

Licencia Pagada por Connecticut

Verificación de Empleo Para Empleados de Escuelas Primarias y Secundarias Públicas y Privadas



Instrucciones para el empleador: Por favor complete la siguiente información y devuélvala a Aflac en un plazo de **10 días calendario** a partir de la recepción de este formulario. Puede enviarlo por correo electrónico CTPFL@Aflac.com o por fax al **(888) 485-0973**.

Sección 1: Información sobre la Licencia del Solicitante *(para ser completado por el Solicitante o el Empleador)*

Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Últimos 4 Dígitos del SSN:	Fecha de Inicio de la Licencia:	Fecha de Terminación de la Licencia:
Tipo de Licencia: ☐ Continua ☐ Intermitente ☐ Horario reducido		Número de Caso:
Razón de la Licencia: ☐ Estado de salud grave del propio empleado ☐ Licencia para otorgar cuidados ☐ Licencia por vínculo ☐ Licencia para cuidar de un militar ☐ Licencia por urgencia que califica ☐ Licencia por Seguridad ☐ Embarazo/Parto		
Por favor confirme que es empleado de una Escuela Primaria o Secundaria Pública o Privada: ☐ Sí ☐ No		

Sección 2: Información del Empleador *(para ser completado por el Empleador)*

Nombre del Empleador:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre de Contacto:	Identificación Fiscal (FEIN):	
Número de Teléfono de Contacto:	Correo Electrónico de Contacto:	
Si una de las siguientes categorías aplica, marque la casilla correspondiente y devuelva el formulario a Aflac sin completar las secciones restantes del formulario: ☐ Gobierno Federal ☐ Ferrocarriles ☐ Gobierno de otro estado ☐ Empleado no contribuyente de un Municipio, Consejo de Educación o Nación Soberana ☐ Empleado no contribuyente del Gobierno del Estado de CT		

Sección 3: Ingresos y Horario de Trabajo del Solicitante *(para ser completado por el empleador)*

Tarifa de Pago del Empleado (por ejemplo, \$13/hora u \$800/semana):	Fecha de Contratación del Empleado:	Fecha de Separación del Empleado del Trabajo (si procede):	
Por favor, seleccione los días que el empleado trabaja típicamente ☐ Domingo ☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado			
Una "semana laboral" es el horario habitual o normal del empleado (horas por semana). Si el empleado tiene una semana laboral estándar (por ejemplo, 40 horas/semana, o 24 horas/semana), indique ese horario:			
Si la semana laboral del empleado varía de una semana a otra, indique las horas trabajadas en cada una de las 12 semanas anteriores a la recepción de este formulario o antes del inicio de la licencia, lo que ocurra primero (incluidas las horas extras trabajadas), más las horas por las que el empleado haya tomado algún tiempo libre remunerado:			
Semana 1:	Semana 2:	Semana 3:	Semana 4:
Semana 5:	Semana 6:	Semana 7:	Semana 8:
Semana 9:	Semana 10:	Semana 11:	Semana 12:
☐ Si el empleado no está tomando licencia con este empleador, marque esta casilla y complete sólo las secciones 1 a 3, la sección 8 y devuélvalo a Aflac.			

Nombre del Solicitante:

Apellido del Solicitante:

Número de Caso:

Sección 4: Cierres Programados *(para ser completado por el Empleador)*

Para el período de licencia solicitado, proporcione por favor las fechas específicas de cualquier período de vacaciones escolares, día feriado u otras fechas programadas durante los cuales no se esperaría normalmente que el empleado trabajara si no estuviera de licencia:

Sección 5: Otras Posibles Fuentes de Ingresos *(para ser completado por el Empleador)*

¿Ha **solicitado** el empleado los beneficios de Compensación a Trabajadores? ☐ Sí ☐ No

• Si la respuesta es Sí, ¿se han **aprobado** los beneficios de Compensación a Trabajadores? ☐ Sí ☐ No

- Si la respuesta es Sí, por favor indique las fechas para las cuales el empleado está autorizado a recibir los Beneficios de Compensación a Trabajadores: Inicia: _____ Termina: _____

"Los beneficios de sustitución de ingresos" se refieren a las fuentes de ingresos proporcionadas por el empleador al trabajador, incluidas las licencias por enfermedad, las vacaciones, el tiempo libre remunerado, los beneficios de seguro por incapacidad, etc. **Por favor indique cuál de los siguientes aplica al empleado (marque todas las que correspondan):**

- ☐ 1. El empleado no recibirá ningún beneficio de sustitución de ingresos proporcionado por el empleador mientras esté en licencia.

Impacto en la Reclamación: El solicitante puede recibir el beneficio semanal completo de CTPL que le corresponde.

- ☐ 2. El empleado recibirá un beneficio de sustitución de ingresos proporcionada por el empleador, igual al salario habitual del empleado, durante toda la duración de la licencia del empleado.

Impacto en la Reclamación: No se pagará la reclamación debido a que recibe el 100% de ingresos de su empleador.

- ☐ 3. El empleado recibirá un beneficio de sustitución de ingresos proporcionada por el empleador, igual al salario habitual del empleado, durante una parte de la licencia del empleado.

Por favor indique la última fecha en que el empleado recibirá dichos beneficios de sustitución de ingresos: _____

Impacto en la Reclamación: El primer día que se podrán pagar los beneficios de la reclamación CTPL será el día siguiente a la fecha arriba indicada.

- ☐ 4. El empleado recibirá un beneficio de sustitución de ingresos proporcionada por el empleador, que es menor al salario habitual del empleado durante una parte o toda la duración de la licencia del empleado.

Por favor Indique si los beneficios de sustitución de ingresos proporcionadas por el empleador son:

- ☐ **Primarios** – La duración y el monto de los beneficios del empleador serán los mismos independientemente de que se paguen o no beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut

¿Qué porcentaje del salario del empleado se pagará y durante cuánto tiempo? (Por favor indique el porcentaje del salario bruto del empleado y las fechas de inicio y fin de los pagos).

Porcentaje: _____ Inicia: _____ Termina: _____

Porcentaje: _____ Inicia: _____ Termina: _____

Impacto en la Reclamación: La tasa de beneficio semanal se reducirá en el mismo % y duración arriba indicados para que el CTPL no exceda el 100% del salario habitual del empleado.

- ☐ **Secundarios** – El pago del beneficio del empleador puede reducirse por los pagos de beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut

Impacto en la Reclamación: La tasa de beneficio semanal no se reducirá por los beneficios proporcionados por el empleador; **por lo tanto, es responsabilidad del empleador cumplir el requisito legal para que la suma de los beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut más los beneficios proporcionados por el empleador no excedan el 100% del salario habitual del empleado.**

Información adicional sobre los beneficios de reemplazo de ingresos:

Nombre del Solicitante:	Apellido del Solicitante :	Número de Caso:
-------------------------	----------------------------	-----------------

Sección 6: Detalles de Escuelas Primarias y Secundarias Públicas y Privadas

Nombre de la Escuela:	
-----------------------	--

¿Es una escuela Privada? ☐ Sí ☐ No Título de Trabajo del Empleado: _____

¿Este puesto requiere certificación según el Capítulo 166 de los Estatutos Generales de Connecticut? ☐ Sí ☐ No

Sólo si el puesto requiere certificación: seleccione una de las siguientes opciones :

- ☐ Este empleado certificado ocupa un puesto cubierto por una unidad de convenio colectivo que ha negociado su participación en el Programa de Licencia Pagada por Connecticut.
- ☐ Este empleado certificado ocupa un puesto no cubierto por una unidad de convenio colectivo que ha negociado su participación en el Programa de Licencia Pagada por Connecticut .
- ☐ Este empleado certificado ocupa un puesto cubierto por una unidad de convenio colectivo que **NO** ha negociado su participación en el Programa de Licencia Pagada por Connecticut.

Sección 7: Informe de Salarios

Por favor marque la casilla correspondiente y complete la Tabla de Informe Salarial a continuación .

Este puesto está programado para trabajar: (Selecione uno)

- ☐ Todo el año
- ☐ Sujeto al calendario escolar (por favor adjunte el calendario escolar)

¿Se ofrece al empleado la opción de elegir diferentes Pagos para su salario? <i>Por ejemplo, ¿puede el empleado elegir si desea que se le pague sólo durante el año escolar, durante los 12 meses del año o con un pago global al comienzo del verano ?</i> ☐ Sí, el empleado puede elegir diferentes pagos (marque la casilla y complete la sección a la derecha) ☐ No, el empleado no tiene la opción de elegir la frecuencia de pago diferentes (marque la casilla y complete la sección a continuación)	Si el empleado puede elegir diferentes opciones de pago Por favor proporcione los salarios anuales de los dos últimos años escolares (de julio a junio), así como los salarios previstos que se pagarán durante el año escolar actual . <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año Escolar</th> <th>Salario Bruto Anual (Sólo CT)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Julio de ____ - junio de 20__</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Julio de ____ - junio de 20__</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Julio de ____ - junio de 20__</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (una vez completado, continúe con la Sección 8)	Año Escolar	Salario Bruto Anual (Sólo CT)	Julio de ____ - junio de 20__		Julio de ____ - junio de 20__		Julio de ____ - junio de 20__	
Año Escolar	Salario Bruto Anual (Sólo CT)								
Julio de ____ - junio de 20__									
Julio de ____ - junio de 20__									
Julio de ____ - junio de 20__									

Si el empleado no puede elegir diferentes opciones de pago

Por favor escriba el salario bruto que le ha pagado por el trabajo realizado en Connecticut en cada uno de los trimestres calendario de los últimos 2 años.

- ☐ Si el salario del empleado se informó en otro estado porque estaba trabajando en ese estado en ese momento, **NO** complete la tabla anterior.

Trimestre	Año	Salario Bruto Pagado (Sólo CT)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Nombre del Solicitante :	Apellido del Solicitante	Número de Caso:
Sección 8: Declaración y Firma de Empleador		
Bajo pena de perjurio, declaro que, a mi mejor saber y entender, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra falta de proporcionar información verdadera, precisa y completa puede dar lugar a sanciones monetarias y de otro tipo, así como a la posibilidad de un proceso penal.		
Firma		Fecha
Nombre en Letra de Imprenta		Título de Trabajo:

CTPL-0018ESP (10-2025)

Muestra