

# Paid Family Leave STATEMENT OF RIGHTS



Paid Family  
Leave

If you need to take time off from work to care for a family member, you may be entitled to Paid Family Leave benefits.

Paid Family Leave is employee-funded insurance that provides eligible employees job-protected, paid time off to:

- **BOND** with a newly born, adopted, or fostered child;
- **CARE** for a family member with a serious health condition (see [paidfamilyleave.ny.gov](http://paidfamilyleave.ny.gov) for eligible family members); or
- **ASSIST** loved ones when a spouse, domestic partner, child or parent is deployed abroad on active military service.

## Eligibility:

- If you have a regular work schedule of 20 or more hours per week, you are eligible after 26 consecutive weeks of employment with your employer.
- If you have a regular work schedule of less than 20 hours per week, you are eligible after working for your employer for 175 days, which do not need to be consecutive.

Citizenship or immigration status is not a factor in your eligibility.

## Benefits:

You can take up to 12 weeks of Paid Family Leave and receive 67% of your average weekly wage, capped at 67% of the New York State Average Weekly Wage. Generally, your average weekly wage is the average of your last eight weeks of pay prior to starting Paid Family Leave. Leave can be taken all at once or intermittently, but must be in full-day increments.

## Rights and Protections:

- **Job protection:** Return to the same or comparable job after you take leave.
- You keep your **health insurance** while on leave (you may have to continue paying your portion of the premium costs, if any).
- Your employer is **prohibited from discriminating or retaliating** against you for requesting or taking Paid Family Leave.

## Disputes:

If your Paid Family Leave claim is denied, you may request to have the denial reviewed by a neutral arbitrator. The insurance carrier listed below will provide you with information about requesting arbitration.

## Discrimination Complaints:

If your employer terminates your employment, reduces your pay and/or benefits, or disciplines you in any way as a result of you requesting or taking Paid Family Leave, you may request to be reinstated by taking these steps:

1. Complete the *Formal Request for Reinstatement Regarding Paid Family Leave (Form PFL-DC-119)*.
2. Send your completed form to your employer and a copy of the completed form to:  
Paid Family Leave, P.O. Box 9030, Endicott, NY 13761-9030
3. If your employer does not reinstate you or take other corrective action within 30 days, you may file a discrimination complaint with the Workers' Compensation Board using the *Paid Family Leave Discrimination/Retaliation Complaint (Form PFL-DC-120)*. The Workers' Compensation Board will assemble your case and schedule a hearing.
4. There are other state and federal laws that protect employees from discrimination. Additional information is available at [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov).

## Paid Family Leave Request Process:

1. Notify your employer at least 30 days in advance, if foreseeable, or as soon as possible.
2. Complete and submit the *Request for Paid Family Leave (Form PFL-1)* to your employer.
3. You must submit your completed request package to your employer's insurance carrier within 30 days after the start of your leave to avoid losing benefits.
4. In most cases, the insurance carrier must pay or deny benefits within 18 calendar days of receiving your completed request or your first day of leave, whichever is later.

You may obtain all forms from your employer, their insurance carrier listed below, or online at [PaidFamilyLeave.ny.gov/Forms](http://PaidFamilyLeave.ny.gov/Forms).

For more information, forms and instructions, visit [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov) or call the PFL Helpline **(844)-337-6303**

This information is a simplified presentation of your rights as required by Section 229 of the Disability and Paid Family Leave Benefits Law. Your employer's Paid Family Leave benefits insurance carrier is:

Standard Security Life Insurance Company of New York  
488 Madison Avenue, Suite-803, New York, NY 10022 Ph. 646-509-2100

PRESCRIBED BY THE CHAIR,  
WORKERS' COMPENSATION BOARD  
NYS Paid Family Leave  
PO Box 9030, Endicott NY 13761

# Permiso Familiar Pagado DECLARACIÓN DE DERECHOS



Paid Family  
Leave

**Si necesita tomar tiempo libre del trabajo para cuidar a un miembro de la familia, puede ser elegible para recibir los beneficios del Permiso Familiar Pagado.**

**El Permiso Familiar Pagado (Paid Family Leave, PFL) es un seguro de beneficios del empleado que brinda tiempo libre remunerado y protegido para empleados elegibles por distintas razones:**

- **FORMAR** lazos afectivos con un recién nacido, un hijo adoptado o bajo régimen de cuidado temporal.
- **CUIDAR** a un miembro de la familia con una condición de salud grave (consulte [paidfamilyleave.ny.gov](http://paidfamilyleave.ny.gov) para conocer a los miembros de la familia elegibles).
- **AYUDAR** a sus seres queridos cuando un cónyuge, una pareja de hecho, un hijo o un parente esté en servicio militar activo en el extranjero.

## Elegibilidad:

- Si cuenta con un cronograma de trabajo regular de 20 horas o más por semana, es elegible después de 26 semanas consecutivas de empleo con su empleador.
- Si cuenta con un cronograma de trabajo regular de menos de 20 horas por semana, es elegible después de trabajar para su empleador 175 días, no necesariamente consecutivos.

La condición de inmigración o ciudadanía no es un factor en su elegibilidad.

## Beneficios:

Puede pedir hasta 12 semanas del Permiso Familiar Pagado y recibir el 67 % de su salario semanal promedio limitado al 67 % del Salario Semanal Promedio del Estado de Nueva York (New York State Average Weekly Wage, NYSAWW). Normalmente, su salario semanal promedio es el promedio de las últimas ocho semanas de su paga antes de comenzar el Permiso Familiar Pagado. Puede tomar el permiso completo de una sola vez o de forma intermitente, pero debe ser en incrementos de días completos.

## Derechos y protecciones:

- **Protección del puesto de trabajo:** Regrese al mismo puesto de empleo, o un puesto comparable, después de tomarse la licencia.
- Usted conserva su **seguro médico** mientras está de licencia (quizás deba seguir pagando su parte de la prima, si la hubiera).
- El empleador tiene **prohibido discriminar o tomar represalias** en su contra por solicitar o tomar el Permiso Familiar Pagado.

## Disputas:

Si se rechaza su reclamo de Permiso Familiar Pagado, puede solicitar que un árbitro neutral revise el rechazo. La compañía de seguros que se indica más adelante le brindará información sobre cómo solicitar el arbitraje.

## Quejas por discriminación:

Si su empleador lo despidió, reduce su paga o beneficios, o lo sanciona de cualquier manera como resultado de su solicitud o toma del Permiso Familiar Pagado, puede solicitar que se lo reincorpore siguiendo estos pasos:

1. Complete la *Formal Request for Reinstatement Regarding Paid Family Leave* (Solicitud formal para reincorporación con respecto al Permiso Familiar Pagado) (Formulario PFL-DC-119).
2. Envíe su formulario completado a su empleador y una copia del formulario completado a:  
Paid Family Leave, P.O. Box 9030, Endicott, NY 13761-9030
3. Si su empleador no lo reincorpora o toma medidas correctivas dentro de los 30 días, puede presentar un reclamo por discriminación ante la Junta de Compensación Obrera (Workers' Compensation Board) mediante el formulario *Paid Family Leave Discrimination/Retaliation Complaint* (Queja por discriminación/represalias por Permiso Familiar Pagado) (Formulario PFL-DC-120). La Junta de Compensación Obrera armará su caso y programará una audiencia.
4. Hay otras leyes federales y estatales que protegen a los empleados contra la discriminación. Encontrará más información disponible en [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov).

## Proceso de solicitud de Permiso Familiar Pagado:

1. Notifique a su empleador al menos 30 días por adelantado, si la necesidad de tomarse licencia es previsible, o lo antes posible de lo contrario.
2. Complete y envíe la *Request for Paid Family Leave* (Solicitud del Permiso Familiar Pagado) (Formulario PFL-1) a su empleador.
3. Debe presentar el paquete de solicitud completo ante la compañía aseguradora de su empleador dentro de los 30 días posteriores al comienzo del permiso para no perder los beneficios.
4. En la mayoría de los casos, la compañía de seguros debe pagar o denegar los beneficios dentro de los 18 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud completada o en su primer día de licencia; lo que ocurra después.

Puede obtener todos los formularios de su empleador, su compañía de seguros que se indica más adelante, o por internet ingresando a [PaidFamilyLeave.ny.gov/Forms](http://PaidFamilyLeave.ny.gov/Forms).

Para más información, formularios e instrucciones, visite [PaidFamilyLeave.ny.gov](http://PaidFamilyLeave.ny.gov)  
o llame a la Línea de Ayuda de PFL al (844)-337-6303

Esta información representa un resumen de sus derechos en virtud de lo que requiere la Sección 229 de la Ley de Discapacidad y Beneficios del Permiso Familiar Pagado. La compañía aseguradora que brinda los beneficios del Permiso Familiar Pagado de su empleador es:

Standard Security Life Insurance Company of New York

488 Madison Avenue, Suite-803, New York, NY 10022 Tel. 646-509-2100

ESTABLECIDO POR LA DIRECCIÓN  
WORKERS' COMPENSATION BOARD  
NYS Paid Family Leave  
PO Box 9030, Endicott NY 13761