

# Cómo solicitar un Permiso Familiar Pagado intermitente para cuidar a un familiar enfermo en California

LEGAL  
AID AT  
WORK

La mayoría de los trabajadores en California tienen derecho a 8 semanas de beneficios de Permiso Familiar Pagado (PFL) cada año mientras se toman un tiempo fuera del trabajo para:



- Cuidar a un familiar gravemente enfermo,
- Establecer lazos con un nuevo hijo, o
- Atender necesidades relacionadas con el destacamiento militar de un miembro de la familia en el extranjero.

Usted puede tomar sus beneficios de PFL de una sola vez o de forma intermitente. “Permiso intermitente” significa que en lugar de tomar las 8 semanas de beneficios de PFL a la vez, usted toma su permiso en periodos más breves o reduce su horario regular para trabajar menos mientras cuida a un ser querido. Por ejemplo, una forma de tomar un permiso intermitente es reducir su horario tomándose los viernes libres para cuidar a un cónyuge después de sus tratamientos de quimioterapia. Otra forma de tomar un permiso intermitente es tomarse unas semanas libres para cuidar a uno de sus padres que se recupera de una cirugía, y luego tomar un día a la semana durante varios meses para llevar a su padre o madre a citas de fisioterapia de seguimiento.

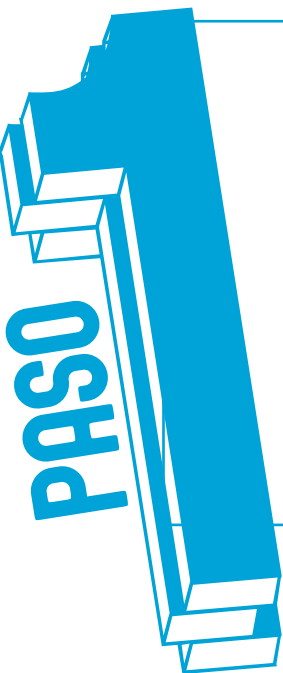
Esta guía brinda instrucciones paso a paso sobre cómo puede solicitar y recibir un Permiso Familiar Pagado intermitente para cuidar a un familiar gravemente enfermo en California. Los permisos pagado por motivos familiares no garantizan su empleo, pero muchos trabajadores tienen derecho a un permiso con empleo garantizado bajo la Ley de Derechos Familiares de California. Para obtener más información sobre el Permiso Familiar Pagado para cuidadores familiares, vea [las preguntas frecuentes sobre el Permiso Familiar Pagado para cuidar a un miembro de la familia gravemente enfermo](#).

## PASOS PARA SOLICITAR EL PERMISO FAMILIAR PAGADO PARA CUIDADORES INTERMITENTES

Presente el [Formulario DE 2501F](#) de Reclamo de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), informando al EDD que planea usar sus beneficios de manera intermitente. Puede solicitar el PFL [en línea o por correo](#). Para ver un tutorial sobre cómo solicitar el PFL en línea, vaya a: [SDI tutorial en línea: Cómo presentar un reclamo de Permiso Familiar Pagado](#). Para solicitar el formulario de reclamo en papel (DE 2501F) o ver un ejemplo de formulario de reclamo, vaya a: [Permiso Familiar Pagado: formularios y publicaciones](#). Los trabajadores indocumentados deben presentar una solicitud en papel. Consulte la [Guía para trabajadores indocumentados para solicitar el seguro por discapacidad de California y el Permiso Familiar Pagado](#). El proveedor de atención médica de los miembros de su familia deberá proporcionar una constancia médica.

### SI SOLICITA EN LÍNEA (A TRAVÉS DE SDI EN LÍNEA):

- Conteste las preguntas en la Sección 3: Preguntas adicionales.
- Para “Fecha en que trabajó por última vez”, ingrese el último día que trabajó en su horario regular antes de reducir sus horas o faltar al trabajo para cuidar a su familiar.



## PASO 1 CONTINUACIÓN

- Para “Fecha en que desea que comience su reclamo de permiso familiar pagado”, ingrese el primer día que redujo sus horas o se tomó un tiempo libre para cuidar a su familiar.
- Responda **No** a la pregunta: “¿Desea reclamar la cantidad máxima de semanas de beneficios ahora?”
- Ingrese la fecha en que desea que le paguen (el último día que redujo su horario de trabajo para brindar cuidado). Si aún no lo sabe, puede dejar esto en blanco.
- Ingrese la fecha en que regresó al trabajo o la fecha en que planea regresar a su horario regular después de su permiso. Si aún no sabe cuándo regresará, deje esta pregunta en blanco.
- Responda **Si** a la pregunta: “¿Trabjará en algún momento durante su permiso familiar?”
- Seleccione el tipo de pago que recibirá de su empleador durante su permiso. (Por ejemplo, escriba “medio tiempo”).

**Additional Questions**

Personal Information Employment Information **3 Additional Questions** 4 Bonding Certification 5 Declaration

You are currently on Step 3 Additional Questions

\*Indicates Required Field

**Section 7 - Additional Questions**

\*Date you last worked: (MMDDYYYY)

The date you want your Paid Family Leave claim to begin should not be before the child's date of birth (or the Date of foster care or adoption placement).

\*Date you want your Paid Family Leave claim to begin: (MMDDYYYY)

\*Do you want to claim the maximum amount of benefit weeks now?  Yes  No

If "No," enter the date you want to be paid through: (MMDDYYYY)

Date you returned to work: (MMDDYYYY)

Or date you plan to return to work: (MMDDYYYY)

\*Will you work at any time during your family leave?  Yes  No

If you will receive any type of pay from your employer(s) during your family leave, indicate type of pay:

Sick  
 Employer Required Vacation  
 Other Type of Pay

Specify if "Other type of pay": Select

\*At any time during your Paid Family Leave, were you in the custody of law enforcement authorities because you were convicted of violating a law or ordinance?  Yes  No

\*Have you claimed or do you plan to claim Workers' Compensation Benefits for any portion of the period covered by this claim?  Yes  No

Previous Cancel Save as Draft **Next**

### SI SOLICITA CON EL FORMULARIO EN PAPEL:

- Para la pregunta A10: “Fecha en que trabajó por última vez”, escriba el último día que trabajó en su horario regular antes de reducir sus horas o faltar al trabajo para cuidar a su familiar.
- Para la pregunta A11: “Fecha en que desea que comience su reclamo de PFL”, escriba el primer día que redujo sus horas o faltó al trabajo para cuidar a su familiar.
- Para la pregunta A12, ingrese la fecha en que regresó o volverá a su horario regular. Si aún no sabe cuándo regresará a su horario regular, deje esta pregunta en blanco.

- Responda **Sí** a la pregunta A13: “¿Trabajó o seguirá trabajando durante su período de permiso familiar?”
- Para la pregunta A22: “Si su(s) empleador(es) continuó/continuaron pagándole o continuará(n) pagándole durante su permiso familiar, indique el tipo de pago”, escriba “Medio tiempo”.

**EDD** Employment Development Department  
State of California

**Solicitud de Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)**

2501F12201

**PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (CUIDADO DE UN FAMILIAR, VÍNCULO PATERNAL O PROVEER APOYO MILITAR)**

A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: 000 000 0000

A2. SU FECHA DE NACIMIENTO: 00 00 00 00 00

A3. IDIOMA DE PREFERENCIA: INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESCRIBALO CON LETRA DE MOLDE ENSEGUIDA): X

A4. SU NOMBRE LEGAL: NOMBRE INICIAL APELLIDO: SAMPLE CLAIMANT

A5. SU GÉNERO: MASCULINO FEMENINO: X

A6. SU NÚMERO DE TELÉFONO: 999 023 6789

A7. OTROS APELLIDOS, SI LOS HAY, BAJO LOS CUALES HAYA TRABAJADO:

A8. SU DIRECCIÓN POSTAL (PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA EN UN APARTADO POSTAL PARTICULAR—NO UN APARTADO DEL SERVICIO POSTAL— TIENE QUE MARCAR EL NÚMERO EN EL ESPACIO DE “PMB#”): 123 ANY STREET PMB# (SI ES PERTINENTE):

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL PAÍS (SI NO ES EEUU): ANY TOWN CA 12345

A9. NOMBRE DE SU EMPLEADOR/PATRÓN DIRECCIÓN POSTAL: ROADRUNNER PASTRIES 647 ARMISTICE WAY

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: ANYWHERE CA 66222 499 3111111

A10. FECHA EN QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ: 12 01 2015

A11. FECHA EN QUE DESEA QUE COMIENCE SU SOLICITUD DEL PFL: 12 16 2015

A12. FECHA EN QUE REGRESÓ O REGRESARÁ A TRABAJAR: 01 27 2016

A13. ¿TRABAJÓ O CONTINUARÁ TRABAJANDO DURANTE SU PERÍODO DE AUSENCIA FAMILIAR? NO SÍ: X

A14. ¿POR QUÉ REDUJÓ O REDUCIRÁ SUS HORAS DE TRABAJO, O DEJÓ DE TRABAJAR? CUIDADO DE UN FAMILIAR VÍNCULO PATERNAL CON UN HIJO APOYO MILITAR OTRO (EXPLIQUE): X

A15. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN? PASTELERO

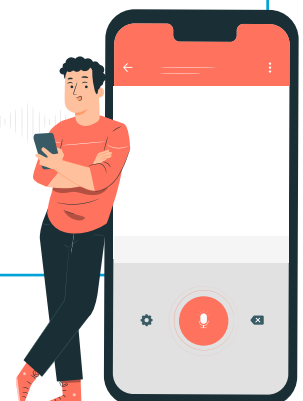
A16. SELECCIONE EL MÉTODO DE PAGO DE PREFERENCIA  EDD DEBIT CARD™  CHEQUE

A17. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA QUE NECESITA CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR: NOMBRE INICIAL APELLIDO: COOKIE CLAIMANT

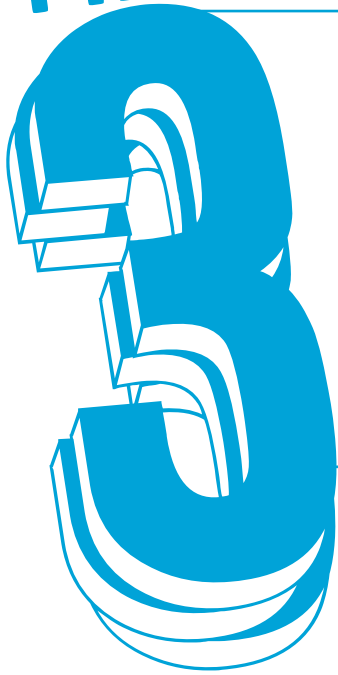
A18. LA PERSONA ANTES MENCIONADA QUE REQUIERE CUIDANDO, CON QUIEN ESTABLECERÁ UN VÍNCULO PATERNAL O A QUIEN LE PROVEERÁ APOYO MILITAR, ES SU: HIJO CÓNYUGE PADRE/ MADRE SUEGRO ABUELO NIETO HERMANO OTRO (EXPLIQUE): X



Espera la llamada telefónica del EDD para revisar los detalles de su permiso intermitente. Explique el horario que está planeando para su permiso.




# PASO



• Espere a que el EDD le envíe el Formulario DE 2580GF *Certificación de reclamo continuo para Permiso Familiar Pagado*, y luego llénelo y **devuélvalo por correo postal** enumerando los días y horas que trabajó y cuánto ganó en esos días. (Vea el ejemplo a continuación de un formulario contestado que muestra un período de dos semanas de permiso de horario reducido). El EDD continuará enviándole estos formularios cada dos semanas durante su permiso y usted debe contestar y devolver cada formulario dentro de los 20 días posteriores a recibirlos.



\*NOTE: El EDD le enviará formularios de certificación de reclamo continuo por correo, incluso si solicitó beneficios en línea.



**Certificación de Beneficios Continuos del Permiso Familiar Pagado**

Sólo Para Uso Del Personal: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de Envío: \_\_\_\_\_

**Importante:** No se le puede expedir ningún cheque hasta que complete, firme, ingrese la fecha y regrese este formulario antes del \_\_\_\_\_ (fecha de vencimiento). Si ya pasó la fecha, por favor complete, firme, ingrese la fecha y regrese este formulario inmediatamente.

Usted podría perder sus beneficios si no envía este formulario en un plazo de 20 días partir de la fecha de vencimiento o dentro de 20 días después de que recibió este formulario, si la fecha de vencimiento ya pasó.

Para poder hacerle el pago de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés) por el período del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, necesitamos la siguiente información:

- ¿Proporcionó cuidado familiar durante el período indicado anteriormente?  Sí  No  
Si la respuesta es no, ingrese la fecha en que dejó de proporcionar el cuidado familiar y explique por qué dejó de hacerlo: \_\_\_\_\_
- ¿Trabajó o recibió algún salario durante el período indicado anteriormente?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿Trabajó tiempo completo o tiempo parcial?  Tiempo completo  Tiempo parcial. Favor de responder las siguientes preguntas:
- Salario bruto (antes de deducciones, incluyendo propinas, pero excluyendo horas extras) durante la última semana que trabajó tiempo completo antes de que comenzara su PFL. (Si usted tiene más de un empleador, por favor proporcione la información de los salarios que ha recibido de cada uno de sus empleadores en el dorso de este formulario, incluyendo su nombre y número de Seguro Social). \$ 800

4. Fecha en que comenzó a trabajar tiempo parcial o ganar menos que cuando trabajaba tiempo completo: 01/01/23			5. Número de horas que normalmente trabajaba a la semana antes de que comenzó su PFL: 40		
Fecha en que trabajó	Número de horas que trabajó	Ingreso bruto ganado	Fecha en que trabajó	Número de horas que trabajó	Ingreso bruto ganado
01/01/23	8	\$160	01/08/23	8	\$160
01/02/23	8	\$160	01/08/23	8	\$160
01/03/23	8	\$160	01/10/23	8	\$160
			01/11/23	8	\$160
			01/12/23	8	\$160

Si recibió o espera recibir otro tipo de pagos (por ejemplo: ausencia por enfermedad, vacaciones, pago de pensión, un préstamo, un regalo, beneficios de compensación para trabajadores (worker's compensation), pago de la reserva militar o de la Guardia Nacional) durante el período indicado, por favor proporcione la cantidad y el tipo de pago, el (los) período(s) de pago y el nombre y número de teléfono del pagador. (Si necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario. Incluya su nombre y número de Seguro Social).

- ¿Alguien más estuvo disponible para proporcionar cuidado durante el período indicado anteriormente?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

He reportado en este formulario todo el dinero y salarios que he recibido o recibiré durante el período de certificación que se indica. Mis respuestas son verdaderas conforme mi leal saber y entender.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si su dirección y/o número de teléfono han cambiado, por favor ingrese la información actualizada a continuación.

Número, calle y número de apartamento, o apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
				( )

Si tiene preguntas respecto a este formulario, por favor comuníquese al 1-877-238-4373, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

**SANCIONES:** El Código del Seguro de Desempleo de California establece sanciones tales como multas, encarcelamiento y pérdida del derecho a recibir beneficios por cometer fraude en contra del Departamento del Desarrollo del Empleo.

# PASO 4

## Reciba sus beneficios mediante tarjeta de débito o cheque.



- Los pagos son del 60 al 70 por ciento de los salarios que ganó durante el trimestre en el que ganó más en los 5 a 18 meses anteriores a la fecha de inicio de su reclamo.
- \*NOTE: A partir del 2025, las tasas de beneficios aumentarán al 90 por ciento para los trabajadores de ingresos bajos a medios y al 70 por ciento para los que ganen más.
- Para calcular el monto de su beneficio semanal, consulte la Calculadora de beneficios del EDD.
- Para permisos intermitentes, el EDD restará lo que está ganando de su trabajo en un horario intermitente de lo que ganaba antes de comenzar su permiso. La diferencia es la pérdida de su salario. Si su pérdida de salario es mayor que el monto de su beneficio semanal (consulte la [Calculadora de beneficios](#)), el EDD le pagará el monto completo de su beneficio semanal. Si su pérdida de salario es menor que el monto de su beneficio semanal, el EDD le pagará solo el monto de su pérdida de salario.

# PASO 5

## Finalice su período de PFL o certifique para prolongar su PFL, si tiene beneficios restantes.



- Se emitirá un *Aviso de pago final* (DE 2525XF) con su pago final cuando su reclamo de PFL indique que está listo para regresar al trabajo. El EDD también le enviará una *Certificación de reclamo suplementario de Permiso Familiar Pagado* (PFL) (DE 2525XFA) con el *Aviso de pago final* (DE 2525XF).
- Si aún tiene beneficios disponibles y necesita continuar brindando atención a un miembro de la familia, seleccione la casilla que se aplique a su reclamo en la sección de Certificación del reclamante de PFL de la DE 2525XFA y pídale al profesional de la salud del destinatario que conteste la sección Certificado suplementario del médico del DE 2525XFA. Una vez contestado, devuelva este formulario al EDD.
- Si extravió el DE 2525XFA, solicite el formulario usando [AskEDD](#) o llamando al 1-877-238-4373.
- Si usa menos de las 8 semanas completas de beneficios y regresa a su horario regular y luego desea reiniciar su reclamo más tarde para usar sus semanas restantes, debe presentar un nuevo *Reclamo de beneficios de Permiso Familiar Pagado* (PFL) (DE 2501F).

- Debe notificar al EDD para detener sus beneficios si alguna de las siguientes situaciones fuere a pasar durante su periodo de PFL:
  - Vuelve a trabajar de tiempo completo.
  - El receptor de la atención se recupera de su enfermedad o lesión.
  - Fallece la persona que recibe cuidado.
- Para suspender los beneficios, llene la tarjeta de tiempo y anote que no tomó permiso y desea regresar al trabajo por completo. O bien, visite AskEDD y siga estos pasos para enviar un mensaje al EDD:
  - Para categoría, seleccione **Permiso Familiar Pagado (Paid Family Leave)**.
  - Para la subcategoría, seleccione **Consulta varia (Miscellaneous Inquiry)**.
  - Para el tema, seleccione **Otro (Preguntas)**. Seleccione **Continuar**, conteste el formulario electrónico y anote en el cuadro Información adicional cuándo desea que sus beneficios se detengan/cuándo regresó o regresará al trabajo.

**\*NOTE:** Si ya solicitó 8 semanas de PFL continuo, pero desea cambiar a permiso intermitente, comuníquese con EDD de una de las siguientes maneras:

- Llame al **1-877-238-4373**
- Envíe una carta a:  
**Paid Family Leave Customer Service Center**  
**PO Box 45011**  
**Fresno, CA 93718-5011**
- Vaya a [AskEDD](#) y siga estos pasos:
  - Para la categoría, seleccione **Permiso Familiar Pagado**.
  - Para la subcategoría, seleccione **Consulta varia**.
  - Para el tema, seleccione **Otros (Preguntas)**.
  - Seleccione **Continuar**, conteste el formulario electrónico, indicando en la Información adicional que desea cambiar a permiso intermitente y anotando su horario de permisos, y luego seleccione **Enviar**.



## ¿Tiene preguntas o desea más información?

Si tiene preguntas sobre esta hoja informativa o sus derechos en el trabajo, comuníquese con Legal Aid at Work en nuestra línea de ayuda laboral y familiar: (800) 880-8047 o visítenos en línea en: [legallaidatwork.org/wf](https://legallaidatwork.org/wf).

**LEGAL  
AID AT  
WORK**

© 2023 Legal Aid at Work Creado con apoyo de la Fundación AARP. Gracias a Family Caregiver Alliance y Association of California Caregiver Resource Centers por su revisión y compañerismo. Legal Aid at Work no puede garantizar que esta información esté actualizada ni se responsabiliza de cualquier uso que se le dé.

**AARP Foundation**  
For a future without senior poverty.