




## Formulario de verificación de empleo por propietarios únicos y trabajadores por cuenta propia: Documento de ayuda laboral

- El formulario debe ser completado por todos los empleadores del empleado que participan en el programa público de la Licencia pagada de Connecticut, incluida su empresa unipersonal o su trabajo por cuenta propia si inscribieron en el programa de conformidad con Conn. Gen. Stat. §31-49m.
- Requerimos un formulario completo de todos los empleadores, incluso si el empleado no planea ausentarse de uno de sus empleadores actuales. Uno de los propósitos del Formulario de verificación de empleo es establecer el horario semanal regular para el empleado. Además, la asignación total de licencia pagada se comparte entre todos los empleadores cubiertos del empleado. La licencia pagada se puede tomar en incrementos de menos de una semana. Como tal, si un empleado está de licencia por parte de la semana laboral, la Autoridad debe determinar la proporción de la semana laboral completa a la que equivale dicha ausencia y en cuánto se deben reducir sus beneficios de licencia pagada para esa semana.
- Las personas que trabajan por cuenta propia o las empresas unipersonales que no están inscritas en el programa de licencia pagada no están obligadas a completar el formulario.
- Los empleadores deben completar el formulario con información a partir de la fecha en que se recibe el formulario, o la primera fecha de licencia, lo que ocurra primero.
- El formulario debe devolverse a Aflac dentro de los 10 días posteriores a su recepción.

### CÓMO USAR ESTA AYUDA DE TRABAJO

- Los campos que están marcados con una  pueden omitirse si no se aplican.
- Se proporcionan anotaciones para ayudarlo a completar ciertos campos.
- El formulario no se puede completar hasta que se descarga.
- Podrá “dibujar” su firma en el campo de firma usando el cursor.
- Si tiene alguna pregunta adicional sobre como completar el formulario, comuníquese con la Autoridad mediante la función de Contáctenos en [ctpaidleave.org](http://ctpaidleave.org)

# Sección 1

Sección 1: Información sobre la Licencia del Solicitante		
Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Últimos 4 Dígitos del SSN:	Fecha de Inicio de la Licencia:	Fecha de Terminación de la Licencia: <sup>1</sup>
Tipo de Licencia: <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Horario reducido		Número de Caso:
Razón de la Licencia: <input type="checkbox"/> Estado de salud grave propio <input type="checkbox"/> Licencia para otorgar cuidados <input type="checkbox"/> Licencia por vínculo <input type="checkbox"/> Licencia para cuidar de un militar <input type="checkbox"/> Licencia por urgencia que califica <input type="checkbox"/> Licencia por violencia familiar		
Por favor confirme que está inscrito en el programa de Licencia Pagada por Connecticut: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <sup>3</sup>		

## Notas:

### Sección 1: Información sobre la licencia del solicitante

Esta sección es necesaria para garantizar que el formulario se adjunte al reclamo correcto.

- <sup>1</sup> **Fecha de terminación de la licencia** puede ser la fecha real o la fecha estimada.
- <sup>2</sup> Licencia **continua** (licencia en bloque) – una ausencia continua por una sola razón de calificación  
  
Licencia **intermitente** – licencia tomada en bloques separados de tiempo, a menudo en intervalos irregulares, debido a una sola razón de calificación (por ejemplo, ausencia hasta 3 veces por mes).  
  
Licencia de **horario reducido** – un horario de licencia que cambia el horario de trabajo normal del empleado por un período de tiempo al reducir el número habitual de horas de trabajo del empleado por semana de trabajo o horas por día de trabajo (por ejemplo, ausencia de 3 horas todos los lunes por la mañana).
- <sup>3</sup> Para ser elegible para los beneficios de licencia pagada a través del programa de Licencia pagada de Connecticut, los propietarios únicos o trabajadores por cuenta propia deben haberse inscrito en el programa de conformidad con Conn. Gen. Stat. §31-49m. Puede haber un período de espera después de la solicitud de inscripción antes de que una persona sea elegible para recibir beneficios.

## Sección 2 y Sección 3

Sección 2: Información de la Compañía y Horario de Trabajo			
Nombre de la Compañía:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de Establecimiento de la Compañía:	Fecha de Terminación de la Compañía (si corresponde): <sup>1</sup>		
Por favor, seleccione los días de trabajo que trabaja <b>típicamente</b> <sup>2</sup>			
<input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> <u>Lunes</u> <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado			
Una "semana laboral" es su horario habitual o normal (horas por semana). Si tiene una semana laboral estándar (por ejemplo, 40 horas/semana, o 24 horas/semana), indique ese horario:			
Si su semana laboral varía de una semana a otra, indique las horas trabajadas en cada una de las 12 semanas anteriores a su solicitud de licencia o antes del inicio de la licencia, lo que ocurra primero (incluidas las horas extras trabajadas), <b>más</b> las horas por las que haya tomado algún tiempo libre remunerado: <sup>3</sup> ★			
Semana 1:	Semana 2:	Semana 3:	Semana 4:
Semana 5:	Semana 6:	Semana 7:	Semana 8:
Semana 9:	Semana 10:	Semana 11:	Semana 12:
Sección 3: Ingresos			
Por favor adjunte los dos últimos años (si corresponde) de su formulario C 1040 del Anexo o el formulario Anexo SE.			

### Notas:

#### Sección 2 – Información de la empresa y horario de trabajo

- <sup>1</sup> Si su empresa está cerrando, indique la fecha en este campo.
- <sup>2</sup>, <sup>3</sup> Solo se debe completar una de esas secciones para cada formulario.

Cuando una persona tiene un horario regular (es decir, generalmente trabaja el mismo horario cada semana), se debe completar la casilla del punto <sup>2</sup>. Las horas extraordinarias solo deben incluirse para este empleado cuando forman parte de su horario regular.

Cuando una persona no tiene un horario regular (es decir, generalmente trabaja diferentes días u horas cada semana) se debe completar la casilla del punto <sup>3</sup> para cada una de las 12 semanas anteriores. Se debe incluir las horas extraordinarias si se utilizaron en el período de 12 semanas.

#### Sección 3 – Ingresos

Adjunto al formulario deben estar los formularios de impuestos más recientes para su trabajo por cuenta propia o su empresa unipersonal, generalmente su(s) formularios del Anexo C y/o del Anexo SE. Dichos formularios son necesarios para determinar tanto la elegibilidad para el programa de licencia pagada como el beneficio semanal base del cual se calcula compensación de la licencia pagada.

## Sección 4

Sección 4: Otras Posibles Fuentes de Ingresos	
¿Ha <b>solicitado</b> los beneficios de Compensación a Trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
• Si la respuesta es Sí, ¿se han <b>aprobado</b> los beneficios de Compensación a Trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
○ Si la respuesta es Sí, por favor indique las fechas para las cuales usted está autorizado(a) a recibir <u>los</u> <u>Beneficios</u> de Compensación a Trabajadores: Al: _____ Del: _____	
<b>"Los beneficios de sustitución de ingresos"</b> se refieren a las fuentes de ingresos que se financian a través de su organización, incluidas las licencias por enfermedad, las vacaciones, el tiempo libre remunerado, los beneficios por incapacidad, etc.	
<b>Por favor indique cuál de los siguientes le aplican (marque todos lo que correspondan):</b>	
<input type="checkbox"/> No recibiré ningún beneficio de sustitución de ingresos mientras esté en licencia. <b>1</b>	
<input type="checkbox"/> Recibiré un beneficio de sustitución de ingresos igual a mi salario habitual durante toda la duración de mi licencia. <b>2</b>	
<input type="checkbox"/> Recibiré un beneficio de sustitución de ingresos igual a mi salario habitual durante una parte de la licencia. Por favor indique la fecha en que dejará de recibir dichos beneficios de sustitución de ingresos: <b>3</b>	
<input type="checkbox"/> Recibiré un beneficio de sustitución de ingresos que son inferiores a mi salario habitual durante una parte o la duración de mi licencia. <b>4</b>	
Indique si los beneficios de sustitución de ingresos proporcionadas son:	
<input type="checkbox"/> <b>primarios</b> - la duración y el monto de los beneficios serán los mismos independientemente de que se paguen o no beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut	
<input type="checkbox"/> <b>secundarios</b> = <u>el</u> pago del beneficio se retrasará o reducirá si se le pagan los beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut	
Si los beneficios de sustitución de ingresos son <b>primarios</b> , ¿qué porcentaje de su salario se le pagará y durante cuánto tiempo? Porcentaje: _____ Duración: _____	
Si el porcentaje va a cambiar a lo largo del tiempo, indique los porcentajes por separado en cada línea que corresponda: Porcentaje: _____ Duración: _____	
Porcentaje: _____ Duración: _____	
<i>Si los beneficios de sustitución de ingresos son secundarios, la Licencia Pagada por Connecticut le delega la responsabilidad de cumplir el requisito legal para que la suma de los beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut más otros beneficios de sustitución de ingresos no excedan el 100% del su salario habitual.</i>	

### Notas:

Sección 4 – Otras posibles fuentes de ingresos (Esta sección es importante para determinar qué otros beneficios pueden afectar la compensación de la licencia pagada.)

- 1** Esta primera sección debe seleccionarse solo si no está recibiendo un reemplazo de salario en virtud de ninguno de los beneficios laborales proporcionados por su propia empresa. Si esta casilla está seleccionada, ninguna de las otras 3 casillas debe estar marcada.
- 2** Esta casilla reflejaría que no verá una reducción en sus ingresos durante su licencia. En otras palabras, continuaría con el salario completo durante la duración de la licencia solicitada. Es improbable que tenga esta casilla marcada al mismo tiempo que otras casillas, a menos que sea elegible para recibir mayores beneficios de licencia que los que recibió mientras trabajaba.
- 3** Esta casilla reflejaría el reemplazo total del salario, pero solo por una parte del tiempo que se solicita la licencia. Por ejemplo, si su empresa le proporciona hasta 2 semanas del 100% del salario completo para la licencia parental, pero está solicitando licencia pagada por 6 semanas.
- 4** Por lo general, este campo aplica a beneficios como la cobertura de discapacidad a corto plazo u otros beneficios que reemplazan menos de su salario completo. La mayoría de los planes de discapacidad a corto plazo son pagadores secundarios; es decir, reducirán sus beneficios en función de los otros ingresos que esté recibiendo un individuo. Es raro, pero no imposible, que dichos planes de beneficios sean pagadores primarios; es decir, pagarán el mismo beneficio independientemente de otros ingresos que reciba un individuo. Si el plan se proporciona a través de un tercero, los documentos del plan o el representante de la cuenta del plan pueden ser de ayuda para determinar si dichos beneficios son primarios o secundarios.