

D. INFORMACIÓN SOBRE SU HORARIO DE LICENCIA

- Marque esta casilla si una circunstancia apremiante/urgente le impidió presentar un reclamo antes de la fecha de presentación. *Complete el formulario PFL-EX.*

Qué tipo de licencia desea recibir los beneficios? (Marque uno):

- Licencia a tiempo completo** (continua) *(complete la sección que aparece a continuación)*
 Licencia a tiempo parcial (intermitente) *(complete el formulario PFL-IL y deje el resto de la sección D en blanco)*

LICENCIA A TIEMPO COMPLETO (complete esta sección solo si marcó la opción “Licencia a tiempo completo”)

____ (MM/DD/AAAA) ¿En qué fecha desea comenzar la licencia?
(Si es antes de la fecha de presentación, complete el formulario PFL-EX).

____ (MM/DD/AAAA) ¿En qué fecha desea finalizar la licencia?

¿Cuántos días trabaja regularmente por semana teniendo en cuenta todas las fuentes de empleo?

Debe elegir una cantidad de días por semana para su “horario regular de trabajo por semana”. Si no tiene un horario regular de trabajo por semana porque este varía de una semana a otra, de todos modos debe seleccionar una cantidad de días por semana como su horario “regular” mientras recibe los beneficios de la Licencia Familiar Pagada. La cantidad predeterminada de días es 5. Si no lo sabe o si sus horarios cambian a menudo, puede seleccionar 5.

(Marque una opción con un círculo): 1 2 3 4 5 6 7

Sí No

- ¿Trabaja normalmente los sábados o los domingos?

E. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL RECLAMO

Marque Sí o No para responder las siguientes preguntas

Sí No

- ¿Recibe actualmente beneficios de Compensación por Desempleo del Distrito de Columbia?

- ¿Recibe actualmente pagos por discapacidad a largo plazo?

- ¿Recibe actualmente ingresos como trabajador independiente en el Distrito de Columbia?

- ¿Desea autorizar al Departamento de Servicios de Empleo para que notifique a su empleador sobre el monto de su beneficio?

F. DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO

- Entiendo que estoy solicitando los beneficios de la Licencia Familiar Pagada en el Distrito de Columbia.

- Entiendo que no se me permite obtener ingresos por realizar mi trabajo regular durante los días para los que esté solicitando beneficios de Licencia Familiar Pagada.

- Entiendo que no se me permite recibir los beneficios de la Licencia Familiar Pagada por ningún período durante el cual también reciba los beneficios del Seguro de Desempleo o pagos por discapacidad a largo plazo y que debo informar al Departamento de Servicios de Empleo si recibo estos ingresos durante mi reclamo.

- Entiendo que correré con los gastos, si los hubiera, que cobre mi proveedor de atención médico u otra entidad por la presentación de cualquier formulario o cualquier documento necesario para determinar mi elegibilidad para los beneficios.

- Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y está completa.

Firma: _____ Fecha: _____

ESTADO DE LOS RECLAMOS

Si tiene una cuenta en línea, puede comprobar el estado de su reclamo en nuestro portal de beneficios en **does.pibas.dc.gov**. Si tiene preguntas sobre su reclamo, puede enviarnos un correo electrónico a PFLBenefitsDivision@dc.gov o llamarnos al (202) 899-3700.