

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

La mejor forma de presentar un reclamo en línea en: does.pflbas.dc.gov. Ingrese al portal de beneficios de la Licencia Familiar Pagada, cree una cuenta y siga las instrucciones para presentar un reclamo. Después de presentar el reclamo, recibirá un número de identificación del reclamo y un correo electrónico de confirmación. Para obtener más información sobre la presentación de reclamos, instrucciones adicionales para completar estos formularios y detalles sobre la documentación requerida, lea el folleto para empleados sobre la Licencia Familiar Pagada del Distrito de Columbia disponible en dcpaidfamilyleave.dc.gov.

Además de completar este formulario (PFL-1), debe completar el(los) siguiente(s) formulario(s): Si va a presenta un...

Reclamo de licencia parental;
PFL-2

Reclamo de licencia familiar;
PFL-3
PFL-FMC
PFL-FR

Reclamo de licencia médica;
PFL-MMC

Fecha de presentación (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / _____				
A. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE				
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / _____		Número de Seguro Social o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)		
Género (Masculino / Femenino / Prefiere autodescribirse)				
Dirección	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Correo electrónico		
B. INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEADOR				
<i>(Si tiene más de un empleador, complete el formulario PFL-1-ER)</i>				
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si está inscrito al programa de la Licencia Familiar Pagada PFL como trabajador independiente				
Nombre de la empresa de su empleador				
Dirección de su lugar de trabajo:		Calle	Ciudad	Estado Código postal
Nombre y cargo de la persona en su lugar de trabajo con la que nos debemos comunicar sobre su reclamo (p. ej., su supervisor o su director de Recursos Humanos).				
Nombre de la persona de contacto			Cargo de la persona de contacto	
Correo electrónico de la persona de contacto			Número de teléfono de la persona de contacto	
Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Está actualmente contratado por el empleador mencionado anteriormente?				
C. INFORMACIÓN SOBRE SU EVENTO QUE CALIFICA				
¿Qué evento que califica está solicitando? (Marque uno):				
<input type="checkbox"/> PARENTAL		<input type="checkbox"/> FAMILIAR		<input type="checkbox"/> MÉDICO

D. INFORMACIÓN SOBRE SU HORARIO DE LICENCIA

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

¿Qué horario de licencia preferiría 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 varía de una semana a otra, todavía 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 días.

(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 si califico 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.plbas.dc.gov**. Si tiene preguntas sobre su reclamo, puede enviarnos un correo electrónico a **PFLBenefitsDivision@dc.gov** o llamarnos al (202) 899-3700.