

## 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](http://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 nuestra página titulada en inglés [State Disability Insurance](http://State.Disability.Insurance) ([edd.ca.gov/disability](http://edd.ca.gov/disability)).

### Cómo solicitar pagos de beneficios del plan del estado

1. Utilice **SDI Online** para presentar su solicitud por internet o para pedir el formulario en papel.
- Por internet: visite [State Disability Insurance](http://State.Disability.Insurance) ([edd.ca.gov/disability](http://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.
2. 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.
  3. Asegúrese que su médico/profesional médico complete la sección *Part B-Physician/Practitioner's Certificate* en SDI Online o que complete la parte B del formulario 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.
- Psicólogo 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.

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

### Cómo se emiten los pagos de beneficios

- 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 Card**™ 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 (CUIIC, por sus siglas en inglés) tiene estipulaciones sobre las sanciones que si usted necesita ayuda para que se le puedan 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 (CUIIAB, 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 a 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 oficinas 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, notifíquesele 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* ([edd.ca.gov/unemployment/default\\_espanol.htm](http://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](http://careeronestop.org/LocalHelp/local-help.aspx?lang=es)) más cercano. Para localizar un centro de empleo, visite [servicelocator.org](http://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/](http://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](http://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.

#### 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)

# LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES

# DFEH



## HOJA DE INFORMACIÓN

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

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

### REQUISITOS DE LICENCIA

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

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

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

### OBLIGACIONES DEL EMPLEADO

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

### SALARIO Y BENEFICIOS DURANTE LA LICENCIA DE CFRA

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

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

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

# LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS O FAMILIARES



## HOJA DE INFORMACIÓN

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

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

## DERECHOS DE REGRESAR

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

## SOLICITUD DE LICENCIA POR MATERNIDAD

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

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

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

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

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

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

## PARA PRESENTAR UNA QUEJA

**Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Department of Fair Employment and Housing, DFEH)**  
[dfeh.ca.gov](http://dfeh.ca.gov)

Llamada sin costo: 800.884.1684 / TTY: 800.700.2320

Si usted tiene una discapacidad que necesite una adaptación razonable, el DFEH puede ayudarle con su queja. Comuníquese con nosotros por cualquier medio mencionado arriba; las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse mediante el Servicio de Retransmisión de California (711).



## 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.

<b>Español</b>	1-877-379-3819
<b>Inglés</b>	1-877-238-4373
<b>TTY (Teletipo)</b>	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 \(edd.ca.gov/Disability/Contact\\_SDI\\_Espanol.htm\)](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](http://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](http://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 Card<sup>SM</sup> 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](http://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](http://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](http://edd.ca.gov/Disability/Appeals.htm)).

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

# LICENCIA POR DISCAPACIDAD POR EMBARAZO

# DFEH



## HOJA DE INFORMACIÓN

La Ley de vivienda y empleo justo (FEHA), aplicada por el Departamento de igualdad en el empleo y la vivienda de California (DFEH), contiene disposiciones que garantizan la licencia para empleadas discapacitadas por embarazo, parto o una condición médica relacionada (licencia por discapacidad por embarazo o PDL).

Todos los empleadores deben dar información sobre la PDL a sus empleados y publicar información sobre los derechos de licencia por embarazo en un lugar visible donde los empleados tienden a reunirse. Un cartel que cumple este requisito está en la página web “Posters, Brochures and Fact Sheets” (Carteles, folletos y hojas informativas) del DFEH ([www.dfeh.ca.gov/Posters/](http://www.dfeh.ca.gov/Posters/)). Los empleadores que les den a los empleados manuales deben incluir información sobre la PDL en el manual.

### REQUISITOS DE LA LICENCIA

- Una empleada discapacitada por embarazo, parto o una condición médica relacionada tiene derecho a una licencia por discapacidad de hasta cuatro meses por embarazo. Si el empleador da más de cuatro meses de licencia para otros tipos de discapacidades temporales, la misma licencia deberá estar disponible para las empleadas que estén discapacitadas por embarazo, parto o una condición médica relacionada.
- La licencia se puede tomar antes y después del parto durante cualquier período de tiempo en que la empleada no pueda trabajar físicamente debido al embarazo o condición relacionada con el embarazo. Todas las licencias tomadas en relación con un embarazo específico cuentan para calcular el período de cuatro meses.
- La PDL está disponible cuando una empleada está realmente discapacitada. Esto incluye el tiempo libre necesario para la atención prenatal o posnatal, náuseas matutinas graves, reposo en cama ordenado por el médico, parto, recuperación del parto, pérdida o finalización

del embarazo o cualquier otra condición médica relacionada.

- La PDL puede modificarse según lo dicte la condición médica cambiante de la empleada.
- La PDL se aplica a todos los empleadores con cinco o más empleados a tiempo completo o parcial. Aparte de tener una discapacidad calificada relacionada con el embarazo, no hay requisitos de antigüedad, horas, ni otros requisitos de elegibilidad, y las empleadas a tiempo completo y parcial reciben el mismo trato.

### OBLIGACIONES DE LA EMPLEADA

- Si es posible, una empleada debe dar aviso a su empleador con al menos 30 días de antelación de la fecha para la que se solicita la licencia por discapacidad por embarazo y la duración calculada de la licencia.
- Si no es posible avisar con 30 días de antelación debido a un cambio en las circunstancias o una emergencia médica, se debe notificar lo antes posible.
- El empleador puede exigir una certificación por escrito del proveedor de atención médica de la empleada que solicita la PDL que indique los motivos de la licencia y la duración probable de la condición. Sin embargo, el proveedor de atención médica no puede revelar el diagnóstico subyacente sin el consentimiento de la paciente.

### SUELDO Y BENEFICIOS DURANTE LA PDL

- Un empleador puede exigir que una empleada use la licencia por enfermedad acumulada durante cualquier parte no remunerada de su licencia por discapacidad por embarazo. La empleada también puede optar por usar la licencia de vacaciones u otra licencia pagada acumulada para recibir una compensación para la que la empleada es elegible, pero el empleador no puede exigir que una empleada use la licencia de vacaciones u otro tiempo libre acumulado durante la licencia por discapacidad por embarazo.
- El empleador debe pagar la continuación de sus beneficios médicos de grupo si el empleador, normalmente, paga esos beneficios.

# LICENCIA POR DISCAPACIDAD POR EMBARAZO



## HOJA DE INFORMACIÓN

- Una empleada que está discapacitada por embarazo puede calificar para el reemplazo salarial del Seguro de discapacidad del estado mientras la empleada no pueda trabajar. En un embarazo normal, una trabajadora generalmente estará discapacitada 4 semanas antes de la fecha prevista de parto y 6 semanas después para un parto natural u 8 semanas después para un parto por cesárea. Para obtener más información, visite: [www.edd.ca.gov/Disability/FAQ\\_DI\\_Pregnancy.htm](http://www.edd.ca.gov/Disability/FAQ_DI_Pregnancy.htm).

## DERECHOS DE REINCORPORACIÓN

- Es ilegal que un empleador despida a una empleada porque está embarazada o por tomarse una licencia por discapacidad por embarazo. Los empleadores están obligados por ley a reincorporar a una empleada que regresa de una PDL al mismo puesto que tenía antes de tomar la licencia, y una empleada puede pedir esta garantía por escrito. En algunas situaciones, una empleada puede ser reincorporada a un puesto que es comparable (las mismas tareas, competencias, beneficios y pago) al trabajo que tenía antes de tomar la PDL.
- Si la fecha de reincorporación difiere del acuerdo original, o si no se llegó a un acuerdo, el empleador debe reincorporar a la empleada dentro de los dos días hábiles siguientes al aviso de que la empleada tiene la intención de regresar. En caso de que dos días hábiles no sean factibles, la reincorporación debe hacerse lo antes posible para agilizar el regreso de la empleada.
- Sin embargo, la licencia por discapacidad por embarazo no protege a las empleadas de acciones laborales que no estén relacionadas con su embarazo, como los despidos.

## LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (NO EMBARAZO)

- Además de la PDL, la Ley de derechos de la familia de California (CFRA) exige que los empleadores de cinco o más empleados les den a estos 12 semanas de licencia protegida en el trabajo para vincularse con un nuevo niño (por nacimiento, adopción o colocación de crianza temporal), para cuidar a un familiar que padezca una condición grave o porque el empleado tenga una condición grave. La licencia de la CFRA no es para condiciones relacionadas con el embarazo, que están cubiertas por la PDL. Los empleados tienen derecho a tomar una licencia de

la CFRA además de cualquier licencia relacionada con el embarazo. La licencia de la CFRA que se toma para vincularse con un nuevo niño debe completarse dentro de un año del nacimiento, adopción o colocación de crianza temporal. Para obtener más información sobre la CFRA, visite: [www.dfeh.ca.gov/family-medical-pregnancy-leave/](http://www.dfeh.ca.gov/family-medical-pregnancy-leave/).

- La Licencia familiar pagada (PFL) presta beneficios a las personas que necesitan tomar tiempo libre en el trabajo para cuidar de un niño, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge o pareja gravemente enfermo. Los beneficios también están disponibles para los padres que necesitan tiempo para vincularse con un nuevo niño que ingresa a su vida, ya sea por nacimiento, adopción o colocación de crianza temporal. Para obtener más información, visite: [www.edd.ca.gov/Disability/Paid\\_Family\\_Leave.htm](http://www.edd.ca.gov/Disability/Paid_Family_Leave.htm).

## ADAPTACIONES MIENTRAS TRABAJA

- A veces, las empleadas afectadas por un embarazo, parto o condición médica relacionada pueden seguir trabajando con una adaptación razonable. Si dicha empleada solicita una adaptación razonable siguiendo el consejo de su proveedor de atención médica para que la empleada pueda seguir trabajando, el empleador debe dar una adaptación razonable.
- Por ejemplo, por consejo de un médico, una empleada puede solicitar el traslado a un puesto menos extenuante o peligroso o la modificación de sus funciones debido a la condición relacionada con el embarazo de la empleada.

## PARA PRESENTAR UNA QUEJA

**Departamento de igualdad en el empleo y la vivienda**

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

Llamada sin costo: 800.884.1684

TTY: 800.700.2320

Si tiene una discapacidad que requiere una adaptación razonable, el DFEH puede ayudarlo con su queja. Comuníquese con nosotros por cualquier medio mencionado arriba; las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse mediante el Servicio de retransmisión de California (711).

# ACOSO SEXUAL

## HOJA DE INFORMACIÓN



Civil Rights  
Department  
STATE OF CALIFORNIA

El acoso sexual es una forma de discriminación por motivos de sexo/género (incluyendo embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas), identidad de género, expresión de género y orientación sexual. Personas de cualquier género pueden ser víctimas de acoso sexual. No necesariamente el acoso sexual ilegal está motivado por el deseo sexual. El acoso sexual puede ser a una persona del mismo género que el del acosador, sin importar la orientación sexual o la identidad de género de la persona.

### HAY DOS TIPOS DE ACOSO SEXUAL

- 1. El acoso sexual quid pro quo** (en latín, “esto por eso”) es cuando alguien condiciona un trabajo, ascenso u otro beneficio laboral a la sumisión a insinuaciones sexuales u otra conducta sexual.
- 2. El acoso sexual en un “ambiente de trabajo hostil”** es cuando comentarios o conductas sexuales no deseados interfieren sin razón en el desempeño laboral o crean un entorno de trabajo intimidante, hostil u ofensivo. Puede recibir acoso sexual incluso si la conducta ofensiva no estaba dirigida directamente a usted.

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

### EL ACOSO SEXUAL INCLUYE MUCHAS FORMAS DE CONDUCTAS OFENSIVAS

CONDUCTAS QUE PUEDEN SER ACOSO SEXUAL:

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

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

Los empleados o postulantes que creen que fueron acosados sexualmente o que recibieron represalias pueden presentar una queja por discriminación ante el CRD en un plazo de tres años desde el último acto de acoso o represalia. El CRD funciona como un buscador neutral de hechos e intenta ayudar a que las partes resuelvan las disputas voluntariamente. Si el CRD encuentra pruebas suficientes para determinar que hubo discriminación y los esfuerzos por llegar a un acuerdo no funcionan, el Departamento puede presentar una denuncia civil ante un tribunal estatal o federal para tratar las causas de la discriminación y en defensa de la parte demandante. El CRD puede pedir órdenes judiciales que cambien las políticas y prácticas del empleador, daños punitivos y los honorarios y costos de abogados si gana el litigio. Los empleados también pueden seguir el asunto a través de una demanda privada ante un tribunal civil después de que se haya presentado una queja ante el CRD y se haya emitido una notificación de derecho de demandar.

### RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

Todos los empleadores, independientemente de la cantidad de empleados, están cubiertos por las disposiciones sobre acoso de la ley de California. Los empleadores son responsables del acoso por parte de sus supervisores o agentes. Se podrá considerar personalmente responsables de acoso, de facilitar el acoso y de fomentar el acoso a todos los acosadores, incluyendo el personal supervisor y no supervisor. La ley exige que los empleadores tomen medidas razonables para prevenir el acoso. Si un empleador no lo hace, se lo puede considerar responsable del acoso. Además, un empleador puede ser responsable del acoso por parte de alguien que no sea un empleado (p. ej., un cliente o comprador) a un empleado, un postulante o una persona que le preste servicios. Un empleador solamente será responsable de esta forma de acoso si sabía o debería haber sabido del acoso y no actuó inmediatamente ni impuso una acción correctiva adecuada. Los empleadores tienen la obligación explícita de tomar medidas razonables para prevenir y corregir de inmediato las conductas discriminatorias y de acoso, y de crear un lugar de trabajo sin acoso.

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

# ACOSO SEXUAL

## HOJA DE INFORMACIÓN



Civil Rights  
Department  
STATE OF CALIFORNIA

### RECURSOS CIVILES

- **Daños por angustia emocional de cada empleador o persona que viole la ley**
- **Contratación o reincorporación**
- **Pago retroactivo o ascenso**
- **Cambios en las políticas o prácticas del empleador**

### TODOS LOS EMPLEADORES DEBEN TOMAR LAS MEDIDAS QUE SE INDICAN ABAJO PARA PREVENIR EL ACOSO Y CORREGIRLO CUANDO OCURRA:

**1.** Distribuir copias de este folleto o de otro texto que cumpla el Código 12950 del Gobierno. Está permitido reproducir este folleto en cualquier cantidad.

**2.** Publicar una copia del póster de empleo del Departamento titulado “La ley de California prohíbe la discriminación y el acoso en el lugar de trabajo”.

**3.** Desarrollar una política de prevención contra el acoso, la discriminación y las represalias según el artículo 11023 del título 2 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations, CCR). La política debe:

- Estar por escrito.
- Mencionar todos los grupos protegidos por la Ley de Vivienda y Empleo Justos (Fair Employment and Housing Act, FEHA).
- Mencionar que la ley prohíbe que colegas y terceros, y supervisores y gerentes con quienes el empleado tenga contacto, participen en un acto de acoso ilegal.
- Desarrollar un proceso de queja que garantice la confidencialidad lo más posible, una respuesta oportuna, una investigación imparcial y oportuna de personal calificado, documentación y seguimiento del progreso razonable, opciones apropiadas para las acciones correctivas y las resoluciones, y cierres oportunos.
- Ofrecer un mecanismo de queja en donde no se requiera que el empleado presente su queja directamente ante su supervisor inmediato. Ese mecanismo de queja debe incluir, entre otros, disposiciones para la comunicación directa, oral o escrita con un representante designado de la compañía; o una línea directa para expresar quejas; o acceso a un defensor del pueblo; o identificación del CRD y de la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos (United States Equal Employment Opportunity Commission) como otros medios para que los empleados presenten quejas.
- Indicar a los supervisores que denuncien toda queja por mala conducta a un representante designado de la compañía, como un gerente de Recursos Humanos, para que la compañía pueda intentar resolver el reclamo de manera interna. Los empleadores con 50 empleados

o más deben incluir esto como tema en la capacitación obligatoria sobre la prevención del acoso sexual (leer el artículo 11024 del título 2 del CCR).

- Indicar que, cuando el empleador reciba acusaciones de mala conducta, hará una investigación justa, oportuna y exhaustiva que dé un debido proceso a todas las partes y llegue a conclusiones razonables según las pruebas recogidas.
- Dejar en claro que no se tomarán represalias en contra de los empleados por presentar una queja o participar en una investigación.

**4.** Distribuir la política de prevención de acoso, discriminación y represalias haciendo una o más de estas acciones:

- Imprimir la política y dar una copia a los empleados con un formulario de acuse de recibo para que lo firmen y devuelvan.
- Enviar la política por correo electrónico con un formulario de acuse de recibo de devolución.
- Publicar la versión actual de la política en una intranet de la compañía con un sistema de seguimiento para garantizar que todos los empleados hayan leído y acusado recibo de la política.
- Explicar las políticas al contratar a un empleado o durante la orientación para nuevos empleados.
- Utilizar cualquier otro método que garantice que los empleados recibieron y entendieron la política.

**5.** Si el personal del empleador, en cualquier instalación o establecimiento, está formado por un diez por ciento o más de personas que hablan en otro idioma que el inglés, el empleador deberá traducir la política de acoso, discriminación y represalias a cada idioma que hable el diez por ciento del personal, como mínimo.

**6.** Además, los empleadores con actividades en California y con 5 o más empleados a tiempo parcial o completo deben dar, al menos, una hora de capacitación sobre la prevención del acoso sexual, incluyendo el acoso por motivos de identidad de género, expresión de género y orientación sexual, a cada empleado no supervisor; y dos horas de esa capacitación a cada empleado supervisor. La capacitación debe darse en un plazo de seis meses de asumir el puesto de empleo. Los empleados deben recibir capacitación cada dos años. Para obtener más información, lea los artículos 12950.1 del Código de Gobierno y 11024 del título 2 del CCR.

### PARA PRESENTAR UNA QUEJA

#### Departamento de Derechos Civiles

[civildrights.ca.gov/complaintprocess](http://civildrights.ca.gov/complaintprocess)  
Línea telefónica gratis: 800.884.1684  
TTY: 800.700.2320

## 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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:

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

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

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

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

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

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

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

Su empleador no puede tratarlo diferente ni despedirlo porque:

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

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

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