



Para cualquier pregunta relacionada con IHSS, comuníquese con la línea directa de IHSS HOME al:

**888-960-4477**

---

Bienvenido al Programa de Servicios de Apoyo En El Hogar de IHSS del Condado de Riverside.

Los recursos contenidos en este paquete son valiosos y ayudarán a comprender IHSS, sus derechos como participante del programa y las formas de comunicarse con nosotros.

Este paquete de información incluye:

- 1) Planeando con Usted Para Evitar Fraude
- 2) Garantía de Calidad/Mejora de Calidad, Integridad del Programa y Prevención de Fraude de los Servicios de Apoyo En El Hogar, Acuerdo de Conformidad
- 3) Consejos Para Evitar Infracciones de Hoja de Tiempo Para Proveedores de IHSS
- 4) Costo compartido de Medi-Cal: Preguntas y Respuestas
- 5) Formulario de Auto Certificación de Residente con quien se Convive para la Exclusión de Impuestos Federales y Estatales del Pago
- 6) Formulario de Cancelación de la Auto Certificación de Residente con quien se Convive Para la Exclusión de Impuestos Federales y Estatales del Pago
- 7) Información Sobre Beneficios y Servicios Para el Proveedor Individual de Servicios
- 8) Folleto sobre Disposiciones del Seguro de Incapacidad
- 9) Información Acerca de Compensación del Trabajador

Es importante que revise este paquete detenidamente. Si tiene alguna pregunta sobre estos materiales, solicite ayuda a la línea directa de IHSS HOME.

*¿Qué es Fraude?*

**Fraude es un crimen.** Fraude es intencionalmente proveer información falsa o no proveer toda la información necesaria con la intención de obtener beneficios que legalmente no tiene derecho a recibir. Si usted comete fraude puede ser convicto de un delito mayor y puede ser encarcelada/o.

Una persona puede ser culpable de fraude si recibe o intenta recibir beneficios de IHSS:

Porque el/ella solamente dijo parte de la verdad.

Porque el/ella mintió o no dio toda la información.

Porque el/ella no le dijo todos los datos a su trabajador (a) inmediatamente. Porque el/ella no le informo un cambio a su trabajador dentro de diez (10) días.

**Responsabilidad del Proveedor:**

Yo entiendo que **para evitar fraude, necesito reportar** cualquiera de los siguientes cambios al Departamento de Servicios Sociales del Condado de Riverside **dentro de (10) días** de cuando ocurre:

1. Cuando mi empleador se encuentre hospitalizado, de vacaciones, se va a cuidado convaleciente, está encarcelado o fallece, y entiendo que no reclamaré tiempo durante ninguno de estos eventos.
2. Cuando la condición de mi empleador cambie y necesite menos o más cuidado.
3. Cuando mi empleador comience a recibir comidas preparadas a domicilio.
4. Cuando deje de trabajar para mi empleador u otro proveedor comienza a trabajar para el/ella.
5. Cuando mi empleador cambie su número de teléfono o se cambie de hogar.
6. Cuando me cambie, debo reportar mi cambio a la línea directa HOME 1-888-960-4477 o en el Portal de Servicios Electrónicos (ESP) para que manden mis cheques de pago a la dirección correcta.
7. Cuando alguien se cambie a la casa o fuera de la casa, incluyendo a cualquier miembro de la familia.
8. Cuando mi empleador este fuera de su casa por más de una semana (7 días).
9. Cuando otra persona comience a ayudar a mi empleador regularmente. (ejemplo: asistente para Servicios de la Salud en el Hogar, un vecino, pariente, o enfermero/a)
10. Entiendo que IHSS no me va a pagar por servicios o trabajos que no son autorizados por el trabajador social.
11. Entiendo que IHSS no me pagara por servicios durante cualquier periodo que yo sea inelegible o indisponible por razones de enfermedad, hospitalización, o vacaciones, a menos que este usando mi tiempo de enfermedad pagada. Entiendo que mi empleador (recipiente) es responsable de pagar por los servicios proveídos durante cualquier periodo que soy inelegible de proveer cuidado por medio del programa IHSS.
12. Reportarte mis horas con exactitud en el reporte de horas trabajadas antes de que mi empleador firme.
13. Si yo soy un proveedor que no vive en el hogar con mi empleador (recipiente), voy a verificar entrada y salida al comienzo y al final de cada día laboral para cada recipiente.

---

Para reportar Fraude de IHSS o Medi-Cal, comuníquese con la línea directa del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) al: 1-800-822-6222 o [Fraud@dhcs.ca.gov](mailto:Fraud@dhcs.ca.gov)

---

**Al recibir este formulario confirmo que yo he leído o alguien me ha leído lo antedicho y entiendo lo que es fraude, las penalidades por cometer fraude, y mis responsabilidades de reportar.**

**Garantía de Calidad / Mejora de Calidad, Integridad del Programa y  
Prevención de Fraude de los Servicios de Apoyo En El Hogar,  
Acuerdo de Conformidad**

El Estado de California requiere que todos los condados tengan una unidad de Garantía de Calidad/Mejora de Calidad (QA/QI) y de Integridad del Programa (PI) para el programa de Servicios de Apoyo en El Hogar (IHSS).

Su cooperación con IHSS QA/QI y PI es necesaria para que el IHSS QA/QI y PI del Condado de Riverside aseguren conformidad con las regulaciones del programa y para mantener la integridad del programa.

Falta de cooperación de su parte, en el IHSS QA/QI y cualquier proceso de prevención de fraude puede resultar en terminación de sus horas de servicio.

El condado puede requerir contacto con su proveedor de cuidado durante el proceso de prevención de fraude de IHSS QA/QI.

Falta de cooperación de parte de un proveedor de cuidado del IHSS QA/QI o proceso de prevención de fraude puede resultar en despido de el/ella.

Un consumidor no será responsable si su proveedor de cuidado no coopera con IHSS QA/QI o el proceso de prevención de fraude.

Al recibir este formulario yo entiendo y estoy de acuerdo con cooperar en el proceso de del IHSS QA/QI, PI, y prevención de fraude y reconozco que he sido advertido de las acciones posibles que el condado puede tomar si me niego a cooperar.

# CONSEJOS PARA EVITAR INFRACCIONES DE HOJA DE TIEMPO PARA PROVEEDORES DE IHSS



Una infracción es la consecuencia de no cumplir con las limitaciones de horas extras y tiempo de traslado, y podría causar que lo suspendan del programa o que lo den de baja como proveedor de IHSS. Es importante que siga las limitaciones de horas extras y tiempo de viaje para evitar cometer una infracción.

## Cómo evitar una infracción...

- El uso de un calendario puede ser útil para planificar su horario y realizar un seguimiento de su tiempo.
- No trabaje más de 40 horas en una semana laboral sin que su beneficiario obtenga la aprobación del condado, cuando su beneficiario es autorizado menos de 40 horas en una semana laboral.
- No trabaje más de las horas semanales máximas autorizadas de su beneficiario; esto puede hacer que trabaje más horas que las autorizadas al mes.
- No trabaje más de 66 horas en una semana laboral cuando trabaje para más de un beneficiario.
- No reclame más de 7 horas de tiempo de traslado en una semana laboral.
- Trate febrero como cualquier otro mes y asegúrese de no exceder sus horas mensuales.
- Reporte su tiempo en función de cada semana (domingo-sábado) y no en función de las horas restantes.

Para obtener más consejos sobre la prevención de infracciones, visite: <https://bit.ly/ihsproviderresources>



## ¿Qué sucede si recibo una infracción?

Las consecuencias de cada infracción varían. Vea a continuación para ver lo que significa cada infracción.

### 1<sup>ra</sup> INFRACCIÓN

La primera infracción, usted y cada uno de sus clientes recibirán un aviso de la infracción con información sobre cómo solicitar una revisión del condado.

### 2<sup>da</sup> INFRACCIÓN

Si ocurre una segunda infracción, tendrá la oportunidad de completar una capacitación de una vez para evitar recibir una segunda infracción. Si no completa la capacitación dentro de los 14 días calendario posteriores a la fecha del aviso, recibirá una segunda infracción.

## Proceso de revisión del condado

Con cada infracción, tiene 10 días calendario a partir de la fecha del aviso de infracción para solicitar una revisión del condado mediante el envío de "Notificación para el proveedor acerca del derecho a disputar la infracción por sobrepasar los límites de semana laboral y/o tiempo de traslado" (formulario SOC 2272) que se incluye en su notificación de infracción. El condado le enviará un aviso indicando si la infracción permanece o si se eliminará.

Si el condado no elimina la tercera y cuarta infracción, puede solicitar una revisión por parte del CDSS dentro de los 10 días hábiles posteriores a recibir el aviso del condado. En el aviso, recibirá información sobre cómo solicitar la revisión del CDSS.

### 3<sup>ra</sup> INFRACCIÓN

Si ocurre una tercera infracción, será suspendido como proveedor de IHSS por 90 días.

### 4<sup>ta</sup> INFRACCIÓN

Si ocurre una cuarta infracción, no será elegible para trabajar como proveedor de IHSS durante 365 días.

Para ver un video sobre infracciones, visite: <https://bit.ly/ihseducationvideos>



## ¿Qué es un costo compartido?

Conocido por sus siglas en inglés Share of Cost (SOC) o costo compartido es la parte del monto mensual que debe pagarse para gastos médicos antes de que Medi-Cal pague. Una parte del costo es similar al deducible de bolsillo de un plan de seguro privado.

## ¿Como se determina mi costo compartido?

Una parte del costo se basa en el ingreso contable menos las deducciones permitidas. Los ingresos contables incluyen: ingresos de un trabajo, Seguro Social, jubilaciones o pensiones privadas, manutención de niños, pensión alimenticia, vivienda gratuita, beneficios de desempleo, Incapacidad del Estado, Compensación al trabajador, Beneficios para veteranos, ingresos por alquiler, regalos en efectivo y / o ingresos por intereses.

Nota: Los beneficios de CalFresh, CalWORKs, Ayuda General y Asistencia en Efectivo para Inmigrantes (CAPI) no se consideran ingresos contables.

## ¿Como puedo reducir o eliminar mi parte del costo?

Una parte del costo puede reducirse o eliminarse comprando un plan mensual de seguro dental, de la vista, recetado o médico. Debe proporcionar pruebas a su trabajador de Medi-Cal del plan que se compró, que debe mostrar la fecha de vigencia, el tipo de póliza, el monto y la persona asegurada. La participación o el costo también pueden verse afectados si hay un cambio en los ingresos del hogar. Cualquier cambio en los ingresos debe ser reportado dentro de los 10 días hábiles a su trabajador de Medi-Cal. Si usted es una persona discapacitada que trabaja, notifique a su trabajador de Medi-Cal y proporcione una verificación de ingresos para determinar la elegibilidad para el programa de discapacidad laboral del 250%. También puede ser elegible para otros programas de incentivos laborales que permiten que el ingreso del trabajo se cuente de manera diferente.

## Ejemplos de pago de un costo compartido

Si tiene un costo compartido, puede pagarlo de la siguiente manera:

- Deslizar su tarjeta de Medi-Cal cuando:
  - compra suministros médicos,
  - tiene citas o visitas médicas, o
  - compra recetas.
- Pagar a su proveedor de IHSS si se dedujo un costo compartido de su cheque de pago. Recibirá una carta de reducción de gastos del beneficiario de IHSS del condado que confirma el costo compartido que debe pagarse a su proveedor.
- Los servicios de cuidado personal de bolsillo que no son evaluados o pagados por IHSS pero que son médicamente necesarios pueden usarse para pagar el costo compartido. Los servicios de cuidado personal de bolsillo deben ser recetados por un médico, un administrador de casos de enfermería, evaluado como parte de la Evaluación de Necesidad de IHSS (pero no se proporciona bajo el programa IHSS, a veces evaluado como necesidad no satisfecha). También se puede incluir en su plan de atención según sea necesario para evitar que lo trasladen a un centro de atención a largo plazo para recibir un tratamiento esencial. Un servicio de bolsillo puede ser proporcionado por:
  - un proveedor de IHSS que proporciona horas más allá de la evaluación prescrita de IHSS, o
  - un miembro de la familia.

## Recurso adicional

Puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa del seguro de salud (HICAP) al 909-256-8369 para obtener ayuda para determinar los planes dentales y visuales disponibles en el condado de Riverside. Tenga en cuenta que el Condado de Riverside no respalda ningún plan o proveedor de atención médica específico.

## ¿Qué es el programa 250% de discapacitados de trabajo (250% WDP)

Conocido en inglés como “Working Disabled” (250% WDP) es un programa que permite que ciertas personas con discapacidades que trabajen sean elegibles para Medi-Cal mediante el pago de primas mensuales basadas en el ingreso contable neto, es decir, el ingreso del empleo. Los clientes que están discapacitados, que tienen costo compartido alto, pueden considerar trabajar a tiempo parcial para beneficiarse de las bajas primas.

El 250% WDP es un programa de elección "opcional" en el que existe la opción de a) tener costo compartido y pagarlo cuando se producen gastos médicos, o b) pagar una prima mensual. No hay una cantidad mínima de ganancias.

Debe presentar prueba de empleo o trabajo por cuenta propia, con un recibo de sueldo, verificación por escrito de un empleador u otra evidencia creíble de trabajo por cuenta propia. Si no recibe los recibos de pago regulares, hay otras opciones para verificar los ingresos.

## ¿Cuánto son las primas mensuales del programa de 250% WDP?

Las primas mensuales vencen el 5 de cada mes. Las primas mensuales son las siguientes:

- \$ 20 - \$ 250 (soltero(a))
- \$ 30 - \$ 375 (parejas)

## ¿Cómo pago la prima mensual del programa 250% WDP?

El personal de Servicios Sociales del Condado no realiza ni maneja los pagos. Los pagos pueden enviarse por correo o enviarse en línea al estado. Puede encontrar información adicional sobre cómo pagar las primas visitando el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica de California en:

[https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD\\_WD\\_cont.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_WD_cont.aspx)

## ¿Quién califica para el programa 250% WDP?

El 250% WDP es para personas discapacitadas y que trabajan.

- **Discapacitado** significa:
  - Cumple con la definición de discapacidad de la Administración del Seguro Social; a menudo recibe ingresos por discapacidad del Seguro Social.
- **Trabajando** significa:
  - A tiempo completo, a tiempo parcial o por cuenta propia.
  - No hay una cantidad mínima de ganancias (mínimo una hora al mes con pago).

### El individuo también debe:

- Ser residente de California
- Tener Ingresos elegibles
  - Ganancias contables por debajo del 250% del nivel federal de pobreza.
- Satisfacer los límites de Propiedad elegible
  - Se aplican los límites regulares de propiedad de Medi-Cal, sin embargo, todas las cuentas de jubilación aprobadas por los Servicios de Impuestos Internos (IRS) están exentas.

## ¿Cómo me inscribo en el programa 250% de discapacitados laborales?

La inscripción al programa se puede hacer en su oficina local de Medi-Cal.

### Preguntas

Si tiene preguntas relacionadas con su costo o elegibilidad, por favor llame a IHSS HOME al:

**(888) 960-4477**

Teléfonos se contestan Lunes - Viernes de 8:00 am a 5:00 pm, hora del pacifico, excluyendo días festivos del condado.

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)  
Y PROGRAMA DE EXENCION PARA SERVICIOS DE CUIDADO  
PERSONAL (WPCS) FORMULARIO DE AUTO CERTIFICACIÓN DE  
RESIDENTE CON QUIEN SE CONVIVE PARA LA EXCLUSIÓN DE  
IMPUESTOS FEDERALES Y ESTATALES DEL PAGO**

Nombre del Proveedor	Nombre del beneficiario
Número del proveedor	Número del caso del beneficiario
Condado de Residencia	

**TODA LA INFORMACIÓN SE DEBE COMPLETAR EN INGLÉS.  
VEA PÁGINA 2 PARA INSTRUCCIONES.**

Auto certificación del Proveedor

Al completar este formulario, usted está dando fé que los pagos que recibe por proporcionar servicios de IHSS y/o de WPCS al beneficiario mencionado arriba serán excluidos de sus impuestos federales y estatales por ingresos personales.

*Bajo pena de perjurio, declaro que soy un proveedor que recibe pagos conforme al programa de cuidado de IHSS y/o de WPCS por el cuidado que proporciono a \_\_\_\_\_, quien vive conmigo en la misma residencia.*

Firma del proveedor:	Fecha de la firma:
----------------------	--------------------

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:

IHSS – IRS Live-In Self-Certification  
P.O. Box 1677  
West Sacramento, CA 95691-6677

## **Instrucciones para completar el formulario de auto certificación de convivencia**

1. Toda la información solicitada debe ser ingresada en inglés en el área designada del formulario.
2. Debe firmar el formulario en la línea designada.
3. Debe incluir la fecha en que se firmó el formulario en la línea designada.
4. Utilice solo tinta negra y por favor escriba claramente.
5. No arrugue o grape el formulario.
6. Nombre del proveedor: Ingrese su nombre tal como aparece en su documentación de IHSS.
7. Número del proveedor: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – (Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.).
8. Número del Caso del beneficiario: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario, y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.
9. Condado de Residencia del beneficiario: Por favor ingrese el condado donde usted y su beneficiario residen.

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)  
Y PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA SERVICIOS DE CUIDADO  
PERSONAL (WPCS) FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE LA AUTO  
CERTIFICACIÓN DE RESIDENTE CON QUIEN SE CONVIVE PARA LA  
EXCLUSIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES Y ESTATALES DEL PAGO**

Nombre del Proveedor	Nombre del beneficiario
Número del proveedor	Número del caso del beneficiario
Condado de Residencia	

**TODA LA INFORMACIÓN SE DEBE PRESENTAR Y COMPLETAR  
EN INGLÉS PARA CANCELAR LA EXCLUSIÓN.  
VEA PÁGINA 2 PARA INSTRUCCIONES.**

Ya no vivo con mi beneficiario \_\_\_\_\_, y quisiera eliminar la auto certificación existente para la exclusión de mis pagos de IHSS/WPCS de los impuestos personales federales y estatales.

Firma del proveedor:	Fecha de la firma:
----------------------	--------------------

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:

IHSS – IRS Live-In Self-Certification  
P.O. Box 1677  
West Sacramento, CA 95691-6677

## **Instrucciones para completar el formulario de auto certificación de convivencia**

1. Toda la información solicitada debe ser ingresada en inglés en el área designada del formulario.
2. Debe firmar el formulario en la línea designada.
3. Utilice solo tinta negra y por favor escriba claramente.
4. No arrugue o grape el formulario.
5. Número del Proveedor: Ingrese el nombre tal como aparece en el papeleo de IHSS.
6. Nombre del proveedor: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.
7. Número del Caso del Beneficiario: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario, y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.
8. Condado de Residencia del beneficiario: Por favor ingrese el condado donde usted y su beneficiario residen.

# BIENVENIDO A SU EMPLEO COMO PROVEEDOR INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)

Este folleto describe brevemente los beneficios que pudieran estar a su disposición y su responsabilidad de pagar impuestos en relación a sus ingresos. Por favor, lea este folleto cuidadosamente. También recuerde que la persona que le emplea a usted es la persona que recibe los beneficios de IHSS; su empleador no es el Estado de California ni el departamento de bienestar público del condado (CWD). El Estado de California publica este folleto y expide sus cheques de pago a nombre de su empleador, y el CWD se encarga de todo el papeleo.

Por favor, comuníquese con el CWD cada vez que tenga una pregunta sobre su cheque de pago o su reporte de horas trabajadas. Siempre firme y ponga la fecha en su reporte de horas trabajadas después de que se termine el período de pago (no antes). También asegúrese de que su empleador firme y ponga la fecha en el reporte de sus horas trabajadas. Luego envíelo a la dirección del CWD que aparece en la esquina inferior derecha del reporte de horas trabajadas. De esta manera, se evitarán retrasos en la entrega de su cheque de pago. Recuerde: siempre avísele al CWD de cualquier cambio en su dirección y/o número de teléfono.

**Mi trabajador de servicios del condado es:**

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Condado de:**

Para obtener información sobre IHSS, llame al departamento de bienestar público del condado en su localidad



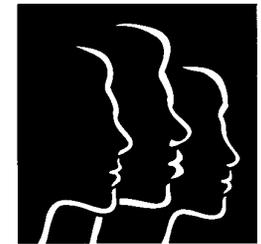
**STATE OF CALIFORNIA  
(ESTADO DE CALIFORNIA)**

**HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
(SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS)**

**DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
(DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES)**

# SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL

## INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA EL PROVEEDOR INDIVIDUAL DE SERVICIOS



**CDSS**

CALIFORNIA  
DEPARTMENT OF  
SOCIAL SERVICES

## SEGURO SOCIAL

Los beneficios del Seguro Social están a la disposición de los proveedores individuales que tienen 18 años de edad o más y que no son los padres del empleador/beneficiario. Los beneficios están a su disposición si usted resulta totalmente incapacitado o se jubila y si también reúne ciertos requisitos de elegibilidad. Se hace una deducción de su cheque de pago para el Seguro Social (FICA). Los beneficios incluyen pagos mensuales de jubilación o incapacidad para usted o las personas que dependen de usted. Para obtener información y/o para solicitar Seguro Social, debe comunicarse con la oficina de la Administración del Seguro Social. La dirección y el número de teléfono de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“United States Government, Social Security Administration.”*

## IMPUESTOS DE MEDICARE

Los beneficios de Medicare son los beneficios médicos y los de la salud que se reciben como parte del paquete total de beneficios del Seguro Social. En el pasado, la deducción de Medicare era parte de la deducción de Seguro Social (FICA). Ahora las leyes federales requieren que se reporten separadamente los impuestos y la cantidad que se deduce. Las preguntas relativas a los impuestos de Medicare deben hacerse directamente a la Administración del Seguro Social.

## SEGURO DEL ESTADO CONTRA INCAPACIDAD (SDI)

Los beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI) están a la disposición si usted resulta incapacitado y no puede hacer su trabajo normal y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. Se hace una deducción de su cheque de pago para SDI. Los beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad están a la disposición por un máximo de 52 semanas. Para obtener información y/o solicitar beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad, debe comunicarse con la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). La dirección y el número de teléfono de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“California, State of, Employment Development Department.”*

Si usted es el padre/madre, esposo/esposa, o hijo/hija de la persona para la cual usted está proporcionando servicios, es posible que quiera

participar en el programa de SDI solicitando Seguro Opcional del Estado contra Incapacidad. Su trabajador de servicios sociales del condado tiene a la disposición los formularios necesarios para solicitar esta cobertura. Si usted quiere esta cobertura opcional, se deducirá el costo de su cheque de pago. Se cubren automáticamente para SDI a todos los otros proveedores individuales si reciben salarios trimestrales de IHSS en exceso de \$750 dólares.

## SEGURO CONTRA DESEMPLEO (UI)

Es posible que los beneficios del Seguro contra Desempleo (UI) estén a la disposición si usted no es el padre/madre, esposo/esposa, o hijo/hija del empleador/beneficiario y si se queda sin empleo, puede y está dispuesto a trabajar, y reúne ciertos requisitos de elegibilidad. No se hace ninguna deducción de su cheque de pago para UI. Los beneficios del Seguro contra Desempleo están a la disposición por un máximo de 26 semanas. Para obtener información y/o para solicitar beneficios del Seguro contra Desempleo, debe comunicarse con la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). El número de teléfono y la dirección de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“California, State of, Employment Development Department.”*

## COMPENSACIÓN POR LESIONES DE TRABAJO

Los beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo están a la disposición si usted resulta lesionado mientras está trabajando o se enferma debido a su trabajo y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. No se hace ninguna deducción de su cheque de pago para Compensación por Lesiones de Trabajo. Si usted resulta lesionado en su trabajo, debe obtener atención médica inmediatamente y luego notificar al trabajador de servicios sociales del condado de su empleador/beneficiario. El trabajador de servicios sociales del condado tiene a la disposición formularios para solicitar beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo. Cuando hayan sido completados, estos formularios se deben enviar al departamento de bienestar público del condado. Para obtener más información sobre los beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo, usted puede llamar a un oficial de información y asistencia al 1 (800) 736-7401.

## RETENCIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS

Es posible que se retengan los impuestos federales y estatales sobre los ingresos ganados de su cheque de pago si usted lo solicita y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. La retención de impuestos sobre los ingresos ganados es estrictamente voluntaria para los proveedores individuales. Si desea que se retengan de su cheque de pago los impuestos federales y estatales, por favor complete el formulario para la retención de impuestos sobre los ingresos (W-4) y envíelo al departamento de bienestar público del condado. Si no se deducen los impuestos federales y estatales de su cheque de pago, usted todavía tiene la obligación de presentar una declaración de impuestos al fin del año y posiblemente pagar impuestos sobre sus ingresos ganados. Debe comunicarse con el trabajador de servicios sociales del condado de su empleador/beneficiario, si necesita formularios adicionales, si necesita cambiar su retención, o para verificar el estado de su retención.

Para obtener información sobre la retención de los impuestos estatales, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos del Estado (*California Franchise Tax Board* - FTB). El número de teléfono y la dirección de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“California, State of, Franchise Tax Board.”* Para información sobre la retención de los impuestos federales, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos Federales (*Internal Revenue Service* - IRS) en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“United States Government, Internal Revenue Service.”*

## CRÉDITO POR INGRESOS GANADOS (EIC)

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir un Crédito (en los impuestos) por Ingresos Ganados (EIC). Para informarse sobre el EIC y para ver si usted reúne los requisitos, lea cuidadosamente las instrucciones para completar el formulario W-5 (*Earned Income Credit Advance Payment Certificate*). Si reúne los requisitos para recibir un EIC, usted puede elegir recibir el crédito por adelantado con su pago en vez de esperar hasta que presente su declaración de impuestos. Para informarse sobre el EIC, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos Federales (*Internal Revenue Service*) o su consultante de impuestos.



## ¿Cuáles son mis beneficios durante el embarazo?

Su periodo de incapacidad comienza el primer día en que no puede realizar su trabajo regular. Los beneficios del DI se basan en el periodo de tiempo en que su profesional de la salud con licencia certifica que no puede realizar su trabajo regular. Usted puede presentar una solicitud del DI por su incapacidad relacionada al embarazo y recuperación del parto.

Si no hay complicaciones médicas, usted puede recibir beneficios por hasta cuatro semanas antes de la fecha esperada del parto y hasta seis semanas después del mismo. En los casos de cesárea, usted puede recibir beneficios por hasta ocho semanas después del parto.

Después de que termina su solicitud del DI por embarazo, podría ser elegible para recibir hasta ocho semanas del Permiso Familiar Pagado (PFL) para establecer un vínculo paternal con su nuevo bebé. La solicitud del PFL para establecer un vínculo paternal automáticamente se envía después del último pago de beneficios del DI.

## ¿Qué sucede si requiero cuidado durante mi incapacidad?

Si usted requiere cuidado durante su incapacidad, su hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge o pareja doméstica debidamente registrada podría ser elegible para recibir hasta ocho semanas de beneficios del PFL para ausentarse del trabajo para cuidar de usted. Para más información, visite [PFL de California](http://edd.ca.gov/es/disability/Paid_Family_Leave_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/Paid\_Family\_Leave\_Espanol/).



## ¿Qué es la incapacidad?

La incapacidad es una enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que lo previene de realizar su trabajo regular. La incapacidad incluye cirugía electiva, embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas.

## ¿Qué es el Seguro de Incapacidad?

El Seguro de Incapacidad (DI) es una parte del Programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). El DI ayuda a reemplazar sus ingresos cuando no puede trabajar como resultado de una incapacidad no relacionada con el trabajo. El programa es financiado a través de sus deducciones del impuesto del SDI. Lo más probable es que sea elegible para este beneficio si ha hecho contribuciones al programa SDI (aparece como "CASDI" en los talones de cheque).

La cobertura electiva es un plan donde los empleadores, las personas que trabajan por cuenta propia y socios generales pueden elegir tener cobertura bajo el SDI. Los beneficios y la elegibilidad se determinan de manera diferente para estos planes. Encuentre el costo anual de participación en la [Oficina de impuestos](http://edd.ca.gov/office_locator) (edd.ca.gov/office\_locator) más cercana a usted o visite [Cobertura Electiva del Seguro de Incapacidad](http://edd.ca.gov/es/payroll_taxes/Disability_Insurance_Elective_Coverage_Espanol/) (edd.ca.gov/es/payroll\_taxes/Disability\_Insurance\_Elective\_Coverage\_Espanol/).

El estatus migratorio o de ciudadanía no afecta su elegibilidad para los beneficios del SDI.



ESTADO DE CALIFORNIA  
AGENCIA DEL TRABAJO Y DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL  
DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO

*Este folleto únicamente ofrece información general y no tiene la fuerza o efecto de la ley, normas o reglamentación.*

El EDD es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Los recursos auxiliares y servicios de asistencia para las personas con discapacidad están disponibles cuando se soliciten. Para solicitar los servicios, asistencia y/o formatos alternos, llame al 1-866-490-8879. Los usuarios de TTY (teletipo), por favor, llamen al Servicio de Relevo de California al 711.



# Disposiciones del Seguro de Incapacidad

## ¿Cómo solicito los beneficios del Seguro de Incapacidad?

1. Use [SDI Online](http://edd.ca.gov/es/disability/SDI_Online_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/SDI\_Online\_Espanol/) para solicitar los beneficios.

O

Puede solicitar el formulario impreso de las siguientes maneras:

- Visite [Forms and Publications](http://forms.edd.ca.gov/forms) (forms.edd.ca.gov/forms).

- Llame al 1-800-480-3287.

Los empleados del estado de California deben llamar al 1-866-352-7675.

2. Después de completar la Parte A - Declaración del solicitante, pida a su profesional de la salud con licencia que complete la *Part B - Physician/Practitioner's Certificate* por internet o por escrito (firmando el formulario impreso). Si solicita los beneficios por internet, SDI Online le proporcionará un número de recibo una vez que la Parte A haya sido presentada. Su profesional de la salud con licencia necesitará ese número para completar la Parte B.

Una solicitud no puede comenzar antes de siete días de haber sido examinado por un profesional de la salud con licencia.

3. Presente su solicitud por internet o envíe el formulario impreso dentro de 49 días a partir de la fecha en que comience su incapacidad. Si presenta su solicitud fuera de tiempo, podría perder sus beneficios. Para más información, visite [Apelaciones](http://edd.ca.gov/es/disability/appeals_espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/appeals\_espanol/).

## ¿Cuál es el siguiente paso?

- Una solicitud debidamente completada tarda dos semanas en ser procesada

- Le enviaremos por correo postal una *Notificación de Cálculo de Beneficios* (DE 429D/S) para confirmar que hemos recibido su solicitud y para proporcionarle un estimado de su cantidad de beneficios.

- Usted sabrá que hemos aprobado su solicitud una vez que reciba el *Aviso de pagos a la tarjeta de débito EDD Debit Card* (DE 2500E/S).

- Si necesitamos más información o si la solicitud ha sido negada, nos comunicaremos con usted.

- Los primeros siete días de su solicitud del DI no se pagan, y se les conoce como período de espera. Si se presenta una solicitud por la misma condición o una relacionada dentro de 60 días de la primera solicitud, la misma se agregará como parte de la primera solicitud. Ya no hay periodo adicional de espera.

- Los beneficios se pagan una vez que recibimos toda la información y usted es aprobado. Los períodos de beneficios son cada dos semanas. Si usted es elegible para beneficios adicionales, se le enviarán los formularios que necesite para que los complete y devuelva. Espere 10 días para el trámite. Si sus beneficios terminan a mediados de la semana, esa semana se pagará usando la tasa diaria. Esta tasa es un séptimo de su cantidad de beneficios semanal.

- Recibirá sus beneficios mediante el método de pago que elija cuando presente su solicitud.



## ¿Cómo se calculan mis beneficios?

Los beneficios se basan en sus pagos que recibe durante un período específico de 12 meses (conocido como período reglamentario), el cual puede ser dentro de los últimos 5 a 18 meses antes del comienzo de su solicitud. Para ser elegible, debe haber ganado al menos \$300 en su último período reglamentario.

Para obtener un estimado, visite [Calculadora de beneficios del Seguro de Incapacidad y del Permiso Familiar Pagado](http://edd.ca.gov/es/disability/PFL_Calculator_Espanol/) (edd.ca.gov/es/disability/PFL\_Calculator\_Espanol/).

## ¿Qué podría afectar los beneficios que actualmente recibo?

No se le puede pagar más de su salario semanal regular mientras recibe beneficios. Los beneficios del DI no serían afectados si llegara a recibir pago de vacaciones.

## ¿Existe una cantidad máxima de mis beneficios?

La cantidad máxima es 52 veces más la tasa semanal de sus beneficios, pero no más del total de salarios del período reglamentario que ganó cuando estuvo empleado.

Excepción: Para empleadores y personas que trabajan por cuenta propia que eligen cobertura del SDI, la cantidad máxima de beneficios es 39 veces la tasa semanal.

Tenga en cuenta que los beneficios solo se pagan por un período limitado a una persona internada en un centro de rehabilitación para alcohólicos o en una residencia libre de drogas que cuente con licencia y este certificado/a por el estado donde se localice. Sin embargo, las incapacidades relacionadas al alcoholismo o abuso de drogas agudo o crónico, que están siendo tratadas por un médico, no tienen esta limitación.

## ¿Cuáles son mis derechos si me niegan los beneficios?

- **Puede** saber el motivo o razón de cualquier decisión que afecte sus beneficios.

- **Puede** apelar cualquier decisión sobre su elegibilidad para los beneficios. Las apelaciones deben enviarse por escrito ante la oficina del DI.

- **Puede** solicitar una audiencia de apelación ante un Juez de la Ley Administrativa (AJL). Puede acudir a otra instancia y apelar la decisión del AJL ante la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California o ante los tribunales.

- **Su privacidad** – Toda la información de la solicitud será confidencial, excepto para los fines permitidos por la ley.

## Comuníquese con el DI

- Español 1-866-658-8846.

- Inglés 1-800-480-3287.

- Por el correo postal de EE. UU., envíe su correspondencia a la siguiente dirección: PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140. Si no tiene una solicitud vigente, puede escribir a cualquier oficina del DI. Nota: No envíe formularios por correo postal a este PO Box.

- Por teletipo (solo para usuarios de TTY) al 1-800-563-2441.

- En Persona: puede visitar cualquier [Oficina del DI](http://edd.ca.gov/es/Office_Locator/) (edd.ca.gov/es/Office\_Locator/).

**Si su incapacidad es permanente** o se espera que continúe por un año o más, comuníquese con la [Administración del Seguro Social de EE. UU](http://www.ssa.gov/es) (www.ssa.gov/es) o por teléfono al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

## Designación previa del médico personal

En el caso que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser tratado por su lesión/enfermedad por su médico personal con grado de Doctor en Medicina (M.D.), Doctor en Osteopatía (D.O.) o grupo médico si: tiene seguro médico para lesiones/enfermedades que no están relacionadas al trabajo, el médico es su médico de cabecera, quien deberá ser un médico que ha limitado su práctica de medicina a la medicina general o que es un internista certificado por el consejo o internista, pediatra, gineco-obstetra, o médico de familia elegible por el consejo, y ha dirigido previamente su tratamiento médico, y conserva sus registros médicos; su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una corporación o asociación simple compuesta de médicos licenciados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico de múltiples especialidades integradas que presta servicios médicos integrales sobre todo para enfermedades y lesiones no ocupacionales; antes de la lesión su médico está de acuerdo en darle el tratamiento para lesiones o enfermedades ocupacionales; antes de la lesión usted proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que usted desea que su médico personal le trate por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y (2) el nombre y dirección comerciales de su médico personal.

Usted puede utilizar este formulario, proporcionado por su empleador o proporcionar toda la información por escrito para notificar a su empleador si desea que su médico personal con grado de Doctor en Medicina o Doctor en Osteopatía le trate por su lesión/enfermedad relacionada con el trabajo y se cumplen los requisitos mencionados anteriormente.

### Aviso de Designación Previa de Médico Personal

#### Empleado(a): Complete esta sección

Empleador \_\_\_\_\_  
Si tengo una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, elijo ser tratado(a) por:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

\_\_\_\_\_  
(dirección calle, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono)

Nombre de empleado (por favor usar letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nota para el Empleado: A menos que usted esté de acuerdo por escrito, ni su empleador ni Intercare pueden comunicarse con su médico personal para confirmar una designación previa. Si su médico no firma este formulario, será necesaria otra documentación que confirme la aceptación en ser designado antes de la lesión. Si usted está de acuerdo, su empleador o Intercare pueden comunicarse con su médico personal para confirmar esta designación previa, firme y coloque la fecha a continuación:

Firma del empleado \_\_\_\_\_

Empleado n° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Médico: Acepto esta designación previa:

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

(Médico o Empleado Designado del Médico)

No se exige que el médico firme este formulario; sin embargo, si el médico o empleado designado del médico o grupo médico no firma, se exigirá otro documento de la aceptación del médico de la designación previa en conformidad con el Título 8, Código de Normas de California, sección 9780.1(a)(3).

## Aviso del Quiropráctico o Acupunturista Personal

Si su empleador o aseguradora de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN por sus siglas en inglés), usted puede cambiar que su médico tratante sea su quiropráctico (D.C., por sus siglas en inglés) o acupunturista (L.AC., por sus siglas en inglés) personales luego de una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo. A fin de ser elegible para hacer este cambio, usted debe dar a su empleador el nombre y dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personales por escrito antes de la lesión/enfermedad. Intercare generalmente tiene el derecho de seleccionar a su médico tratante en el periodo de los primeros 30 días luego que su empleador se entere de su lesión/enfermedad. Después que su empleador o Intercare hayan iniciado su tratamiento con otro médico durante este período, usted podrá, previa solicitud, hacer que su tratamiento sea transferido a su quiropráctico o acupunturista personales. Usted puede usar este formulario para notificar a su empleador acerca de su quiropráctico o acupunturista personales, o su empleador puede tener su propio formulario. El D.C. o L.AC. deben ser su D.C. o L.AC. habituales que han dirigido su tratamiento y conservan sus registros e historia de quiropraxia. Si su empleador tiene una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), usted sólo puede cambiar a un D.C. o L.AC. dentro de la MPN. Si un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de 24 visitas. Si aún requiere de tratamiento médico de ahí en adelante, tendrá que elegir un médico que no sea quiropráctico.

\_\_\_\_\_  
Nombre del quiropráctico o acupunturista (D.C., L.AC.)

\_\_\_\_\_  
(dirección calle, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono)

Nombre de empleado (Por favor use letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

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

### CUANDO OCURRE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO ...

- **Busque rápidamente primeros auxilios.**
- **Llame al 9-1-1 para solicitar ayuda inmediata, si es una emergencia, se requiere atención médica.**
- **Informe inmediatamente las lesiones a su supervisor o representante del empleador en:**

**TELÉFONO: (888) 960-4477**

Oficina de Información y Asistencia:

**CONDADO DE RIVERSIDE  
PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)  
DE LA AUTORIDAD PÚBLICA  
12125 DAY STREET, SUITE S-101  
MORENO VALLEY, CA 92557**

Nombre de Proveedor: \_\_\_\_\_

Firma de Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Intercare Holdings Insurance  
Services, Inc.

# Información Acerca de Compensación del Trabajador

Intercare Holdings Insurance Services, Inc.  
P.O. Box 579  
Roseville, CA 95661  
Teléfono (866) 221-2402  
Fax (866) 548-2637

Aprobado por la División de Compensación del Trabajador

**¿Qué es la compensación del trabajador?** Su propósito es asegurar que un empleado que sufre una lesión o enfermedad ocupacional reciba beneficios para curar o aliviar médicamente los efectos de la lesión/enfermedad, proporcionar compensación temporal, cuando el empleado sea médicamente incapaz de realizar cualquier función ocupacional, compensación por cualquier discapacidad residual y/o impedimento de la función corporal, beneficios para los dependientes si un empleado fallece como consecuencia de una lesión/enfermedad, protección contra la discriminación de su empleador debido a la lesión/enfermedad.

**¿Tengo cobertura?** Casi todas las personas empleadas en California están protegidas por la compensación del trabajador; sin embargo hay algunas excepciones. Las personas que trabajan de manera independiente o trabajadores voluntarios no pueden tener cobertura. Leyes similares cubren a los trabajadores federales y marítimos. Su empleador está lícitamente autoasegurado. Intercare Holdings Insurance Services es el administrador de reclamaciones de su empleador. Su empleador o Intercare pueden responder a cualquier pregunta que usted tenga acerca de la cobertura.

**¿Qué cubre la Compensación del Trabajador?** Si usted tiene una lesión/enfermedad debido a su trabajo, usted tiene cobertura. La causa puede ser un solo evento, como una caída, o puede ser debido a exposiciones repetidas, como la pérdida de audición debido al ruido fuerte y constante. Las lesiones que varían desde primeros auxilios a accidentes graves tienen cobertura. Incluso las lesiones relacionadas con un delito en el lugar de trabajo, tales como lesiones físicas o psicológicas, tienen cobertura de la compensación del trabajador. Algunas lesiones que resultan de actividades voluntarias, como actividades sociales o deportivas fuera del servicio, no pueden tener cobertura. Consulte con su empleador o Intercare si usted tiene preguntas. La cobertura comienza en el momento de empezar su trabajo. No hay periodo de prueba o tarifa de salario.

**Deber del Empleador.** Notifique inmediatamente a su empleador o Intercare de manera que usted pueda conseguir la ayuda médica que usted necesita sin demora. Si su lesión es mayor que una lesión de primeros auxilios, su supervisor le dará un Formulario de Reclamación (Formulario DWC-I) para que usted describa dónde, cuándo y cómo sucedió. Para presentar una reclamación, complete la sección "Empleador" del DWC-I. Guarde una copia de este formulario y entregue las páginas restantes a su supervisor. Su empleador deberá completar la sección "Empleador" y entregarle una copia firmada y fechada. Su empleador conservará una copia de este formulario y enviará otra a Intercare. Intercare está a cargo de manejar su reclamación e informarle a usted acerca de su elegibilidad para recibir beneficios.

Sus beneficios de reclamación no se inician hasta que su empleador se entere de su lesión, por ello informe y presente el DWC-I tan pronto como sea posible. Las leyes de California exigen que su empleador autorice el tratamiento médico en el plazo de un día hábil luego de haber recibido su Formulario de Reclamación. Los empleadores son responsables de un máximo de \$10,000 por el tratamiento en espera de una decisión de Intercare sobre la aceptación o rechazo de una reclamación. Esperar el informe puede retrasar los beneficios de indemnización del trabajador. Usted no puede recibir beneficios si no presenta una reclamación en el periodo de un año luego de la fecha de la lesión, la fecha en que usted se entera que su lesión era ocupacional, o la fecha en que se proporcionaron por última vez los beneficios.

**Deber del Empleador:** Entregue este formulario a todos los empleados en el momento de la contratación o al final de su primer período de pago.

En el periodo de un día hábil, al conocer o recibir aviso por parte de cualquier fuente de una lesión/enfermedad ocupacional mayor que primeros auxilios, entregue al empleado un formulario de reclamación (DWC-1) y autorice tratamiento médico e informe la reclamación a Intercare Holdings Insurance Services.

**¿Cuáles son los beneficios?** Usted puede tener derecho a diversos tipos de beneficios en virtud de la ley de compensación del trabajador de California, incluyendo:

**Atención médica:** El tratamiento médico que sea razonablemente necesario para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de la lesión/enfermedad. No hay deducible ni copago. Estos beneficios médicos pueden incluir análisis de laboratorio, terapia física, servicios de hospital, medicamentos y tratamiento por un médico. La ley estatal limita ciertos servicios médicos a partir del 1 de enero de 2004. Usted nunca debe recibir una factura médica. Si el tratamiento adicional es necesario, Intercare coordinará la atención médica que cumpla con las normas aplicables de tratamiento para la lesión. El médico puede ser un especialista para su

tipo específico de lesión, deberá conocer los requisitos de compensación del trabajador e informará con prontitud a Intercare de manera que se paguen sus beneficios.

El médico con la responsabilidad general del tratamiento de su lesión/enfermedad es el médico de atención primaria (PTP, por sus siglas en inglés). El PTP decide qué tipo de atención médica usted necesita y si usted tiene restricciones de trabajo. Si es necesario, el PTP revisará la descripción de su trabajo con usted y su empleador para definir cualquier limitación o restricción que usted pueda tener. Este médico también es responsable de coordinar la atención entre los demás proveedores de servicios médicos y, si es una lesión grave, escribirá los informes sobre cualquier discapacidad permanente de las funciones corporales o la necesidad de atención médica en el futuro. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que usted verá durante los primeros 30 días, pero si usted desea cambiar de médico por cualquier motivo, pregunte a su empleador o Intercare. A su empleador le interesa tanto como a usted su pronta recuperación y retorno al trabajo y seleccionará a un médico diferente para usted. Si su empleador tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), usted será dirigido a tratarse con un médico dentro de la MPN y se aplican reglas diferentes sobre cómo cambiar a su médico.

Usted puede ser tratado por su médico personal o grupo médico de inmediato si tiene seguro médico para lesiones o enfermedades que no estén relacionadas al trabajo, y si su médico estuvo de acuerdo por adelantado en darle el tratamiento para las lesiones o enfermedades ocupacionales y ha dirigido previamente su tratamiento y conserva sus registros médicos y está de acuerdo, antes de su lesión/enfermedad, en atenderle por sus lesiones o enfermedades ocupacionales, y usted entregó a su empleador el nombre de su médico y la dirección por escrito antes de la lesión. Usted puede utilizar el formulario dentro de este folleto o su empleador puede tener un formulario para que usted lo utilice.

Si usted da el nombre de su quiropráctico o acupunturista personal, se aplican reglas diferentes, y usted puede necesitar ver primero a un médico seleccionado por el empleador.

**Beneficios de discapacidad temporal:** Si usted no es médicamente capaz de trabajar durante más de tres días debido a su lesión relacionada con el trabajo, contando los fines de semana, usted tiene el derecho a pagos de discapacidad temporal (TD, por sus siglas en inglés) para ayudarle en la sustitución de sus salarios perdidos. Después de dos semanas a partir de la presentación del informe de la lesión, usted recibirá un cheque. Si su empleador tiene un plan de continuación de salario, sus beneficios pueden ser incluidos en su cheque de pago habitual. TD se paga cada 14 días hasta que el médico declare que usted puede retornar al trabajo (sin embargo los pagos no se hacen durante los primeros tres días, a menos que usted esté hospitalizado o no pueda trabajar más de 14 días). El monto de los pagos será dos tercios de su salario promedio sujetos a los mínimos y máximos establecidos por la legislatura estatal. Aunque el pago por discapacidad temporal no será el monto total de su cheque de pago habitual, no hay deducciones y los pagos están libres de impuestos. Para lesiones que ocurren a partir del 1 de enero de 2008, los pagos por discapacidad temporal se limitan a 104 semanas compensables en el periodo de cinco años luego de la fecha de la lesión. Para unas pocas lesiones a largo plazo, tales como enfermedad pulmonar crónica o quemaduras severas, los pagos por discapacidad temporal pueden durar hasta 240 semanas en el periodo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Si usted alcanza el máximo pago por discapacidad temporal antes que usted pueda retornar al trabajo, su condición se convierte en permanente y estacionaria. Vea la sección "Otros Beneficios" de este folleto para más en la información. La presentación oportuna al Departamento de Desarrollo de Empleo puede dar lugar a beneficios Estatales de Discapacidad adicionales cuando los beneficios por discapacidad temporal se retrasan, deniegan o cancelan.

**Discapacidad permanente:** Si su médico dice que su lesión siempre le dejará con cierta discapacidad permanente de las funciones corporales, usted puede recibir pagos de discapacidad permanente (PD, por sus siglas en inglés). El monto depende del informe médico, la cantidad de discapacidad permanente que fue causada directamente por su trabajo, y factores como su edad, ocupación, tipo de lesión, y fecha de la lesión. La ley estatal determina los montos mínimos y máximos, y varían según la fecha de la lesión. Si usted tiene derecho a discapacidad permanente, Intercare le enviará una carta explicando cómo se calculó el beneficio. Si la lesión causa discapacidad permanente, el primer pago vence en el periodo de 14 días a partir del pago final por discapacidad temporal, salvo que su empleador le haya ofrecido a usted un puesto de trabajo que pague un mínimo del 85% del salario de su fecha de lesión o si regresó a un puesto de trabajo que paga el 100% del salario y, las

prestaciones pagadas a usted en la fecha de la lesión, la discapacidad permanente se pagará después que se emita la adjudicación.

**Beneficio complementario por desplazamiento laboral(SJDB, por sus siglas en inglés):** Si usted tiene una discapacidad permanente, la elegibilidad para el beneficio

complementario por desplazamiento laboral comienza cuando su empleador no tiene trabajo regular, permanente, modificado o alternativo en un periodo de 60 días a partir del recibo de un informe de Mejoría Máxima Médica (MMI) por sus siglas en inglés). Esto es un vale no transferible para cuotas de reentrenamiento y/o desarrollo de habilidades relacionadas con la educación en escuelas autorizadas por el estado, herramientas, autorización de licencias y certificación así como otros recursos como beneficios posibles. Si usted califica para el beneficio complementario por desplazamiento laboral, Intercare ofrecerá un vale por un monto máximo de \$6,000.

**Beneficios por defunción:** Si la lesión/enfermedad causa la muerte, los pagos se pueden efectuar a sus dependientes. Las leyes estatales establecen estos beneficios y el beneficio total depende del número de dependientes. Los pagos se hacen a la misma tarifa que los pagos por discapacidad temporal. Además, la compensación del trabajador ofrece un monto asignado por concepto de sepelio.

**Discriminación:** Es una infracción del Código Laboral, Sección 132(a) e ilegal que su empleador le castigue o despida por sufrir una lesión/enfermedad ocupacional, presentar una reclamación o atestiguar en el caso de compensación del trabajador de otra persona. Si su empleador es declarado culpable de discriminación, usted tendría derecho a un aumento de beneficios, restitución y reembolso de los salarios y beneficios perdidos.

**Otros beneficios:** A veces se confunde la compensación del trabajador con el Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés). La compensación del trabajador las lesiones/enfermedades ocupacionales, y es pagada por su empleador o su aseguradora. Por otro lado, el SDI cubre las lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, y es pagado mediante deducciones de su cheque de pagos. Si usted no está recibiendo beneficios de compensación del trabajador, puede ser capaz de obtener los beneficios de Discapacidad del Estado. Póngase en contacto con la oficina local del Departamento de Desarrollo de Empleo del Estado que aparece en las páginas gubernamentales de su directorio telefónico para obtener más información.

Puede ser elegible para acceder al fondo de regreso al trabajo, con el fin de hacer pagos complementarios a trabajadores lesionados cuyos beneficios de discapacidad permanente son desproporcionadamente bajos en comparación con su pérdida de ganancias. Si tiene alguna pregunta o cree que califica, póngase en contacto con la oficina de Información y asistencia indicada en este folleto o visite el sitio web de DIR en: [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov).

**Si usted todavía tiene preguntas...** pregunte a su supervisor o representante del empleador. O póngase en contacto con Intercare llamando al número que se indica en los afiches de compensación del trabajador colocados en el trabajo y en este folleto. También puede comunicarse con la División Estatal de Compensación del Trabajador (DWC, por sus siglas en inglés) y hablar con un Funcionario de Información y Asistencia. Estos funcionarios están disponibles para examinar los problemas, responder preguntas y proporcionar información adicional escrita sobre la compensación del trabajador de manera gratuita. La oficina local se muestra a continuación y se publicará en su lugar de trabajo. Usted también puede llamar al 800-736-7401 o visitar el sitio web de DWC: <http://www.dir.ca.gov/dwc>

## EL FRAUDE DE COMPENSACIÓN LABORAL ES UN DELITO GRAVE

Toda persona que haga o disponga que se haga una declaración material deliberadamente falsa o fraudulenta con el fin de obtener o denegar los beneficios o pagos de la compensación laboral es culpable de un delito grave. Las multas pueden ser de hasta un máximo de \$150,000 y el encarcelamiento de hasta un máximo de cinco años.