption from withholding, that I am entitled to claim the exempt status.

Employee's Signature _____ Date _____

Employer's Section: Employer's Name and Address	California Employer Payroll Tax Account Number
--	--

PURPOSE: This certificate, DE 4, is for **California Personal Income Tax (PIT) withholding** purposes only. The DE 4 is used to compute the amount of taxes to be withheld from your wages, by your employer, to accurately reflect your state tax withholding obligation.

Beginning January 1, 2020, *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Form W-4) from the Internal Revenue Service (IRS) will be used for federal income tax withholding **only**. You must file the state form *Employee's Withholding Allowance Certificate* (DE 4) to determine the appropriate California Personal Income Tax (PIT) withholding.

If you do not provide your employer with a withholding certificate, the employer must use Single with Zero withholding allowance.

CHECK YOUR WITHHOLDING: After your DE 4 takes effect, compare the state income tax withheld with your estimated total annual tax. For state withholding, use the worksheets on this form.

EXEMPTION FROM WITHHOLDING: If you wish to claim exempt, complete the federal Form W-4 and the state DE 4. You may claim exempt from withholding California income tax if you meet both of the following conditions for exemption:

1. You did not owe any federal/state income tax last year, and
2. You do not expect to owe any federal/state income tax this year. The exemption is good for one year.

If you continue to qualify for the exempt filing status, a new DE 4 designating EXEMPT must be submitted by February 15 each year to continue your exemption. If you are not having federal/state income tax withheld this year but expect to have a tax liability next year, you are required to give your employer a new DE 4 by December 1.

Member Service Civil Relief Act: Under this act, as provided by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018, you may be exempt from California income tax on your wages if

- (i) your spouse is a member of the armed forces present in California in compliance with military orders;
- (ii) you are present in California solely to be with your spouse; and
- (iii) you maintain your domicile in another state.

If you claim exemption under **this act**, **check the box on Line 4**. You may be required to provide proof of exemption upon request.

The [California Employer's Guide \(DE 44\) \(PDF, 2.4 MB\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) provides the income tax withholding tables. This publication may be found by visiting [Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm) (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). To assist you in calculating your tax liability, please visit the [Franchise Tax Board \(FTB\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

If you need information on your last California Resident Income Tax Return (FTB Form 540), visit the Franchise Tax Board (FTB) (ftb.ca.gov).

NOTIFICATION: The burden of proof rests with the employee to show the correct California income tax withholding. Pursuant to section 4340-1(e) of [Title 22, California Code of Regulations \(CCR\)](#), the FTB or the EDD may, by special direction in writing, require an employer to submit a Form W-4 or DE 4 when such forms are necessary for the administration of the withholding tax programs.

PENALTY: You may be fined \$500 if you file, with no reasonable basis, a DE 4 that results in less tax being withheld than is properly allowable. In addition, criminal penalties apply for willfully supplying false or fraudulent information or failing to supply information requiring an increase in withholding. This is provided by section 13101 of the [California Unemployment Insurance Code](#) and section 19176 of the [Revenue and Taxation Code](#).

WORKSHEETS

INSTRUCTIONS — 1 — ALLOWANCES*

When determining your withholding allowances, you must consider your personal situation:

- Do you claim allowances for dependents or blindness?
- Will you itemize your deductions?
- Do you have more than one income coming into the household?

TWO-EARNERS/MULTIPLE INCOMES: When earnings are derived from more than one source, under-withholding may occur. If you have a working spouse or more than one job, it is best to check the box "SINGLE or MARRIED (with two or more incomes)." Figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using only one DE 4 form. Claim allowances with **one** employer.

Do **not** claim the same allowances with more than one employer. Your withholding will usually be most accurate when all allowances are claimed on the DE 4 filed for the highest paying job and zero allowances are claimed for the others.

MARRIED BUT NOT LIVING WITH YOUR SPOUSE: You may check the "Head of Household" marital status box if you meet all of the following tests:

- (1) Your spouse will not live with you **at any time** during the year;
- (2) You will furnish over half of the cost of maintaining a home for the entire year for yourself and your child or stepchild who qualifies as your dependent; **and**
- (3) You will file a separate return for the year.

HEAD OF HOUSEHOLD: To qualify, you must be unmarried or legally separated from your spouse and pay more than 50% of the costs of maintaining a home for the **entire** year for yourself and your dependent(s) or other qualifying individuals. Cost of maintaining the home includes such items as rent, property insurance, property taxes, mortgage interest, repairs, utilities, and cost of food. It does not include the individual's personal expenses or any amount which represents value of services performed by a member of the household of the taxpayer.

WORKSHEET A

REGULAR WITHHOLDING ALLOWANCES

- | | |
|--|-----|
| (A) Allowance for yourself — enter 1 | (A) |
| (B) Allowance for your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (B) |
| (C) Allowance for blindness — yourself — enter 1 | (C) |
| (D) Allowance for blindness — your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (D) |
| (E) Allowance(s) for dependent(s) — do not include yourself or your spouse | (E) |
| (F) Total — add lines (A) through (E) above and enter on line 1 of the DE 4 | (F) |

INSTRUCTIONS — 2 — (OPTIONAL) ADDITIONAL WITHHOLDING ALLOWANCES

If you expect to itemize deductions on your California income tax return, you can claim additional withholding allowances. Use Worksheet B to determine whether your expected estimated deductions may entitle you to claim **one or more additional** withholding allowances. Use last year's FTB Form 540 as a model to calculate this year's withholding amounts.

Do not include deferred compensation, qualified pension payments, or flexible benefits, etc., that are deducted from your gross pay but are not taxed on this worksheet.

You may reduce the amount of tax withheld from your wages by claiming one additional withholding allowance for each \$1,000, or fraction of \$1,000, by which you expect your estimated deductions for the year to exceed your allowable standard deduction.

WORKSHEET B

ESTIMATED DEDUCTIONS

Use this worksheet **only** if you plan to itemize deductions, claim certain adjustments to income, or have a large amount of nonwage income not subject to withholding.

- | | |
|---|------|
| 1. Enter an estimate of your itemized deductions for California taxes for this tax year as listed in the schedules in the FTB Form 540 | 1. |
| 2. Enter \$9,074 if married filing joint with two or more allowances, unmarried head of household, or qualifying widow(er) with dependent(s) or \$4,537 if single or married filing separately, dual income married, or married with multiple employers | – 2. |
| 3. Subtract line 2 from line 1, enter difference | = 3. |
| 4. Enter an estimate of your adjustments to income (alimony payments, IRA deposits) | + 4. |
| 5. Add line 4 to line 3, enter sum | = 5. |
| 6. Enter an estimate of your nonwage income (dividends, interest income, alimony receipts) | – 6. |
| 7. If line 5 is greater than line 6 (if less, see below [go to line 9]);
Subtract line 6 from line 5, enter difference | = 7. |
| 8. Divide the amount on line 7 by \$1,000, round any fraction to the nearest whole number
Add this number to Line F of Worksheet A and enter it on line 1 of the DE 4. Complete Worksheet C, if needed, otherwise stop here . | 8. |
| 9. If line 6 is greater than line 5;
Enter amount from line 6 (nonwage income) | 9. |
| 10. Enter amount from line 5 (deductions) | 10. |
| 11. Subtract line 10 from line 9, enter difference | 11. |

Complete Worksheet C

*Wages paid to registered domestic partners will be treated the same for state income tax purposes as wages paid to spouses for California PIT withholding and PIT wages. This law does not impact federal income tax law. A registered domestic partner means an individual partner in a domestic partner relationship within the meaning of section 297 of the Family Code. For more information, please call our Taxpayer Assistance Center at 1-888-745-3886.

1. Enter estimate of total wages for tax year 2020. 1.
2. Enter estimate of nonwage income (line 6 of Worksheet B). 2.
3. Add line 1 and line 2. Enter sum. 3.
4. Enter itemized deductions or standard deduction (line 1 or 2 of Worksheet B, whichever is largest). 4.
5. Enter adjustments to income (line 4 of Worksheet B). 5.
6. Add line 4 and line 5. Enter sum. 6.
7. Subtract line 6 from line 3. Enter difference. 7.
8. Figure your tax liability for the amount on line 7 by using the 2020 tax rate schedules below. 8.
9. Enter personal exemptions (line F of Worksheet A x \$134.20). 9.
10. Subtract line 9 from line 8. Enter difference. 10.
11. Enter any tax credits. (See FTB Form 540). 11.
12. Subtract line 11 from line 10. Enter difference. This is your total tax liability. 12.
13. Calculate the tax withheld and estimated to be withheld during 2020. Contact your employer to request the amount that will be withheld on your wages based on the marital status and number of withholding allowances you will claim for 2020. Multiply the estimated amount to be withheld by the number of pay periods left in the year. Add the total to the amount already withheld for 2020. 13.
14. Subtract line 13 from line 12. Enter difference. If this is less than zero, you do not need to have additional taxes withheld. 14.
15. Divide line 14 by the number of pay periods remaining in the year. Enter this figure on line 2 of the DE 4. 15.

NOTE: Your employer is not required to withhold the additional amount requested on line 2 of your DE 4. If your employer does not agree to withhold the additional amount, you may increase your withholdings as much as possible by using the "single" status with "zero" allowances. If the amount withheld still results in an underpayment of state income taxes, you may need to file quarterly estimates on Form 540-ES with the FTB to avoid a penalty.

THESE TABLES ARE FOR CALCULATING WORKSHEET C AND FOR 2020 ONLY

**SINGLE PERSONS, DUAL INCOME
MARRIED WITH MULTIPLE EMPLOYERS**

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$8,809	1.100%	\$0	\$0.00
\$8,809	\$20,883	2.200%	\$8,809	\$96.90
\$20,883	\$32,960	4.400%	\$20,883	\$362.53
\$32,960	\$45,753	6.600%	\$32,960	\$893.92
\$45,753	\$57,824	8.800%	\$45,753	\$1,738.26
\$57,824	\$295,373	10.230%	\$57,824	\$2,800.51
\$295,373	\$354,445	11.330%	\$295,373	\$27,101.77
\$354,445	\$590,742	12.430%	\$354,445	\$33,794.63
\$590,742	\$1,000,000	13.530%	\$590,742	\$63,166.35
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$118,538.96

MARRIED PERSONS

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$17,618	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,618	\$41,766	2.200%	\$17,618	\$193.80
\$41,766	\$65,920	4.400%	\$41,766	\$725.06
\$65,920	\$91,506	6.600%	\$65,920	\$1,787.84
\$91,506	\$115,648	8.800%	\$91,506	\$3,476.52
\$115,648	\$590,746	10.230%	\$115,648	\$5,601.02
\$590,746	\$708,890	11.330%	\$590,746	\$54,203.55
\$708,890	\$1,000,000	12.430%	\$708,890	\$67,589.27
\$1,000,000	\$1,181,484	13.530%	\$1,000,000	\$103,774.24
\$1,181,484	and over	14.630%	\$1,181,484	\$128,329.03

UNMARRIED HEAD OF HOUSEHOLD

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$17,629	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,629	\$41,768	2.200%	\$17,629	\$193.92
\$41,768	\$53,843	4.400%	\$41,768	\$724.98
\$53,843	\$66,636	6.600%	\$53,843	\$1,256.28
\$66,636	\$78,710	8.800%	\$66,636	\$2,100.62
\$78,710	\$401,705	10.230%	\$78,710	\$3,163.13
\$401,705	\$482,047	11.330%	\$401,705	\$36,205.52
\$482,047	\$803,410	12.430%	\$482,047	\$45,308.27
\$803,410	\$1,000,000	13.530%	\$803,410	\$85,253.69
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$111,852.32

If you need information on your last California Resident Income Tax Return, FTB Form 540, visit [Franchise Tax Board \(FTB\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

The DE 4 information is collected for purposes of administering the PIT law and under the authority of Title 22, CCR, section 4340-1, and the California Revenue and Taxation Code, including section 18624. The Information Practices Act of 1977 requires that individuals be notified of how information they provide may be used. Further information is contained in the instructions that came with your last California resident income tax return.

CERTIFICADO DE RETENCIONES DEL EMPLEADO

Complete este formulario para que su empleador pueda retener correctamente de su sueldo el impuesto sobre el ingreso de California.

Ingrese su información personal	
Nombre, segundo nombre, apellido	Número de Seguro Social
Dirección Ciudad, estado y código postal	Estado civil SOLTERO o CASADO (con dos o más ingresos) CASADO (con un ingreso) CABEZA DE FAMILIA

1. Número total de retenciones que solicita (use la Hoja de Trabajo A para retenciones regulares. Use las hojas de trabajo A+B que aparecen en las siguientes páginas, si le aplican).
2. Cantidad adicional, si hay alguna, que desea que se le retenga en cada período de pago (si su empleador está de acuerdo), (**Hojas de Trabajo B y C**)
O

Exención de retención

3. Solicito se me exenten las retenciones para el 2020 y certifico que cumplo con las dos condiciones de exención.
O
4. Declaro bajo pena de perjurio que **no estoy sujeto** a retenciones de California. Yo cumplo con las condiciones establecidas en la Ley titulada en inglés *Service Member Civil Relief Act*, la cual fue enmendada por la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*.

Escriba "Exento" aquí

(Marque el recuadro aquí)

Bajo pena de perjurio, declaro que el número de retenciones solicitadas en este certificado no exceden del número al cual tengo derecho o que, si solicito exención de retenciones, tengo derecho a solicitar que se me asigne estatus de exento.

Firma del empleado _____

Fecha

Sección del empleador: Nombre y dirección del empleador	Número de Cuenta del Impuesto sobre la Nómina del Empleador de California
--	---

PROPÓSITO: Este certificado, DE 4, es únicamente para propósitos de **retener el impuesto sobre el Ingreso Personal de California (PIT, por sus siglas en inglés)**. El formulario DE 4 se usa para calcular la cantidad de impuestos que se retendrán de sus sueldos, por parte de su empleador, para reflejar con exactitud su obligación de retener sus impuestos estatales.

A partir del primero de enero de 2020, el *Certificado de Retención del Empleado* (Formulario W-4) del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) será usado **únicamente** para la retención del impuesto federal sobre el ingreso. Usted debe presentar el formulario estatal *Certificado de Retención de Impuestos* (DE 4) para determinar la retención apropiada del Impuesto sobre el Ingreso personal de California (PIT).

Si no le proporciona a su empleador el certificado de retención, el empleador debe usar la retención correspondiente a soltero y sin retenciones.

REVISE SUS RETENCIONES: Después de que el DE 4 entre en vigor, compare la retención del impuesto estatal sobre el ingreso

con su total de impuestos anuales estimados. Para retenciones del estado, use las hojas de trabajo de este formulario.

EXENCIÓN DE RETENCIÓN: Si desea solicitar que se le exente, complete el formulario federal W-4 y el estatal DE 4. Usted puede solicitar que se le exente la retención del impuesto sobre el ingreso de California si cumple con las dos condiciones de exención que aparecen a continuación:

1. No debe impuestos sobre el ingreso federales/estatales del año pasado, y
2. No espera deber ningún impuesto federal/estatal este año. La exención es válida por un año.

Si continua calificando para la exención de retención cuando declare impuestos, debe presentar un nuevo DE 4 en el que se le designe como EXENTO antes del 15 de febrero de cada año para continuar con su exención. Si no tiene retenciones federales/estatales este año, pero espera tener una responsabilidad fiscal (adeudo) el siguiente año, se le requerirá que le entregue a su empleador un nuevo DE 4 a más tardar el primero de diciembre.

Ley Member Service Civil Relief Act: Bajo esta ley, y conforme a la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*, usted puede ser exento del impuesto sobre el ingreso de California sobre su sueldo si:

- (i) Su cónyuge es miembro de las fuerzas armadas presentes en California en cumplimiento a órdenes militares;
- (ii) Usted está presente en California solamente para estar con su cónyuge; y
- (iii) Usted conserva su domicilio en otro estado.

Si solicita una exención con fundamento en esta ley, **marque el recuadro en la Línea 4**. Se le podría requerir que ofrezca pruebas de la exención, previa solicitud.

La guía para empleadores titulada en inglés [California Employer's Guide \(DE 44\) \(PDF, 2.4 MB\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) le proporciona las tablas que contienen las retenciones del impuesto sobre el ingreso. Esta publicación la puede encontrar visitando [Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm) (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). Para asistirle en el cálculo de su responsabilidad fiscal, por favor visite la agencia [Franchise Tax Board \(FTB, por sus siglas en inglés\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

Si necesita información sobre su última declaración de impuestos, como residente de California, titulada en inglés California Resident Income Tax Return (FTB Form 540), visite la agencia Franchise Tax Board (FTB) (ftb.ca.gov).

NOTIFICACIÓN: La carga de la prueba recae en el empleado para demostrar la retención correcta del impuesto sobre el ingreso de California. De conformidad con la sección 4340-1(e) del [Título 22 del Código de Reglamentos de California \(CCR, por sus siglas en inglés\)](#), la FTB o el EDD podrían, mediante petición especial por escrito, requerir a un empleador para que presente el Formulario W-4 o el DE 4 cuando dichos formularios sean necesarios para la administración de los programas de retención de impuestos.

SANCIÓN: Usted podría ser sancionado por la cantidad de \$500 si presenta, sin fundamentos razonables, un DE 4 que traiga como resultado la retención de menos impuestos de los que se está debidamente permitido. Adicionalmente, se aplicaran sanciones penales por proveer información falsa o fraudulenta, o por no proveer información requerida para incrementos de retenciones. Esto tiene su fundamento en la sección 13101 del [Código del Seguro de Desempleo de California](#) y la sección 19176 del [Código de Ingresos y Contribuciones](#).

HOJAS DE TRABAJO

INSTRUCCIONES — 1 — RETENCIONES*

Cuando determine sus retenciones, debe considerar su situación personal:

- ¿Solicita retenciones para dependientes o por ceguera?
- ¿Especificará sus deducciones?
- ¿Hay más de un ingreso en su familia?

DOS INGRESOS/VARIOS INGRESOS: Cuando los ingresos provienen de más de una fuente, pueden ocurrir retenciones menores. Si su cónyuge trabaja o usted tiene más de un empleo, se le recomienda que marque el recuadro “Soltero o Casado (con dos o más ingresos). Investigue el número total de retenciones que tiene derecho a reclamar en todos sus empleos usando un solo formulario DE 4. Solicite retenciones con **un** empleador.

No solicite las mismas retenciones con más de un empleador. Su retención será más exacta cuando todas las retenciones se soliciten en el DE 4 que presente en el empleo que más le paga y no solicite retenciones en los otros empleos.

CASADO PERO NO VIVE CON SU CÓNYUGE: Usted puede marcar el recuadro “Cabeza de familia” para su estado civil si cumple con todos los siguientes supuestos:

- (1) Su cónyuge no vivirá con usted **en ningún período** del año;
- (2) Usted suministrará aproximadamente la mitad de los costos de mantenimiento del hogar el año entero, tanto para usted como para su hijo o nieto que califique como dependiente; y
- (3) Presentará por separado su declaración anual de impuestos.

CABEZA DE FAMILIA: Para calificar, usted no debe estar casado o legalmente separado de su cónyuge y pagar más del 50% de los costos de mantenimiento del año **completo** tanto para usted como para su(s) dependiente(s) o cualquier otra persona que califique. El costo de mantenimiento del hogar incluye rubros como la renta, seguros de propiedades, impuestos de propiedades, intereses de hipotecas, reparaciones, servicios públicos y costos de alimentación. No se incluyen los gastos personales del individuo o cualquier cantidad que represente algún valor por servicios prestados por un miembro del hogar del contribuyente.

HOJA DE TRABAJO A

RETENCIONES REGULARES

- | | |
|--|-----|
| (A) Retención para usted — ingrese 1 | (A) |
| (B) Retención para su cónyuge (si éste no lo solicita por separado) — ingrese 1 | (B) |
| (C) Retención para persona con ceguera — usted — ingrese 1 | (C) |
| (D) Retención para persona con ceguera — su cónyuge (si éste no lo solicita por separado) — ingrese 1 | (D) |
| (E) Retención(es) para dependiente(s) — no se incluya usted ni su cónyuge | (E) |
| (F) Total — agregue líneas de la (A) hasta la (E) en la parte de arriba para escribir en la línea 1 del DE 4 | (F) |

INSTRUCCIONES — 2 — (OPCIONAL) RETENCIONES ADICIONALES

Si cree que va a especificar sus deducciones en su declaración del impuesto sobre el ingreso de California, puede solicitar retenciones adicionales. Use la Hoja de Trabajo B para determinar sus deducciones estimadas que le puedan permitir solicitar **una o más deducciones adicionales**. Use el último Formulario 540 de la FTB como ejemplo para calcular las cantidades que se retendrán este año.

No incluya compensaciones diferidas, pagos de pensiones calificados o beneficios flexibles, etc., que se pueden deducir de su sueldo bruto, pero no son imposables en esta hoja de trabajo.

Usted podría reducir la cantidad de impuestos a retener de sus sueldos solicitando una retención adicional por cada \$1,000 o fracción de \$1,000, para la cual usted anticipa sus deducciones anuales estimadas que excederán de sus deducciones estándar.

HOJA DE TRABAJO B

DEDUCCIONES ESTIMADAS

Use esta hoja de trabajo **únicamente** si planea especificar sus deducciones, solicitar ciertos ajustes a su ingreso o tiene una gran cantidad de ingreso no proveniente de sueldos que no están sujetos a retenciones.

- | | |
|---|------|
| 1. Ingrese un estimado de sus deducciones especificadas para los impuestos de California del presente año fiscal como se enlista en el Formulario 540 de la FTB | 1. |
| 2. Ingrese la cantidad de \$9,074 si está casado y presenta una declaración conjunta con dos o más retenciones, soltero pero cabeza de familia o viudo calificado con dependiente(s) o \$4,537 si está soltero o casado pero declara impuestos por separado, casado con doble ingreso o casado con varios empleadores | – 2. |
| 3. Substraiga la línea 2 de la línea 1 e ingrese la diferencia | = 3. |
| 4. Ingrese un estimado de sus ajustes a su ingreso (pagos de pensión alimenticia, depósitos de retiro) | + 4. |
| 5. Agregue la línea 4 a la línea 3 e ingrese la suma | = 5. |
| 6. Ingrese un estimado de su ingreso que no proviene de sueldos (dividendos, ingreso por intereses, recibe pensión alimenticia) | – 6. |
| 7. Si la línea 5 es más que la línea 6 (si es menos, vea en la parte de abajo [vaya a la línea 9]);
Substraiga la línea 6 de la línea 5 e ingrese la diferencia | = 7. |
| 8. Divida la cantidad de la línea 7 entre \$1,000 y redondee cualquier fracción al número entero más cercano
Agregue ese número a la Línea F de la Hoja de Trabajo A e ingréselo en la línea 1 del DE 4. Complete la Hoja de Trabajo C si es necesario, de lo contrario pare aquí . | 8. |
| 9. Si la línea 6 es más que la línea 5;
Ingrese la cantidad de la línea 6 (ingreso que no proviene de sueldos) | 9. |
| 10. Ingrese la cantidad de la línea 5 (deducciones) | 10. |
| 11. Substraiga la línea 10 de la línea 9 e ingrese la diferencia | 11. |

Complete la Hoja de Trabajo C

*Los sueldos pagados a parejas domésticas debidamente registradas recibirán el mismo tratamiento para propósitos del impuesto sobre el ingreso que los cónyuges para los sueldos y retenciones del PIT de California. Esta ley no tiene impacto en la ley federal fiscal. El término pareja doméstica debidamente registrada se refiere a una persona en una relación de pareja doméstica conforme a la definición de la sección 297 del Código de Familia. Para más información, llame al Centro de Atención al Contribuyente al 1-888-745-3886.

1. Ingrese un estimado del total de sus sueldos del año fiscal 2020. 1.
2. Ingrese un estimado del total de ingresos que no provienen de sueldos (línea 6 de la Hoja de Trabajo B). 2.
3. Ingrese la línea 1 y la línea 2. Ingrese la suma. 3.
4. Ingrese deducciones específicas o deducciones estándar (línea 1 o 2 de la Hoja de Trabajo B, la que sea mayor). 4.
5. Ingrese los ajustes de ingreso (línea 4 de la Hoja de Trabajo B). 5.
6. Agregue la línea 4 y la línea 5. Ingrese la suma. 6.
7. Substraiga la línea 6 de la línea 3. Ingrese la diferencia. 7.
8. Investigue el monto de su responsabilidad fiscal para saber la cantidad que va en la línea 7 usando las tablas de tarifas fiscales del 2020 que aparecen en la parte de abajo. 8.
9. Ingrese exenciones personales (línea F de la Hoja de Trabajo A x \$134.20). 9.
10. Substraiga la línea 9 de la línea 8. Ingrese la diferencia. 10.
11. Ingrese cualquier crédito fiscal que tuviese. (Consulte el Formulario 540 de la FTB). 11.
12. Substraiga la línea 11 de la línea 10. Ingrese la diferencia. Este es el total de su responsabilidad fiscal. 12.
13. Calcule el impuesto a retener y el estimado que se le retendrá en el 2020. Comuníquese con su empleador para solicitar la cantidad que será retenida de sus sueldos con base en su estado civil y el número de retenciones que solicitará en el 2020. Multiplique la cantidad estimada que será retenida por el número de pagos periódicos pendientes en el año. Agregue el total a la cantidad que está siendo retenida en el 2020. 13.
14. Substraiga la línea 13 de la línea 12. Ingrese la diferencia. Si es menos de cero, no necesita tener retenciones de impuestos adicionales. 14.
15. Divida la línea 14 por el número de pagos periódicos que faltan en el año. Ingrese esa cantidad en la línea 2 del DE 4. 15.

NOTA: No se requiere que su empleador retenga las cantidades adicionales de retención solicitadas en la línea 2 de su DE 4. Si su empleador no está de acuerdo con la cantidad adicional de retención, usted podría incrementar sus retenciones lo más que pueda si declara que su estado civil es "soltero" sin subsidios. Si la cantidad retenida resulta en un pago insuficiente de impuestos estatales sobre el ingreso, es probable que necesite tramitar estimados trimestrales presentando el Formulario 540-ES de la FTB para evitar sanciones.

LAS SIGUIENTES TABLAS SON PARA CALCULAR LA HOJA DE TRABAJO C Y ÚNICAMENTE PARA EL 2020

PERSONAS SOLTERAS, PERSONAS CASADAS CON INGRESO DOBLE CON VARIOS EMPLEADORES

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$8,809	1.100%	\$0	\$0.00
\$8,809	\$20,883	2.200%	\$8,809	\$96.90
\$20,883	\$32,960	4.400%	\$20,883	\$362.53
\$32,960	\$45,753	6.600%	\$32,960	\$893.92
\$45,753	\$57,824	8.800%	\$45,753	\$1,738.26
\$57,824	\$295,373	10.230%	\$57,824	\$2,800.51
\$295,373	\$354,445	11.330%	\$295,373	\$27,101.77
\$354,445	\$590,742	12.430%	\$354,445	\$33,794.63
\$590,742	\$1,000,000	13.530%	\$590,742	\$63,166.35
\$1,000,000	y más	14.630%	\$1,000,000	\$118,538.96

PERSONAS CASADAS

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$17,618	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,618	\$41,766	2.200%	\$17,618	\$193.80
\$41,766	\$65,920	4.400%	\$41,766	\$725.06
\$65,920	\$91,506	6.600%	\$65,920	\$1,787.84
\$91,506	\$115,648	8.800%	\$91,506	\$3,476.52
\$115,648	\$590,746	10.230%	\$115,648	\$5,601.02
\$590,746	\$708,890	11.330%	\$590,746	\$54,203.55
\$708,890	\$1,000,000	12.430%	\$708,890	\$67,589.27
\$1,000,000	\$1,181,484	13.530%	\$1,000,000	\$103,774.24
\$1,181,484	y más	14.630%	\$1,181,484	\$128,329.03

SOLTERO CABEZA DE FAMILIA

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$17,629	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,629	\$41,768	2.200%	\$17,629	\$193.92
\$41,768	\$53,843	4.400%	\$41,768	\$724.98
\$53,843	\$66,636	6.600%	\$53,843	\$1,256.28
\$66,636	\$78,710	8.800%	\$66,636	\$2,100.62
\$78,710	\$401,705	10.230%	\$78,710	\$3,163.13
\$401,705	\$482,047	11.330%	\$401,705	\$36,205.52
\$482,047	\$803,410	12.430%	\$482,047	\$45,308.27
\$803,410	\$1,000,000	13.530%	\$803,410	\$85,253.69
\$1,000,000	y más	14.630%	\$1,000,000	\$111,852.32

Si necesita información sobre su última Declaración del Impuesto sobre el Ingreso de California, FTB Formulario 540, visite la agencia **Franchise Tax Board (FTB)** (ftb.ca.gov).

La información que se recopila del formulario DE 4 es para propósitos de administrar la ley del PIT y tiene su fundamento en el Título 22 del CCR, sección 4340-1, y en la sección 18624 del Código Fiscal y de Ingresos de California (*California Revenue and Taxation Code*). La ley de 1977 titulada en inglés *Information Practices Act of 1977* requiere que se le notifique a todas las personas sobre cómo se utiliza la información que proporcionan. Se incluye información adicional e instrucciones en su última declaración de impuestos como residente de California.

EMPLOYEE RIGHTS UNDER THE FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT

THE UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR WAGE AND HOUR DIVISION

LEAVE ENTITLEMENTS

Eligible employees who work for a covered employer can take up to 12 weeks of unpaid, job-protected leave in a 12-month period for the following reasons:

- The birth of a child or placement of a child for adoption or foster care;
- To bond with a child (leave must be taken within 1 year of the child's birth or placement);
- To care for the employee's spouse, child, or parent who has a qualifying serious health condition;
- For the employee's own qualifying serious health condition that makes the employee unable to perform the employee's job;
- For qualifying exigencies related to the foreign deployment of a military member who is the employee's spouse, child, or parent.

An eligible employee who is a covered servicemember's spouse, child, parent, or next of kin may also take up to 26 weeks of FMLA leave in a single 12-month period to care for the servicemember with a serious injury or illness.

An employee does not need to use leave in one block. When it is medically necessary or otherwise permitted, employees may take leave intermittently or on a reduced schedule.

Employees may choose, or an employer may require, use of accrued paid leave while taking FMLA leave. If an employee substitutes accrued paid leave for FMLA leave, the employee must comply with the employer's normal paid leave policies.

While employees are on FMLA leave, employers must continue health insurance coverage as if the employees were not on leave.

Upon return from FMLA leave, most employees must be restored to the same job or one nearly identical to it with equivalent pay, benefits, and other employment terms and conditions.

An employer may not interfere with an individual's FMLA rights or retaliate against someone for using or trying to use FMLA leave, opposing any practice made unlawful by the FMLA, or being involved in any proceeding under or related to the FMLA.

An employee who works for a covered employer must meet three criteria in order to be eligible for FMLA leave. The employee must:

- Have worked for the employer for at least 12 months;
- Have at least 1,250 hours of service in the 12 months before taking leave;* and
- Work at a location where the employer has at least 50 employees within 75 miles of the employee's worksite.

*Special "hours of service" requirements apply to airline flight crew employees.

Generally, employees must give 30-days' advance notice of the need for FMLA leave. If it is not possible to give 30-days' notice, an employee must notify the employer as soon as possible and, generally, follow the employer's usual procedures.

Employees do not have to share a medical diagnosis, but must provide enough information to the employer so it can determine if the leave qualifies for FMLA protection. Sufficient information could include informing an employer that the employee is or will be unable to perform his or her job functions, that a family member cannot perform daily activities, or that hospitalization or continuing medical treatment is necessary. Employees must inform the employer if the need for leave is for a reason for which FMLA leave was previously taken or certified.

Employers can require a certification or periodic recertification supporting the need for leave. If the employer determines that the certification is incomplete, it must provide a written notice indicating what additional information is required.

Once an employer becomes aware that an employee's need for leave is for a reason that may qualify under the FMLA, the employer must notify the employee if he or she is eligible for FMLA leave and, if eligible, must also provide a notice of rights and responsibilities under the FMLA. If the employee is not eligible, the employer must provide a reason for ineligibility.

Employers must notify its employees if leave will be designated as FMLA leave, and if so, how much leave will be designated as FMLA leave.

Employees may file a complaint with the U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division, or may bring a private lawsuit against an employer.

The FMLA does not affect any federal or state law prohibiting discrimination or supersede any state or local law or collective bargaining agreement that provides greater family or medical leave rights.

BENEFITS & PROTECTIONS

ELIGIBILITY REQUIREMENTS

REQUESTING LEAVE

EMPLOYER RESPONSIBILITIES

ENFORCEMENT

For additional information or to file a complaint:

1-866-4-USWAGE

(1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627



WWW.WAGEHOUR.DOL.GOV

DERECHOS DEL EMPLEADO SEGÚN LA LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS DEL DEPARTAMENTO DE EE. UU.

DE LOS DERECHOS DE LA LICENCIA

Los empleados elegibles que trabajan para un empleador sujeto a esta ley pueden tomarse hasta 12 semanas de licencia sin sueldo sin perder su empleo por las siguientes razones:

- El nacimiento de un hijo o la colocación de un hijo en adopción o en hogar de crianza;
- Para establecer lazos afectivos con un niño (la licencia debe ser tomada dentro del primer año del nacimiento o la colocación del niño);
- Para cuidar al cónyuge del empleado, al hijo, o al padre que tenga un problema de salud serio que califique;
- Debido a un problema de salud serio del mismo empleado que califique y que resulte en que el empleado no pueda realizar su trabajo;
- Por exigencias que califiquen relacionadas con el despliegue de un miembro de las fuerzas armadas que sea cónyuge del empleado, hijo o padre.

Un empleado elegible que es cónyuge, hijo, padre o familiar más cercano del miembro de las fuerzas armadas que está cubierto, puede tomarse hasta 26 semanas de licencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) en un periodo de 12 meses para cuidar al miembro de las fuerzas armadas que tenga una lesión o enfermedad seria.

Un empleado no tiene que tomarse la licencia de una sola vez. Cuando es médicamente necesario o de otra manera permitido, los empleados pueden tomarse la licencia de forma intermitente o en una jornada reducida.

Los empleados pueden elegir, o un empleador puede exigir, el uso de licencias pagadas acumuladas mientras se toman la licencia bajo la FMLA. Si un empleado sustituye la licencia pagada acumulada por la licencia bajo la FMLA, el empleado tiene que respetar las políticas de pago de licencias normales del empleador.

Mientras los empleados estén de licencia bajo la FMLA, los empleadores tienen que continuar con la cobertura del seguro de salud como si los empleados no estuvieran de licencia.

Después de regresar de la licencia bajo la FMLA, a la mayoría de los empleados se les tiene que restablecer el mismo trabajo o uno casi idéntico, con el pago, los beneficios y otros términos y otras condiciones de empleo equivalentes.

Un empleador no puede interferir con los derechos de la FMLA de un individuo o tomar represalias contra alguien por usar o tratar de usar la licencia bajo la FMLA, oponerse a cualquier práctica ilegal hecha por la FMLA, o estar involucrado en un procedimiento según o relacionado con la FMLA.

BENEFICIOS Y PROTECCIONES

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Un empleado que trabaja para un empleador cubierto tiene que cumplir con tres criterios para poder ser elegible para una licencia bajo la FMLA. El empleado tiene que:

- Haber trabajado para el empleador por lo menos 12 meses;
- Tener por lo menos 1,250 horas de servicio en los 12 meses previos a tomar la licencia*; y
- Trabajar en el lugar donde el empleador tiene al menos 50 empleados dentro de 75 millas del lugar de trabajo del empleado.

*Requisitos especiales de "horas de servicio" se aplican a empleados de una tripulación de una aerolínea.

PEDIDO DE LA LICENCIA

En general, los empleados tienen que pedir la licencia necesaria bajo la FMLA con 30 días de anticipación. Si no es posible avisar con 30 días de anticipación, un empleado tiene que notificar al empleador lo más pronto posible y, generalmente, seguir los procedimientos usuales del empleador.

Los empleados no tienen que informar un diagnóstico médico, pero tienen que proporcionar información suficiente para que el empleador pueda determinar si la ausencia califica bajo la protección de la FMLA. La información suficiente podría incluir informarle al empleador que el empleado está o estará incapacitado para realizar sus funciones laborales, que un miembro de la familia no puede realizar las actividades diarias, o que una hospitalización o un tratamiento médico es necesario. Los empleados tienen que informar al empleador si la necesidad de la ausencia es por una razón por la cual la licencia bajo la FMLA fue previamente tomada o certificada.

Los empleadores pueden exigir un certificado o una recertificación periódica que respalde la necesidad de la licencia. Si el empleado determina que la certificación está incompleta, tiene que proporcionar un aviso por escrito indicando qué información adicional se requiere.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

Una vez que el empleador tome conocimiento que la necesidad de la ausencia del empleado es por una razón que puede calificar bajo la FMLA, el empleador tiene que notificar al empleado si él o ella es elegible para una licencia bajo FMLA y, si es elegible, también tiene que proporcionar un aviso de los derechos y las responsabilidades según la FMLA. Si el empleado no es elegible, el empleador tiene que brindar una razón por la cual no es elegible.

Los empleadores tienen que notificar a sus empleados si la ausencia será designada como licencia bajo la FMLA, y de ser así, cuánta ausencia será designada como licencia bajo la FMLA.

CUMPLIMIENTO

Los empleados pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Trabajo de EE. UU., la División de Horas y Salarios, o pueden presentar una demanda privada contra un empleador.

La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni sustituye a ninguna ley estatal o local o convenio colectivo de negociación que proporcione mayores derechos de ausencias familiares o médicas.

Para información adicional o para presentar un reclamo:

1-866-4-USWAGE

(1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627

www.dol.gov/whd



Departamento de Trabajo de los EE.UU. | División de Horas y Salarios DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS

Notice to Employees

This employer is registered with the Employment Development Department (EDD) as required by the California Unemployment Insurance Code and is reporting wage credits to the EDD that are being accumulated for you to be used as a basis for:

UI

Unemployment Insurance

(funded entirely by employers' taxes)

Unemployment Insurance (UI) is paid for by your employer and provides partial income replacement when you are unemployed or your hours are reduced due to no fault of your own. To claim UI benefit payments you must also meet all UI eligibility requirements, including that you must be available for work and searching for work.

How to File a New UI Claim

Use one of the following methods:

- **Online:** UI OnlineSM is the fastest and most convenient way to file your UI claim. Visit [UI Online](http://edd.ca.gov/UI_Online) (edd.ca.gov/UI_Online) to get started.
- **Phone:** Representatives are available at the following toll-free numbers, Monday through Friday between **8 a.m. to 12 noon** (Pacific Standard Time) except during state holidays.

English	1-800-300-5616	Cantonese	1-800-547-3506	Vietnamese	1-800-547-2058
Spanish	1-800-326-8937	Mandarin	1-866-303-0706	TTY	1-800-815-9387
- **Fax or Mail:** When accessing UI Online to file a new claim, some customers will be instructed to fax or mail their UI application to the EDD. If this occurs, the *Unemployment Insurance Application* (DE 1101I), will display. For faster and more secure processing, fax the completed form to the number listed on the form. If mailing your UI application, use the address on the form and allow additional time for processing.

Important: Waiting to file your UI claim may delay benefit payments.

DI

Disability Insurance

(funded entirely by employees' contributions)

Disability Insurance (DI) is funded by employees' contributions and provides partial wage replacement benefits to eligible Californians who are unable to work due to a non-work-related illness, injury, pregnancy, or disability.

Your employer must provide the *Disability Insurance Provisions* (DE 2515) brochure, to newly hired employees and to each employee who is unable to work due to a non-work-related illness, injury, pregnancy, or disability.

How to File a New DI Claim

Use one of the following methods:

- **Online:** SDI Online is the fastest and most convenient way to file your claim. Visit [SDI Online](http://edd.ca.gov/SDI_Online) (edd.ca.gov/SDI_Online) to get started.
- **Mail:** To file a claim with the EDD by mail, complete and submit a *Claim for Disability Insurance (DI) Benefits* (DE 2501) form. You can obtain a paper claim form from your employer, physician/practitioner, visiting a State Disability Insurance office, online at [EDD Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Forms) (edd.ca.gov/Forms), or by calling 1-800-480-3287.

Note: If your employer maintains an approved Voluntary Plan for DI coverage, contact your employer for assistance.

For more information about DI, visit [State Disability Insurance](http://edd.ca.gov/disability) (edd.ca.gov/disability) or call 1-800-480-3287.
State government employees should call 1-866-352-7675.

TTY (for deaf or hearing-impaired individuals only) is available at 1-800-563-2441.

PFL

Paid Family Leave

(funded entirely by employees' contributions)

Paid Family Leave (PFL) is funded by employees' contributions and provides partial wage replacement benefits to eligible Californians who need time off work to care for seriously ill child, parent, parent-in-law, grandparent, grandchild, sibling, spouse, or registered domestic partner. Benefits are available to parents who need time off work to bond with a new child entering the family by birth, adoption, or foster care placement. Benefits are also available for eligible Californians who need time off work to participate in a qualifying event resulting from a spouse, registered domestic partner, parent, or child's military deployment to a foreign country.

Your employer must provide the *Paid Family Leave* (DE 2511) brochure, to newly hired employees and to each employee who is taking time off work to care for a seriously ill family members, to bond with a new child, or to participate in a qualifying military event.

How to File a New PFL Claim

Use one of the following methods:

- **Online:** SDI Online is the fastest and most convenient way to file your claim. Visit [SDI Online](http://edd.ca.gov/SDI_Online) (edd.ca.gov/SDI_Online) to get started.
- **Mail:** To file a claim with the EDD by mail, complete and submit a *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2501F) form. You can obtain a paper claim form from your employer, a physician/practitioner, visiting a State Disability Insurance office, online at [EDD Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Forms) (edd.ca.gov/Forms), or by calling 1-877-238-4373.

Note: If your employer maintains an approved Voluntary Plan for PFL coverage, contact your employer for assistance.

For more information about PFL, visit [State Disability Insurance](http://edd.ca.gov/disability) (edd.ca.gov/disability) or call 1-877-238-4373.

State government employees should call 1-877-945-4747.

TTY (for deaf or hearing-impaired individuals only) is available at 1-800-445-1312.

Note: Some employees may be exempt from coverage by the above insurance programs. It is illegal to make a false statement or to withhold facts to claim benefits. For additional information, visit the [EDD](http://edd.ca.gov) (edd.ca.gov).

Aviso para los empleados:

ESTE EMPLEADOR ESTÁ REGISTRADO CON EL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD) COMO ES REQUERIDO POR EL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE CALIFORNIA Y ESTÁ REPORTANDO SUELDOS QUE SON CRÉDITOS QUE ESTÁN SIENDO ACUMULADOS PARA QUE USTED PUEDA RECIBIR:

UI

Seguro de Desempleo

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

El Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) es pagado por su empleador y le proporciona un reemplazo parcial de sus sueldos cuando está desempleado o le han reducido sus horas de trabajo por razones ajenas a su voluntad. Para solicitar los pagos de beneficios del UI, tiene que cumplir con todos los requisitos de elegibilidad del UI, incluyendo estar disponible para trabajar y buscando empleo.

Cómo presentar una nueva solicitud del UI

Utilice uno de los siguientes métodos:

- **Internet:** UI OnlineSM es la manera más rápida y conveniente de presentar su solicitud del UI. Para empezar, visite [UI Online](http://edd.ca.gov/UI_Online_Espanol) (edd.ca.gov/UI_Online_Espanol).
- **Teléfono:** Los representantes del EDD están disponibles en los siguientes números telefónicos gratuitos, de lunes a viernes, de **8 a.m. a 12 del mediodía** (hora del Pacífico) con excepción de los días festivos del estado.

Inglés	1-800-300-5616	Español	1-800-326-8937	TTY (teletipo)	1-800-815-9387
--------	----------------	---------	----------------	----------------	----------------
- **Correo postal o fax:** Cuando se accede a UI Online para presentar una nueva solicitud, a algunos solicitantes se les indicará que envíen por correo postal o por fax la solicitud del UI al EDD. Si esto ocurre, la *Solicitud para Beneficios del Seguro de Desempleo*, (DE 1101/S) será mostrada. Para un proceso más rápido y seguro, envíe el formulario completo por fax, al número de teléfono que aparece en el formulario. Si va a enviar el formulario por correo postal, envíelo a la dirección postal que aparece en el formulario y espere tiempo adicional para que sea procesado.

Importante: Si usted se tarda en presentar su solicitud, los pagos de beneficios se pueden demorar.

DI

Seguro de Incapacidad

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

El Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés) es financiado con las contribuciones de los empleados y proporciona reemplazo parcial de sueldos a los residentes de California que son elegibles debido a que no pueden trabajar porque tienen una enfermedad que no está relacionada con el empleo, una lesión, un embarazo o una discapacidad.

El empleador debe proporcionar el folleto de *Información y Requisitos del Seguro de Incapacidad* (DE 2515/S) a cada empleado nuevo que contrate y a cada empleado que no pueda trabajar debido a una enfermedad no relacionada con el empleo, una lesión, embarazo o discapacidad.

Cómo presentar una nueva solicitud del DI

Utilice uno de los siguientes métodos:

- **Internet:** SDI OnlineSM es el método más rápido y conveniente para presentar su solicitud. Para empezar, visite [SDI Online](http://edd.ca.gov/SDI_Online_Espanol) (edd.ca.gov/SDI_Online_Espanol).
- **Correo postal:** Para presentar una solicitud con el EDD por correo postal, complete y envíe el formulario titulado *Solicitud de Beneficios del Seguro de Incapacidad (DI)* (DE 2501/S). Usted puede obtener el formulario por medio de su empleador, su médico/profesional médico, visitando una oficina del Seguro Estatal de Incapacidad, por internet en [EDD Forms and Publications](http://edd.ca.gov/EDD_Forms_and_Publications) (edd.ca.gov/Forms) o llamando al 1-800-480-3287.

Nota: Si su empleador ofrece un plan de seguro privado (*voluntary plan*) para la cobertura de DI, comuníquese con su empleador para solicitar ayuda.

Para más información acerca del DI, visite [Seguro Estatal de Incapacidad](http://edd.ca.gov/disability) (edd.ca.gov/disability) o llame al 1-800-480-3287.

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

TTY (teletipo, para personas sordas o con dificultades auditivas) está disponible en el 1-800-563-2441.

PFL

PERMISO FAMILIAR PAGADO

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

El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés) es financiado con las contribuciones de los empleados y proporciona reemplazo parcial de sueldos a los residentes de California que son elegibles y que necesitan ausentarse de su empleo para cuidar de un familiar gravemente enfermo, tales como un niño, un padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, esposo o pareja doméstica debidamente registrada. Los beneficios están disponibles para los padres que necesitan ausentarse de su empleo para establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo ya sea por nacimiento, adopción o bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*). También están disponibles para los californianos elegibles que necesitan ausentarse de su trabajo para participar en un evento aprobado como resultado de un despliegue militar al extranjero de un familiar, tales como un esposo, pareja doméstica debidamente registrada, padre o hijo.

Su empleador debe proporcionar el folleto del *Permiso Familiar Pagado (PFL) de California* (DE 2511/S) a cada empleado nuevo que contrate y a cada empleado que necesite ausentarse de su empleo para cuidar de un familiar gravemente enfermo, para establecer un vínculo paternal con un nuevo niño o participar en un evento militar aprobado.

Cómo presentar una nueva solicitud del PFL

Utilice uno de los siguientes métodos:

- **Internet:** SDI Online es el método más rápido y conveniente para presentar una solicitud. Para empezar, visite [SDI Online](http://edd.ca.gov/SDI_Online_Espanol) (edd.ca.gov/SDI_Online_Espanol).
- **Correo postal:** Para presentar una solicitud con el EDD por correo postal, complete y envíe el formulario titulado *Solicitud de Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501F/S). Puede obtener el formulario impreso por medio de su empleador, su médico/profesional médico, visitando una oficina del Seguro Estatal de Incapacidad, por internet en [EDD Forms and Publications](http://edd.ca.gov/EDD_Forms_and_Publications) (edd.ca.gov/Forms) o llamando al 1-877-238-4373.

Nota: Si su empleador ofrece un plan de seguro privado (*voluntary plan*) para la cobertura del PFL, comuníquese con su empleador para solicitar ayuda.

Para más información acerca del PFL, visite [Seguro Estatal de Incapacidad](http://edd.ca.gov/disability) (edd.ca.gov/disability) o llame al 1-877-238-4373.

Los empleados del estado deben llamar al 1-877-945-4747.

TTY (teletipo, para personas sordas o con dificultades auditivas) está disponible en el 1-800-445-1312.

Nota: Algunos empleados podrían estar exentos de la cobertura de los programas de seguros mencionados anteriormente. Es ilegal hacer una declaración falsa o retener información con el fin de recibir beneficios. Para obtener información adicional, visite el sitio web del [EDD](http://edd.ca.gov) (edd.ca.gov).



About California Paid Family Leave

For many working Californians, finding time to be with a loved one when they need it most can be difficult. California's Paid Family Leave program was created for those moments that matter. Benefits are available to care for a seriously ill family member, to bond with a new child, or to participate in a qualifying military event.

Fast Facts About California Paid Family Leave

- Provides up to eight weeks of partial wage replacement benefits to bond with a new child (either by birth, adoption, or foster care placement), to care for a seriously ill family member (child, parent, parent-in-law, grandparent, grandchild, sibling, spouse, or registered domestic partner), or to participate in a qualifying event resulting from a family member's (spouse, registered domestic partner, parent, or child) military deployment to a foreign country.
- Doesn't have to be taken all at once.
- Provides approximately 60 to 70 percent of your salary during your leave.
- Funded through your State Disability Insurance tax withholding, so you are most likely eligible if you've paid into State Disability Insurance (noted as "CASDI" on paystubs) or a qualifying voluntary plan in the past 5 to 18 months.
- To bond with a new child, leave can be taken anytime within the first 12 months of a child entering your family.
- Citizenship and immigration status do not affect eligibility.

CALIFORNIA PAID FAMILY LEAVE

moments matter.

Paid Family Leave:

Giving Californians the benefits they need to be there for the moments that matter.

English	1-877-238-4373
Spanish	1-877-379-3819
Cantonese	1-866-692-5595
Vietnamese	1-866-692-5596
Armenian	1-866-627-1567
Punjabi	1-866-627-1568
Tagalog	1-866-627-1569
TTY	1-800-445-1312

Individuals can also visit a Paid Family Leave or Disability Insurance office to obtain claim forms, receive information, or speak to a representative.

Visit a [State Disability Insurance office](http://edd.ca.gov/Disability/Contact_SD_I.htm) (edd.ca.gov/Disability/Contact_SD_I.htm) near you.



For more information, visit:
CaliforniaPaidFamilyLeave.com

The EDD is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Requests for services, aids, and/or alternate formats need to be made by calling 1-866-490-8879 (voice). TTY users, please call the California Relay Service at 711.



CALIFORNIA PAID FAMILY LEAVE

Helping Californians be present for the moments that matter.



Do I Qualify For California Paid Family Leave?

To qualify for Paid Family Leave benefits, you **must meet** the following requirements:

- Need to take time off from work to care for a seriously ill family member, to bond with a new child, or to participate in a qualifying military event.
- Be covered by State Disability Insurance (or a voluntary plan in lieu of State Disability Insurance).
- Have earned at least \$300 in the past 5 to 18 months.
- Submit your claim no later than 41 days after you begin your family leave. Do not file before your first day of leave.

If required by your employer, you must use up to two weeks of unused vacation leave or paid time off. Check with your human resources department to confirm your employer's requirements.

How Are Benefit Amounts Calculated?

California Paid Family Leave provides approximately 60 to 70 percent of your weekly salary.

The benefit amount is calculated from your highest quarterly earnings over the past 5 to 18 months, before the start of your claim. The Employment Development Department (EDD) has an online calculator that can help you estimate your weekly benefit amount. Visit the [Disability Insurance and Paid Family Leave Calculator](https://edd.ca.gov/PFL_Calculator) (edd.ca.gov/PFL_Calculator) to estimate your benefit.

If you are found eligible to receive benefits, you have an option on how you receive your benefit payments: by the EDD Debit CardSM through Bank of America or by check, mailed from the EDD.



Does Paid Family Leave Provide Job Protection?

California Paid Family Leave does not provide job protection or a right to return to work.

However, job protection may be provided under other laws such as the federal Family and Medical Leave Act, the California Family Rights Act, or the New Parent Leave Act (if you qualify).

Notify your employer of your plan to take leave and the reason for taking leave according to your company's policy.

How Do I Apply For Benefits?

Apply for Paid Family Leave benefits by visiting [SDI Online](https://edd.ca.gov/SDI_Online) (edd.ca.gov/SDI_Online).

You may also apply using a paper form. Visit [EDD Forms and Publications](https://edd.ca.gov/Forms) (edd.ca.gov/Forms) to request a *Claim for Paid Family Leave (PFL) Benefits* (DE 2501F) form.

For caregiving claims, you must provide medical certification showing that the care recipient has a serious health condition and requires your care. This needs to be completed by the care recipient's physician/practitioner. Information about the care recipient and their signature are also required.

For bonding claims, you must provide documentation showing proof of relationship between you and the child (e.g., a copy of the child's birth certificate, adoptive placement agreement, or foster care placement record).

If you are currently receiving pregnancy-related Disability Insurance benefits, it is not necessary to request a Paid Family Leave claim form. The form to file for bonding will be sent through your SDI Online account or by mail when your pregnancy-related disability claim ends.

For military assist claims, you must provide supporting military documentation (e.g., proof of covered active duty or call to covered active duty and documentation of the qualifying event).

If you are covered by a voluntary plan, contact your employer for information about your coverage and instructions on how to apply for benefits.

If your claim is denied, you have the right to:

- Know the reason for denial.
- Appeal decisions about your eligibility for benefits. Visit [Appeals](https://edd.ca.gov/Disability/Appeals.htm) (edd.ca.gov/Disability/Appeals.htm) for information.

All claim information is confidential except for purposes allowed by law.



Acerca del Permiso Familiar Pagado de California

Para muchos trabajadores californianos, encontrar el tiempo para estar con un ser querido cuando más se necesitan puede ser difícil. El programa del Permiso Familiar Pagado de California fue creado para esos momentos que importan, como cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, establecer un vínculo paternal con nuevo hijo, o participar en un evento militar aprobado.

Información sobre el Permiso Familiar Pagado de California

- Ofrece hasta 8 semanas de pagos de beneficios que sustituyen una parte de los sueldos del trabajador para establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo [ya sea por nacimiento, adopción o por estar bajo cuidado de crianza temporal (*foster care*)], para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo (un hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, o pareja domestica debidamente registrada), o para participar en un evento aprobado como resultado del despliegue militar del familiar (cónyuge, pareja domestica debidamente registrada, padre o hijo) a otro país.
- No tiene que tomar todas las semanas de forma consecutiva.
- Ofrece aproximadamente de 60 a 70 por ciento del sueldo del trabajador durante la ausencia laboral.
- Es financiado a través de sus deducciones del impuesto del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI), por lo tanto, lo más probable es que será elegible si ha pagado el impuesto del SDI (aparece en su talón de cheque como "CASDI") o ha tenido un seguro privado aprobado (*voluntary plan*) durante los últimos 5 a 18 meses.
- Puede ausentarse de su empleo para establecer un vínculo paternal con un hijo nuevo, en cualquier momento dentro de un período de 12 meses a partir de que el niño se integre a su familia.
- Su estatus migratorio o de ciudadanía no afecta su elegibilidad.

CALIFORNIA PAID FAMILY LEAVE

moments matter.

El Permiso Familiar Pagado:

Ofrece a los californianos los beneficios que necesitan para estar con sus seres queridos en los momentos que importan.

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

Para obtener formularios impresos, recibir información o hablar con un representante, visite alguna de las oficinas del Permiso Familiar Pagado o del Seguro de Incapacidad.

Visite [una oficina del Seguro Estatal de Incapacidad](http://una.oficina.del.Seguro.Estatal.de.Incapacidad) (edd.ca.gov/Disability/Contact_SDI_Espanol.htm) cercana a usted.



PERMISO FAMILIAR PAGADO
DE CALIFORNIA

Ayudando a los californianos a estar presente en los momentos que importan.



Para más información, visite
CaliforniaPaidFamilyLeave.com/es.

El EDD ofrece igualdad de oportunidad al empleo, acceso a sus programas y servicios. Los servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para pedir servicios, asistencia y/o formatos alternos, comuníquese al **1-866-490-8879** o por TTY (teletipo) al **711**.



¿Soy elegible para el Permiso Familiar Pagado de California?

Para ser elegible para recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado, **debe cumplir** con los siguientes requisitos:

- Tener la necesidad de ausentarse de su empleo para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo, establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo, o para participar en un evento militar aprobado.
- Contar con la cobertura del Seguro Estatal de Incapacidad (o con un seguro privado [*voluntary plan*] 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 en 41 días a partir de la fecha en que comience su ausencia familiar. No presente su solicitud antes de la fecha en que comience su ausencia familiar.

Su empleador le puede requerir que tome hasta 2 semanas de su tiempo acumulado de vacaciones o tiempo libre pagado. Consulte con el departamento de recursos humanos de su empleador para verificar cuales son los requisitos.

¿Cómo se calcula la cantidad de los beneficios?

El Permiso Familiar Pagado de California le ofrece aproximadamente de 60 a 70 por ciento de su salario semanal.

La cantidad de beneficios semanales se calcula con base en el sueldo más alto que haya ganado en un trimestre, durante los últimos 5 a 18 meses antes de que comience su ausencia familiar. El EDD ofrece un método para calcular la cantidad estimada del pago de beneficios semanal que el solicitante podría recibir. Para obtener más información, visite la página de internet titulada [Calculadora - Pagos de Beneficios del Permiso Familiar Pagado \(PFL\) y del Seguro de Incapacidad \(DI\)](#) (edd.ca.gov/PFL_Calculator_Espanol) para obtener un estimado de sus beneficios.

Si reúne los requisitos para recibir beneficios, puede elegir como quiere recibir sus pagos: a través de la tarjeta de débito EDD Debit CardSM del Bank of America o por cheque, el cual le enviará el EDD por correo postal.



¿Ofrece protección de empleo el Permiso Familiar Pagado?

El Permiso Familiar Pagado no ofrece protección de empleo ni le garantiza el derecho de regresar a su empleo.

Sin embargo, su empleo podría estar protegido por otras leyes, tales como la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), la Ley de Derechos de la Familia de California (CFRA, por sus siglas en inglés) o bajo la ley titulada en inglés *New Parent Leave Act* (si es elegible).

Usted debe notificar a su empleador acerca de sus planes y la razón para ausentarse de su empleo, de acuerdo con las políticas de la empresa.

¿Cómo puedo solicitar beneficios?

Solicite beneficios del Permiso Familiar Pagado a través de **SDI Online** (edd.ca.gov/Disability/SDI_Online_Espanol.htm).

Usted también puede solicitar beneficios usando el formulario impreso titulado *Solicitud para Beneficios del Permiso Familiar Pagado* (PFL) (DE 2501F/S). Para ordenar electrónicamente el formulario impreso, visite la página de internet titulada en inglés [EDD Forms and Publications](#) (edd.ca.gov/Forms).

Cuando presente una solicitud para proporcionar cuidado a un familiar, debe proporcionar una certificación médica que demuestre que la persona que recibe cuidado sufre de una condición médica seria y que requiere de su cuidado. Esta certificación debe ser completada por el médico/profesional médico que atiende a la persona que recibe el cuidado. También se requiere la información de la persona que recibe el cuidado y su firma.

Cuando presente una solicitud para establecer un vínculo paternal, debe de incluir, junto con la solicitud, la documentación que compruebe la relación entre usted y el hijo, como por ejemplo: copia del acta de nacimiento, el acuerdo de colocación para adopción o el documento que certifica que usted ha sido aprobado para el cuidado de un niño bajo el programa de crianza temporal (*foster care*).

Si usted actualmente está recibiendo beneficios del Seguro de Incapacidad debido a un embarazo, no es necesario que pida la solicitud para el Permiso Familiar Pagado. La solicitud para establecer un vínculo paternal se le enviará automáticamente a través de su cuenta de SDI Online o por correo postal cuando termine su solicitud de beneficios del Seguro de Incapacidad debido a un embarazo.

Para solicitudes de apoyo militar, se requiere que proporcione la documentación suplementaria militar, (como por ejemplo: un comprobante del servicio militar en activo o llamado inminente para el servicio militar activo y la documentación del evento aprobado).

Si usted tiene un seguro privado (*voluntary plan*), comuníquese con su empleador para obtener información acerca de su cobertura y las instrucciones sobre cómo solicitar beneficios.

Si se niega su petición, tiene derecho a:

- Saber el motivo por el cual se le están negando los beneficios.
- Apelar la resolución sobre su elegibilidad para beneficios. Para más información acerca del proceso de apelación, visite la página titulada en inglés [Appeals](#) (edd.ca.gov/Disability/Appeals.htm).

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

DI Office Locations and Mailing Addresses

- Chico 645 Salem Street
(PO Box 8190, Chico, CA 95927-8190)
- Chino Hills ... 15315 Fairfield Ranch Road, Ste. 100
(PO Box 60006, City of Industry, CA 91716-0006)
- Fresno 2555 S. Elm Avenue
(PO Box 32, Fresno, CA 93707-0032)
- Long Beach ... 4300 Long Beach Blvd., Ste. 600
(PO Box 469, Long Beach, CA 90801-0469)
- Los Angeles 888 S. Figueroa Street, Ste. 200
(PO Box 513096, Los Angeles, CA 90051-1096)
- Oakland 7677 Oakport Street, Ste. 325
(PO Box 1857, Oakland, CA 94606-1857)
- Sacramento 5009 Broadway
(PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140)
- San Bernardino 371 West 3rd Street
(PO Box 781, San Bernardino, CA 92402-0781)
- San Diego ... 9246 Lightwave Avenue, Bldg. A, Ste. 300
(PO Box 120831, San Diego, CA 92112-0831)
- San Francisco 745 Franklin Street, Rm. 300
(PO Box 193534, San Francisco, CA 94119-3534)
- San Jose 297 West Hedding Street
(PO Box 637, San Jose, CA 95106-0637)
- Santa Ana 2 MacArthur Place, Suite 400
(PO Box 1466, Santa Ana, CA 92702-1466)
- Santa Barbara 128 East Ortega Street
(PO Box 1529, Santa Barbara, CA 93102-1529)
- Santa Rosa 606 Healdsburg Avenue
(PO Box 700, Santa Rosa, CA 95402-0700)
- Stockton 3127 Transworld Dr., Ste. 150
(PO Box 201006, Stockton, CA 95201-9006)
- California State Government Employees
(PO Box 2168, Stockton, CA 95201-2168)
- Van Nuys 15400 Sherman Way, Rm. 500
(PO Box 10402, Van Nuys, CA 91410-0402)



STATE OF CALIFORNIA

LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT

*This pamphlet is for general information only,
and does not have the force and effect of the law,
rule or regulation.*

The EDD is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Requests for services, aids, and/or alternate formats need to be made by calling DI at 1-866-490-8879. TTY users, please call the California Relay Service at 711.



DISABILITY INSURANCE PROVISIONS



Disability is an illness or injury, either physical or mental, which prevents customary work. Disability includes elective surgery, pregnancy, childbirth, or related medical conditions.

Disability Insurance (DI) is a component of the State Disability Insurance (SDI) program, designed to partially replace wages lost due to a non-work-related disability (see "Other Programs," for job-related disabilities).

SDI contributions are paid by California workers covered by the SDI program. Contribution rates may vary from year to year. For current rates, visit [State Disability Insurance](http://StateDisabilityInsurance.edd.ca.gov/disability) (edd.ca.gov/disability), or contact the Employment Development Department (EDD) DI customer service at 1-800-480-3287 or EDD employment tax customer service at 1-888-745-3886.

DI Plans

- **State Plan.** The DI state plan is covered in this brochure.
- **Voluntary Plan (VP).** A private plan, which may be substituted for the State Plan. Voluntary Plans are established if the employer and majority of employees agree to do so. VP information and filing a claim is done through your employer. If you are covered by a VP, the provisions of this brochure may not apply to you. Obtain information about your coverage and file a VP claim through your employer.
- **Elective Coverage (EC).** Employers and self-employed persons, including general partners, may elect coverage under SDI. The method of computing benefits for EC participants is not the same as for mandatory rate payers. The cost of participating, which is set annually, can be obtained from your local EDD Employment Tax Customer Service Office.

EC claims are filed in the same manner as State Plan claims. However, there are differences in eligibility requirements from those listed in this pamphlet.

For additional information or to apply for coverage, contact the EDD DI customer service at 1-800-480-3287, the EDD employment tax customer service at 1-888-745-3886, or visit [State Disability Insurance](http://StateDisabilityInsurance.edd.ca.gov/disability) (edd.ca.gov/disability).

How to Claim State Plan Benefits

1. Use **SDI Online** to securely file for benefits or request a paper claim form online.
 - Online: [State Disability Insurance](http://StateDisabilityInsurance.edd.ca.gov/disability) (edd.ca.gov/disability).
 - By phone: 1-800-480-3287.
 - By mail: EDD, Disability Insurance, PO Box 989777, West Sacramento, CA 95798-9777.
 - California state government employees covered by SDI should call 1-866-352-7675.
2. If filing through SDI Online, complete all required fields. SDI Online will provide a receipt number once the claim is submitted. If using a paper *Claim for Disability Insurance (DI) Benefits* (DE 2501) form, complete and sign Part A-Claimant's Statement. Print clearly, and verify your answers are complete and correct as errors delay payment.
3. Have your physician/practitioner complete the Part B - Physician/Practitioner's Certificate online or use the paper claim form. If filing online, your physician/practitioner will need your receipt number to complete the Part B - Physician/Practitioner's Certificate.

Usually a claim cannot begin more than seven days before you were examined by or under the care of a physician/practitioner. Certification may be made by a:

- Licensed medical or osteopathic physician and surgeon.
- Nurse practitioner.
- Physician assistant.
- Chiropractor.
- Dentist.
- Podiatrist.
- Optometrist.
- Designated psychologist.
- Authorized medical officer of a United States governmental facility.

Certification may also be made by a licensed nurse-midwife or licensed midwife for disabilities related to normal pregnancy or childbirth.

4. File online or submit your paper claim form within 49 days from the date your disability begins. If your claim is late, you may lose benefits unless your explanation of the delay is accepted as reasonable.

How Benefits Are Paid

- If you are eligible to receive benefits, you have two payment options: by **EDD Debit CardSM** through Bank of America, or by a **check**. You do not have to accept the EDD Debit Card. Please allow 7 to 10 days for delivery of checks in the mail.
- Most properly completed claims are processed within 14 days.
- The first seven days of your DI claim are a non-payable waiting period. If a claim is filed for the same or related cause or condition within 60 days of the initial claim, it will be processed as a continuation of the initial claim for which a waiting period was already served. There will not be a new waiting period in such cases.

Benefits are paid as quickly as possible after all eligibility information is received. If you meet all eligibility requirements, benefits will be authorized. If you are eligible for further benefits, you will be authorized for additional benefits electronically or sent a *Claim For Continued Disability Benefits* (DE 2500A) certification form for you to complete for the next benefit period. Usually these benefit periods are for two-week intervals. However, DI pays benefits based on daily eligibility within a seven-day calendar week. Partial weeks are paid at a daily rate. This rate is one-seventh of your weekly benefit amount. Please allow 10 days from the date you mail or electronically submit a certification for receipt of payment.

How Your Benefit Rate is Determined

Benefit amounts are based on wages paid during a specific 12-month **base period**, determined by the date your claim begins. Consider when to start your claim since this may affect your weekly benefit rate, your maximum benefit amount, and the period of your benefit eligibility.

Only **base period** wages subject to the SDI contributions can be used in computing your benefits. To qualify, you must have earned at least \$300 during your base period. The month your claim begins determines which four consecutive quarters are used.

If your claim begins in:

- **January, February, or March, your base period is the 12 months ending last September 30.** (Example: A claim beginning February 14, 2021, uses a base period of October 1, 2019, through September 30, 2020.)
- **April, May, or June, your base period is the 12 months ending last December 31.** (Example: A claim beginning June 20, 2021, uses a base period of January 1, 2020, through December 31, 2020.)
- **July, August, or September, your base period is the 12 months ending last March 31.** (Example: A claim beginning September 27, 2021, uses a base period of April 1, 2020, through March 31, 2021.)
- **October, November, or December, your base period is the 12 months ending last June 30.** (Example: A claim beginning November 2, 2021, uses a base period of July 1, 2020, through June 30, 2021.)

Exceptions: If your claim is determined to be invalid, but you were unemployed and seeking work for 60 days or more in any quarter of your base period, you may be able to substitute wages paid in prior quarters.

You may be entitled to substitute wages paid in prior quarters to either validate your claim or increase your benefit amount, if during your base period you:

- Were in the military service.
- Received workers' compensation benefits.
- Did not work because of a labor dispute.

If your situation fits any of the above, include a letter and supporting documentation with your claim form.

Wage Continuation. Your DI benefits may be affected if your employer continues to pay you wages during your DI claim. DI benefits plus wages cannot exceed your regular weekly wage. DI benefits are not affected by vacation pay you may receive.

Maximum Benefits. The maximum benefit amount is 52 times the weekly rate, but not more than your total base period wages. Exception: For employers and self-employed individuals who elect SDI coverage, the maximum benefit amount is 39 times the weekly rate.

Additionally, benefits are payable only for a limited period to a resident in an alcoholic recovery home or drug-free residential facility that is both licensed and certified by the state in which the facility is located. However, disabilities related to or caused by acute or chronic alcoholism or drug abuse, being medically treated, do not have this limitation.

Pregnancy. As with any medical condition, your disability period begins the first day you are unable to do your regular or customary work. DI benefits are based on the period of time your physician/practitioner certifies you are unable to do your regular or customary work. Do not send in your claim for pregnancy-related DI benefits until the date your physician/practitioner certifies you are unable to work.

Note: For information on Paid Family Leave (PFL) bonding benefits, see the "Other Programs" section of this brochure.

You May Not Be Eligible for Benefits

- If you are receiving Unemployment Insurance (UI) or PFL benefits.
- If you are not working or looking for work at the time your disability begins.
- If you are in custody due to conviction of a crime.
- If your full wages are paid.
- If you are receiving workers' compensation at a weekly rate equal to or greater than the DI rate. If workers' compensation benefits are paid at a lower rate than your DI rate, you may be paid the difference.
- For the amount of time a claim is late (without good cause).
- If you make a false statement or fail to report a material fact. (A 30 percent penalty may be assessed if benefits are overpaid because you willfully withheld a material fact or made a false statement.)
- If you fail to attend an independent medical examination when requested. (Fees for such examinations are paid by the EDD.)

The California Unemployment Insurance Code provides for penalties consisting of fines, imprisonment, and loss of benefit rights for fraud against the SDI program.

Your Rights

- Know the reason and basis for any decision that affects your benefits.
- Appeal any decision about your eligibility for benefits. Appeals must be sent to the DI office in writing.
- Request an appeal hearing before an Administrative Law Judge (ALJ). You may further appeal the ALJ's decision to the California Unemployment Insurance Appeals Board and the courts.
- Privacy – all claim information will be kept confidential except for the purposes allowed by law.

Your Obligations

- Complete your claim and other forms correctly and truthfully.
- Submit your claim and other forms according to time limits on forms. If your claim is submitted late and you believe you have a good reason for being late, you should include a written explanation of the reason(s) with the form.
- Contact DI if you do not understand a question or how to answer it.
- Include your name and claim identification number on letters to DI.

Contact DI

- By phone at:
 - English 1-800-480-3287
 - Spanish 1-866-658-8846
- By **U.S. mail** addressed to PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140. If you do not have a current claim, you may write to any DI office. **Note:** Do not mail claim forms to this PO Box.
- By **TTY** (for TTY users only) at 1-800-563-2441.
- **In person** by visiting any of the DI offices listed under "DI Office Locations."

Other Programs

If you are injured on the job or become ill as a result of your occupation, notify your employer.

If you are able and available to work but unemployed, contact the UI program by visiting [Unemployment Insurance](http://edd.ca.gov/unemployment) (edd.ca.gov/unemployment) or by phone at 1-800-300-5616 (TTY 1-800-815-9387).

If you need help in finding work, job training, retraining, or other services in order to return to work, visit your local America's Job Center of CaliforniaSM listed at [Service Locator](http://ServiceLocator) (careeronestop.org/LocalHelp/service-locator.aspx) or in the white pages of your phone directory.

If your disability is permanent or is expected to continue for a year or more, contact the U.S. [Social Security Administration](http://SocialSecurityAdministration) (ssa.gov) or by phone at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

If you need time off work for a family leave, PFL provides benefits to:

- Care for a seriously ill family member (child, parent, parent-in-law, grandparent, grandchild, sibling, spouse, or registered domestic partner).
- Bond with a new child entering the family (through birth, adoption, or foster care placement).
- Participate in a qualifying event resulting from a family member's (spouse, registered domestic partner, parent, or child) military deployment to a foreign country.

Contact the EDD PFL program by visiting [State Disability Insurance](http://StateDisabilityInsurance) (edd.ca.gov/disability), or by phone at 1-877-238-4373, or through the California Relay Service at 711.

Note: A PFL bonding claim form will be sent automatically with the final benefit payment to new mothers receiving DI benefits.

If you are a victim of a crime, contact the California Victim Compensation program at 1-800-777-9229 (TTY 1-800-735-2929). You may also contact your county Victim/Witness Assistance Center.

Questions about spousal or parental support obligations should be directed to the district attorney's office for the county that issued the court order.

Questions about child support obligations should be directed to the Department of Child Support Services at 1-866-901-3212 (TTY 1-866-399-4096).

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

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

El 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 titulada en inglés [State Disability Insurance](http://State.Disability.Insurance) (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 atención al cliente del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD), 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, el cual puede sustituir al plan del estado. Los planes voluntarios se establecen 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 de 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 por SDI. 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 de atención al cliente de impuestos de empleo del EDD.

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

Para obtener información adicional o para solicitar la cobertura, comuníquese con un representante de atención al cliente del DI al 1-800-480-3287, de impuestos de empleo al 1-888-745-3886 o visite nuestro la página titulada en inglés [State Disability Insurance](http://State.Disability.Insurance) (edd.ca.gov/disability).

Cómo solicitar pagos de beneficios del plan del estado

- Utilice **SDI Online** para presentar su solicitud por internet o para pedir el formulario en papel.
- Por internet: visite [State Disability Insurance](http://State.Disability.Insurance) (edd.ca.gov/disability).

- Por teléfono, llamando al 1-800-480-3287.
 - Por correo postal: EDD, Disability Insurance, PO Box 989777, West Sacramento, CA 95798-9777.
 - Los empleados del gobierno estatal de California que tienen la cobertura del SDI, deben llamar al 1-866-352-7675.
- Si utiliza SDI Online para solicitar pagos de beneficios, asegúrese de completar todos los espacios requeridos. Cuando presente su solicitud, SDI Online le proporcionará un número de recibo.

Si usted decide completar el formulario impreso 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.

- 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 impreso 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 practicante.
- Médico
- Quiropráctico
- Dentista.
- Podólogo.
- Optometrista.
- Sicólogo aprobado.
- 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.

- 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

- Si usted es elegible para recibir pagos de beneficios, tiene dos opciones sobre cómo quiere recibir sus 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 Card. 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.
- Los 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 que el EDD reciba toda la información de 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 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 la certificación 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 período 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 2021, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de octubre de 2019 y terminó el 30 de septiembre de 2020.

- 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 2021, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de enero de 2020 y terminó el 31 de diciembre de 2020.

- 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 2021, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de abril de 2020 y terminó el 31 de marzo de 2021.

- 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 2021, le corresponde el período reglamentario que empezó el 1º de julio de 2020 y terminó el 30 de junio de 2021.

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 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).

Adicionalmente, 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 acostumbrado. 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 acostumbrado. 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.

Nota: 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 posiblemente no sea elegible para de beneficios

- 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 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 (CUIC, por sus siglas en inglés) tiene estipulaciones sobre las sanciones q Si usted necesita ayuda para ue 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

- 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

- 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 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 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 **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. **Nota:** 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

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*).

Si usted está desempleado, pero puede y está disponible para trabajar, comuníquese con la oficina del UI visitando la página del *[Seguro de Desempleo](http://edd.ca.gov/unemployment/default_espanol.htm)* (edd.ca.gov/unemployment/default_espanol.htm), o llame por teléfono al 1-800-300-5616, o comuníquese por TTY (teletipo) al 1-800-815-9387.

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) (careeronestop.org/LocalHelp/local-help.aspx?lang=es) más cercano. Para localizar un centro de empleo, visite servicelocator.org (sitio de Internet solamente disponible en inglés) o en las páginas blancas de su directorio telefónico.

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* por internet (ssa.gov/espanol/), por teléfono al 1-800-772-1213 o por TTY (teletipo) al 1-800-325-0778.

Si usted necesita tomar tiempo fuera del trabajo por razones de ausencia familiar, el PFL proporciona beneficios para lo siguiente:

- Para cuidado de un miembro de familia que se encuentra gravemente enfermo (hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge o pareja doméstica debidamente registrada.

- Para establecer vínculos paternales con un nuevo hijo recién nacido, adoptado o bajo el cuidado de crianza temporal (*foster care*).

- Para participar en un evento aprobado debido al despliegue militar de su cónyuge, pareja doméstica debidamente registrada, padre o hijo en el extranjero.

Para obtener más información sobre el programa de PFL, visite la página titulada en inglés *State Disability Insurance* (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 impreso titulado 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 un vínculo paternal con su nuevo bebé.

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.

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.

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.

**EMPLOYERS MUST PROVIDE THIS INFORMATION TO NEW WORKERS
WHEN HIRED AND TO OTHER WORKERS WHO ASK FOR IT**

**RIGHTS OF VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE,
SEXUAL ASSAULT AND STALKING**

Your Right to Take Time Off:

- You have the right to take time off from work to get help to protect you and your children's health, safety or welfare. You can take time off to get a restraining order or other court order.
- If your company has 25 or more workers, you can take time off from work to get medical attention or services from a domestic violence shelter, program or rape crisis center, psychological counseling, or receive safety planning related to domestic violence, sexual assault, or stalking.
- You may use available vacation, personal leave, accrued paid sick leave or compensatory time off for your leave unless you are covered by a union agreement that says something different. Even if you don't have paid leave, you still have the right to time off.
- In general, you don't have to give your employer proof to use leave for these reasons.
- If you can, you should tell your employer before you take time off. Even if you cannot tell your employer before, your employer cannot discipline you if you give proof explaining the reason for your absence within a reasonable time. Proof can be a police report, court order or doctor's or counselor's note or similar document.

Your Right to Reasonable Accommodation:

- You have the right to ask your employer for help or changes in your workplace to make sure you are safe at work. Your employer must work with you to see what changes can be made. Changes in the workplace may include putting in locks, changing your shift or phone number, transferring or reassigning you, or help with keeping a record of what happened to you. Your employer can ask you for a signed statement certifying that your request is for a proper purpose, and may also request proof showing your need for an accommodation. Your employer cannot tell your coworkers or anyone else about your request.

Your Right to Be Free from Retaliation and Discrimination:

Your employer cannot treat you differently or fire you because:

- You are a victim of domestic violence, sexual assault, or stalking.
- You asked for leave time to get help.
- You asked your employer for help or changes in the workplace to make sure you are safe at work.

You can file a complaint with the Labor Commissioner's Office against your employer if he/she retaliates or discriminates against you.

For more information, contact the California Labor Commissioner's Office. We can help you by phone at 213-897-6595, or you can find a local office on our website: www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm. If you do not speak English, we will provide an interpreter in your language at no cost to you. This Notice explains rights contained in California Labor Code sections 230 and 230.1. Employers may use this Notice or one substantially similar in content and clarity.

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 Y ACOSO

Su derecho a ausentarse por un tiempo:

- Tiene derecho a pedir y obtener permiso para ausentarse del trabajo para buscar ayuda para proteger la salud, la seguridad o el bienestar suyo y de sus hijos. Puede ausentarse para solicitar una orden de alejamiento u otra orden judicial.
- Si su compañía tiene 25 trabajadores o más, usted puede obtener un permiso laboral para recibir atención médica o hacer uso de los servicios de un refugio contra la violencia doméstica o de un centro de atención para víctimas de violación, recibir asesoría psicológica o recibir planificación de seguridad relacionada con la violencia doméstica, la agresión sexual o el acoso.
- Puede usar sus días de vacaciones disponibles, licencia personal, licencia médica acumulada o tiempo libre compensatorio para ausentarse, a menos que esté bajo un acuerdo sindical que indique algo diferente. Incluso si no tiene licencia pagada, tiene derecho a ausentarse del trabajo.
- Por regla general, no tiene que entregarle prueba alguna a su empleador para ausentarse por estas razones.
- Si puede, debería avisarle a su empleador antes de ausentarse del trabajo. Incluso si no puede avisarle con anticipo, su empleador no puede disciplinarlo si usted justifica su ausencia en un plazo razonable. La prueba puede consistir en un informe policial, una orden del tribunal, un reporte médico o de un asesor, o cualquier documento similar.

Su derecho a un ajuste razonable:

- Tiene derecho a solicitar ayuda a su empleador o a hacer cambios en su lugar de trabajo para garantizar su seguridad en el trabajo. Su empleador debe colaborar con usted para ver qué cambios se pueden hacer. Dichas modificaciones pueden incluir que se instalen cerraduras, que cambien su turno o número de teléfono, que lo transfieran de sede o que le asignen otras responsabilidades laborales o colaborar a mantener un registro sobre lo que le ocurrió. Su empleador puede solicitarle una declaración firmada para certificar que el motivo de su solicitud es justo, y puede solicitar evidencia que justifique su necesidad de hacer modificaciones. Su empleador no puede compartir su solicitud con sus colegas ni con nadie más.

Su derecho a la protección contra la represalia y discriminación:

Su empleador no puede tratarlo diferente ni despedirlo porque:

- Usted es víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.
- Solicitó un permiso para obtener asistencia por estos motivos.
- Pidió ayuda o cambios a su empleador para garantizar su seguridad en el lugar de 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. 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.

Earned Income Tax Credit Notice

BASED ON YOUR ANNUAL EARNINGS, YOU MAY BE ELIGIBLE TO RECEIVE THE EARNED INCOME TAX CREDIT FROM THE FEDERAL GOVERNMENT (FEDERAL EITC). THE FEDERAL EITC IS A REFUNDABLE FEDERAL INCOME TAX CREDIT FOR LOW-INCOME WORKING INDIVIDUALS AND FAMILIES. THE FEDERAL EITC HAS NO EFFECT ON CERTAIN WELFARE BENEFITS. IN MOST CASES, FEDERAL EITC PAYMENTS WILL NOT BE USED TO DETERMINE ELIGIBILITY FOR MEDICAID, SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, FOOD STAMPS, LOW-INCOME HOUSING, OR MOST TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES PAYMENTS. EVEN IF YOU DO NOT OWE FEDERAL TAXES, YOU MUST FILE A FEDERAL TAX RETURN TO RECEIVE THE FEDERAL EITC. BE SURE TO FILL OUT THE FEDERAL EITC FORM IN THE FEDERAL INCOME TAX RETURN BOOKLET. FOR INFORMATION REGARDING YOUR ELIGIBILITY TO RECEIVE THE FEDERAL EITC, INCLUDING INFORMATION ON HOW TO OBTAIN THE IRS NOTICE 797 OR ANY OTHER NECESSARY FORMS AND INSTRUCTIONS, CONTACT THE INTERNAL REVENUE SERVICE BY CALLING 1-800-829-3676 OR THROUGH ITS WEB SITE AT WWW.IRS.GOV.

YOU ALSO MAY BE ELIGIBLE TO RECEIVE THE CALIFORNIA EARNED INCOME TAX CREDIT (CALIFORNIA EITC). THE CALIFORNIA EITC IS A REFUNDABLE STATE INCOME TAX CREDIT FOR LOW-INCOME WORKING INDIVIDUALS AND FAMILIES. THE CALIFORNIA EITC IS TREATED IN THE SAME MANNER AS THE FEDERAL EITC AND GENERALLY WILL NOT BE USED TO DETERMINE ELIGIBILITY FOR WELFARE BENEFITS UNDER CALIFORNIA LAW. TO CLAIM THE CALIFORNIA EITC, EVEN IF YOU DO NOT OWE CALIFORNIA TAXES, YOU MUST FILE A CALIFORNIA INCOME TAX RETURN AND COMPLETE AND ATTACH THE CALIFORNIA EITC FORM (FTB 3514). FOR INFORMATION ON THE AVAILABILITY OF THE CREDIT, ELIGIBILITY REQUIREMENTS, AND HOW TO OBTAIN THE NECESSARY CALIFORNIA FORMS AND GET HELP FILING, CONTACT THE FRANCHISE TAX BOARD AT 1-800-852-5711 OR THROUGH ITS WEB SITE AT WWW.FTB.CA.GOV.



Department of the Treasury Internal Revenue Service

Notice 797

(Rev. December 2020)

Possible Federal Tax Refund Due to the Earned Income Credit (EIC)

What Is the EIC?

The EIC is a refundable tax credit for certain workers.

What Is the Purpose of This Notice?

Your employer sent you this notice to make you aware of an important federal tax benefit. Even if you had no income tax withheld from your wages during the year, you may be eligible for the EIC.

How Much Is the EIC?

For 2020, the EIC can be as much as \$3,584 if you have one qualifying child; \$5,920 if you have two qualifying children; \$6,660 if you have three or more qualifying children; and \$538 if you have no qualifying children.

How Do You Claim the EIC?

To claim the EIC, you must:

1. Be eligible for the EIC, and
2. File a 2020 tax return (including Schedule EIC if you have a qualifying child).

To figure out if you are eligible, see Pub. 596 or visit [IRS.gov/EITC](https://www.irs.gov/EITC).

If eligible, you can claim the EIC to get a refund even if you had no tax withheld from your pay or owe no tax. For example, if you had no tax withheld in 2020 and owe no tax but are eligible for a credit of \$800, you must file a 2020 income tax return to get the \$800 refund.

Most people qualify for free tax preparation. If you earned less than \$72,000, you can file for free online at [IRS.gov/FreeFile](https://www.irs.gov/FreeFile). In addition, IRS-certified volunteers can prepare your return for free in person if you earned less than \$57,000 or are age 60 or older. To find locations, visit [IRS.gov/VITA](https://www.irs.gov/VITA) or call 800-906-9887.

More Information

Refer to instructions for the tax return you are filing, Pub. 596, or [IRS.gov/EITC](https://www.irs.gov/EITC) for details on the EIC. You can download IRS forms and publications at [IRS.gov/Forms](https://www.irs.gov/Forms), and you can get printed copies mailed to you by going to [IRS.gov/OrderForms](https://www.irs.gov/OrderForms) or by calling 800-829-3676.
