

# Derechos Laborales Para Trabajadores en California Durante el Embarazo y Posparto

Una Guía Para  
Trabajadores  
Comunitarios de  
Salud y Otros  
Defensores



Proveedores de cuidado médico, promotores, y otros defensores desempeñan un papel fundamental para garantizar que las trabajadoras ejerzan sus derechos legales durante el embarazo, el posparto, y la lactancia. Los trabajadores de salud comunitaria pueden apoyar a las trabajadoras a obtener los cambios que necesitan para mantenerse salvas y cómodas en el trabajo (conocidos como “cambios razonables”), ausencia pagada, e información sobre sus derechos laborales. El acceso a apoyos laborales y tiempo fuera del trabajo pagado puede garantizar que las trabajadoras tengan embarazos seguros y saludables, sin sacrificar su salud ni los ingresos que necesitan sus familias. Trabajadores de salud comunitaria y otros defensores deben comprender los derechos laborales básicos de las trabajadoras embarazadas y en posparto e incorporar discusiones sobre las necesidades en el trabajo en sus interacciones con los miembros de la comunidad.

---



*Esta guía se aplica solo en California. Otras leyes estatales pueden proporcionar diferentes protecciones. Este documento es solo para fines informativos.*

*Para obtener consejo legal, hable con un abogado.*

*Visita [pregnantatwork.org](https://pregnantatwork.org) para obtener más información y recursos.*

# Este guía incluye información sobre varias categorías de derechos legales que los trabajadores en California deberán navegar durante el embarazo, el posparto, y la lactancia.

Cada sección en este guía incluye pasos prácticos que los trabajadores de salud comunitaria y otros defensores pueden tomar para ayudar a los pacientes a acceder a los cambios en el trabajo y la ausencia pagada que necesitan para mantenerse saludables y para continuar apoyando económicamente a sus familias.

## Sección 1. Tiempo fuera del trabajo

pg. 4

- A. Tiempo fuera del trabajo durante el embarazo. . . . . 5
- B. El pago cuando esta fuera del trabajo durante el embarazo. . . . . 10
- C. Tiempo fuera del trabajo después del parto. . . . . 14
- D. El pago cuando esta fuera del trabajo después del parto . . . . . 19

## Sección 2. Cambios en el trabajo (“cambios razonables”) para la seguridad o comodidad

pg. 25

## Sección 3. Tiempo de descanso, espacio, y otros cambios razonables para la lactancia materna

pg. 27

## Sección 4. Protección contra la discriminación, las represalias, o el acoso

pg. 29

## Sección 5. Guía para aplicar para SDI durante el embarazo y PFL para vincularse con su nuevo bebé

pg. 30

## Sección 6. Recursos y Apoyo Adicional

pg. 43

# Tabla de Contenido

# TIEMPO FUERA DEL TRABAJO

Cuando alguien queda embarazado, puede ser emocionante y abrumador. Muchos trabajadores saben que necesitarán tiempo fuera del trabajo, pero la mayoría no conocen sus derechos laborales o cómo pedir tiempo fuera del trabajo. El estado de California tiene fuertes protecciones para las trabajadoras embarazadas y pospartos, pero el sistema legal es muy complejo y difícil de comprender incluso para los profesionales experimentados en la ley o el cuidado materno.

**Una forma útil de pensar en el permiso de ausencia relacionado con el embarazo es pensar en los derechos de ausencia como existentes en dos categorías separadas:**



## Tiempo fuera del trabajo con derecho a volver al mismo puesto de trabajo

Las leyes que proporcionan tiempo fuera del trabajo (“permiso de ausencia”) con garantía de empleo generalmente no proporcionan pago, pero sí dan a los trabajadores el derecho de regresar a su mismo trabajo.

Por lo general, tiempo fuera del trabajo se solicita del empleador.



## El pago mientras una trabajadora no está trabajando durante y/o después del embarazo

Los programas que proporcionan “ausencia pagada” no dan a los trabajadores el derecho de regresar a su mismo trabajo (“garantía de empleo”), pero sí proporcionan algún pago cuando no están trabajando.

Generalmente, ausencia pagada se solicita con el Departamento de Desarrollo del Empleo de California (EDD).

Es importante considerar estas dos categorías (garantía de empleo o el pago) por separado porque **deben solicitarse por separado**. Es posible tener derecho a uno, pero no el otro. Recibir tiempo fuera del trabajo con garantía de empleo no significa que el empleado podrá recibir pago del Departamento de Desarrollo del Empleo de California (“Employment Development Department” en inglés). Recibir pago del Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD) no garantiza tiempo fuera del trabajo con garantía de empleo. Es importante pensar en estas dos categorías por separado al averiguar los derechos laborales de un trabajador.

La primera sección de esta guía aclara este sistema confuso al responder preguntas comunes sobre cómo los trabajadores pueden tomar tiempo fuera del trabajo durante y después del embarazo, y también cómo pueden recibir pago mientras no están trabajando.

# A. Tiempo fuera del trabajo durante el embarazo



**Los trabajadores en California tienen derecho a tomar tiempo fuera del trabajo durante el embarazo por varias razones diferentes. Este tiempo normalmente se puede tomar con “garantía de empleo,” lo que significa que el empleador debe regresar al empleado a su mismo puesto cuando regrese de su permiso de ausencia. Además, durante un cierto periodo de tiempo, el empleador debe continuar proporcionando los beneficios de seguro médico que normalmente proporciona.**

A continuación, hay una breve explicación de los diferentes tipos de permiso de ausencia con garantía de empleo: días de enfermedad, ausencia debido a una pérdida o fin del embarazo, Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo (PDL), y tiempo fuera del trabajo como un cambio razonable bajo la Ley de Equidad para Trabajadoras Embarazadas (PWFA) y la Ley de Vivienda y Empleo Justo de California (FEHA).

## ¿Preguntas?

Para obtener información detallada, comuníquese con la línea de ayuda gratuita de WorkLife Law. Llene nuestro formulario en línea en **[www.pregnantatwork.org/apoyo](http://www.pregnantatwork.org/apoyo)**.

También puede enviar un correo electrónico a **[helpline@worklifelaw.org](mailto:helpline@worklifelaw.org)** o llamar al **415-703-8276**. *Cuando deje un mensaje de voz, incluya su nombre y su número de teléfono.*

## ¿Puede una trabajadora usar sus días de enfermedad pagados durante el embarazo?

Durante el embarazo, las trabajadoras pueden usar los días de enfermedad para citas médicas o si no se sienten bien. La mayoría de los trabajadores en California tienen derecho a tomar **5 días de enfermedad** pagados por año. El talón de pago del trabajador debe indicar cuánto tiempo pagado por enfermedad está disponible.

Para usar días de enfermedad pagados, los trabajadores deben usar el proceso normal del empleador para solicitar tiempo libre. Por ejemplo, la trabajadora puede hablar con su supervisor o llamar a la oficina principal.

**Los empleadores no pueden solicitar una nota médica** de un trabajador que necesita usar sus días de enfermedad pagados.

## ¿Si una trabajadora ha usado todos sus días de enfermedad, como puede tomar más tiempo fuera del trabajo durante el embarazo?

La **Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo** (“Pregnancy Disability Leave Law” en inglés) requiere que los empleadores con **5 o más empleados** proporcionen **hasta 4 meses** (17 ½ semanas) de tiempo fuera del trabajo sin pago cuando un empleado esta “incapacitado” por embarazo, parto, o afecciones relacionadas. Esto significa que, en opinión de su proveedor de cuidado médico, no pueden realizar su trabajo habitual o hacerlo sin un riesgo indebido para su salud o su embarazo.

El trabajo del empleado esta “garantizado” durante este permiso de ausencia, lo que significa que el empleador debe regresar al empleado a su mismo puesto de trabajo con el mismo pago cuando regrese de su ausencia. Si el empleado recibe seguro médico de su empleador, el empleador debe de continuar la cobertura durante la ausencia. Para acceder a la Licencia por Discapacidad por Embarazo, la trabajadora debe pedirle a su médico, partera u otro proveedor de cuidado médico que le escriban una carta diciendo que ella necesita ausentarse del trabajo. Consulte la página 8 para acceder a nuestras pautas sobre notas de trabajo y notas modelo para proveedores de cuidado médico.



## La Licencia por Discapacidad por Embarazo se puede utilizar por muchas razones:

- Citas por embarazo o parto
- Evitar trabajos físicamente exigentes o peligrosos durante el embarazo (como trabajos que requieran levantar objetos pesados, agacharse con frecuencia o que puedan causar resbalones o caídas)
- Náuseas y náuseas matutinas intensas
- Horario de trabajo reducido
- Reposo en cama
- Pérdida o finalización del embarazo
- Parto y recuperación
- Otras afecciones relacionadas con el embarazo (por ejemplo, náuseas matutinas, dolor de espalda, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, depresión posparto)



## ¿En qué momento en el embarazo puede alguien tomar permiso de ausencia bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo?

Típicamente, las personas toman permiso de ausencia bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo 4 semanas antes de la fecha calculada del parto. Sin embargo, el permiso de ausencia **se puede tomar en cualquier momento del embarazo**. Por ejemplo, un proveedor de cuidado médico puede mandar que un trabajador agrícola tome el permiso de ausencia durante el primer trimestre para evitar la exposición a pesticidas dañinos.

Si la trabajadora necesita más de 4 meses de tiempo fuera del trabajo, puede solicitar tiempo adicional como cambio razonable según la Ley de Equidad para Trabajadoras Embarazadas (PWFA) y la Ley de Vivienda y Empleo Justo de California (FEHA). Si una trabajadora ha agotado su Licencia por Discapacidad por Embarazo y necesita más tiempo fuera del trabajo, pídale que se comunique con una línea de ayuda legal gratuita para obtener orientación.

El Departamento de Derechos Civiles de California ofrece una guía interactiva gratuita sobre el permiso de ausencia con garantía de empleo

¡Escanea el código QR para acceder!



## ¿Como se solicita la Licencia por Discapacidad por Embarazo?

Los trabajadores interesados en ausentarse del trabajo durante el embarazo deben hablar con su médico, partera, u otro proveedor de cuidado médico. El empleado puede solicitar un permiso de ausencia dando a su empleador una nota medica recomendado que el empleado se ausente del trabajo. Los trabajadores pueden proporcionar la nota directamente a la oficina principal de sus empleadores, si es posible. Se recomienda que los trabajadores guarden una copia (o foto) de la nota en caso de que el empleador diga que no la recibieron.



### CONSEJO IMPORTANTE

Mientras están tomando la Licencia por Discapacidad por Embarazo, los trabajadores pueden solicitar el Seguro de Incapacidad de California (SDI) para recibir un reemplazo parcial de ingresos (ausencia pagada).

Consulte la Sección 1B para obtener más información.

## ¿Hay otro tipo de permiso de ausencia disponible si una trabajadora agota su ausencia disponible bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo?

Si una trabajadora ha utilizado los 4 meses de su Licencia por Discapacidad por Embarazo y su proveedor de cuidado médico considera necesario continuar con su tiempo fuera del trabajo, puede solicitar **tiempo adicional como cambio razonable** por embarazo según la **Ley de Equidad para las Trabajadoras Embarazadas (PWFA)** y la **Ley de Vivienda y Empleo Justo de California (FEHA)**.

La Ley de Equidad para las Trabajadoras Embarazadas se aplica en todo el país a los empleadores con **15 o más empleados**. La Ley de Vivienda y Empleo Justo de California (FEHA) se aplica a los empleadores con **5 o más empleados**.

Los empleadores no están obligados a proporcionar cambios, incluido el tiempo fuera del trabajo, que les ocasionen dificultades excesivas (dificultades o gastos significativos). Sin embargo, existen requisitos estrictos para que algo se considere una dificultad excesiva, y los empleadores deben conversar con la trabajadora para encontrar un cambio que se ajuste a sus necesidades.

Si una trabajadora ha utilizado toda su Licencia por Discapacidad por Embarazo y necesita más tiempo fuera del trabajo, se recomienda que le hable a una línea de ayuda legal gratuita para obtener orientación.

Los proveedores de cuidado médico pueden encontrar pautas para las notas de trabajo en [Pregnant@Work.org](mailto:Pregnant@Work.org).



¡Escanea el código QR para acceder!

## ¿Qué pasa si alguien tiene un aborto espontáneo, muerte fetal o pérdida del embarazo?

Alguien en esta situación tiene derecho a ausentarse del trabajo según lo recomendado por su proveedor de cuidado médico bajo las mismas leyes discutidas anteriormente.

También **empleadores con 5 o más empleados** están obligados a proporcionar **5 días de licencia** sin pago después de una “pérdida reproductiva.”

Una “pérdida reproductiva” incluye:

- un aborto espontáneo,
- una subrogación fallida,
- una adopción fallida,
- una muerte fetal o
- una reproducción asistida fallida

Para calificar, un trabajador debe haber trabajado para su empleador durante **al menos 30 días**.

Esta licencia se puede tomar **dentro de los 3 meses siguientes a la pérdida reproductiva**, con **hasta 20 días disponibles por año si un trabajador sufre múltiples pérdidas**. Esta “licencia por pérdida reproductiva” puede ser utilizada por ambos padres expectantes.



**Los empleadores no pueden solicitar una nota médica de un trabajador que necesita usar su licencia por pérdida reproductiva.**

**Los empleadores deben mantener confidencial cualquier información que proporcione un empleado al ejercer su derecho a la licencia por pérdida reproductiva.**

### ¿Preguntas?

Para obtener información detallada, comuníquese con la línea de ayuda gratuita de WorkLife Law. Llene nuestro formulario en línea en **[www.pregnantatwork.org/apoyo](http://www.pregnantatwork.org/apoyo)**.

También puede enviar un correo electrónico a **[helpline@worklifelaw.org](mailto:helpline@worklifelaw.org)** o llamar al **415-703-8276**. *Cuando deje un mensaje de voz, incluya su nombre y su número de teléfono.*



## B. Pago cuando esta fuera del trabajo durante el embarazo



Las trabajadoras pueden acceder pago cuando no están trabajando debido al embarazo, incluso si no tienen derecho a regresar su trabajo.

El programa de Seguro de Incapacidad (SDI) de California proporciona a los trabajadores hasta el 90%\* de su salario semanal, dependiendo de sus ingresos, por un máximo de 52 semanas mientras no estén trabajando (o mientras estén trabajando menos horas) debido a una “incapacidad”, incluso cuando no pueden trabajar debido al embarazo.

El programa de SDI, administrado por el Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD), está completamente financiado por los trabajadores. La mayoría de los trabajadores en California pagan por este programa por medio de deducciones automáticas de sus cheques.

Los trabajadores indocumentados pueden aplicar al programa de SDI.

**\*En 2026, los trabajadores que ganen aproximadamente \$65,119.60 o menos al año podrán recibir el 90% de su salario semanal. Los trabajadores con ingresos más altos podrán recibir el 70% de su salario (hasta un máximo semanal de \$1,765 en 2026).**

## Para recibir los beneficios del Seguro de Incapacidad de California, una persona embarazada debe:

- ☑ No estar trabajando (o estar trabajando menos horas) durante al menos 8 días debido a una “incapacidad” (ver definición a continuación), y
- ☑ Estar bajo el cuidado de un médico que pueda completar el papeleo diciendo que no se recomienda que la persona embarazada haga su trabajo regular, y
- ☑ Haber ganado al menos \$300 durante los 18 meses antes que comience su ausencia, y
- ☑ Haber tenido deducciones del Seguro de Incapacidad de California tomadas de sus ganancias. El talón de pago puede decir algo como “Disability” o “CASDI” (vea un ejemplo de talón de pago a continuación).

### California Labor Commissioner's Office

#### Pay stub (hourly)

|                                                                       |                            |                                 |                   |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------|
| <b>SMITH AND COMPANY, INC.</b><br>123 West Street Smalltown, CA 98765 |                            |                                 |                   |
| <b>EMPLOYEE</b>                                                       | <b>SOCIAL SECURITY NO.</b> | <b>PAY RATE</b>                 | <b>PAY PERIOD</b> |
| Johnson, Bob                                                          | XXX-XX-6789                | 18.00 regular<br>27.00 overtime | 1/7/XX to 1/13/XX |
| <b>EARNINGS</b>                                                       | <b>HOURS</b>               | <b>AMOUNT</b>                   | <b>DEDUCTIONS</b> |
| Regular                                                               | 40.00                      | 720.00                          | Federal W/H       |
| Overtime                                                              | 2.00                       | 54.00                           | FICA              |
| <b>GROSS EARNINGS:</b>                                                |                            | 774.00                          | Medicare          |
| <b>TOTAL DEDUCTED:</b>                                                |                            | 213.29                          | CA State W/H      |
| <b>NET EARNINGS:</b>                                                  |                            | 560.71                          | CA State DI       |
|                                                                       |                            |                                 | 401k              |
| <b>SICK LEAVE:</b>                                                    |                            |                                 |                   |
| 24.00 HOURS AVAILABLE                                                 |                            |                                 |                   |

Example itemized wage statement (pay stub) for a worker paid hourly.  
 As required by Labor Code section 226(a).

## ¿Cuándo se considera una trabajadora “incapacitada” para el Seguro de Incapacidad?

Una trabajadora se considera “incapacitada” y elegible para el Seguro de Incapacidad si el médico de la trabajadora recomienda que no haga su trabajo normal.

Este es un estándar bajo, y los médicos deben hablar con sus pacientes sobre sus deberes laborales para determinar si se recomienda tiempo fuera del trabajo. Una persona que no debe hacer su trabajo normal se considera “incapacitada” para el Seguro de Incapacidad, incluso si fuera posible que hiciera algún otro tipo de trabajo.

Un trabajador también puede ser considerado "incapacitado" para el Seguro Estatal de Incapacidad si sus tareas laborales habituales ponen en riesgo su salud o la del bebé. Según el Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD), un proveedor de cuidado médico puede poner a una trabajadora en licencia para evitar que levante objetos pesados, esté de pie continuamente, se exponga regularmente a sustancias químicas u otros riesgos.

## Cuándo puede un proveedor de cuidado médico verificar la solicitud del Seguro de Incapacidad Estatal de una paciente embarazada?

Muchos médicos desconocen cuándo se les permite certificar a las trabajadoras agrícolas embarazadas como incapacitadas para el Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Aunque lo habitual es que una trabajadora comience su licencia por embarazo 4 semanas antes de la fecha prevista del parto, los proveedores de cuidado médico no necesitan esperar hasta este punto del embarazo para recomendar la licencia o verificar una solicitud de SDI.

**Los proveedores de cuidado médico pueden dar de baja a sus pacientes y verificar su solicitud para el Seguro de Incapacidad completando el “Certificado de Medico/Practicante” del EDD *en cualquier momento del embarazo*.**

Los profesionales de la salud que tengan preguntas sobre el SDI pueden comunicarse con la línea de ayuda legal gratuita de WorkLife Law. Para recibir apoyo, complete nuestro formulario en línea en **[www.pregnantatwork.org/apoyo](http://www.pregnantatwork.org/apoyo)**.

Escanee el código QR para acceder a la **Página de Preguntas Frecuentes del EDD** para proveedores de cuidado médico.



## ¿Cuánto tiempo puede un trabajador recibir el Seguro de Incapacidad?

El programa estatal de Seguro de Incapacidad proporciona beneficios por hasta 52 semanas, siempre y cuando el médico continúe recomendando el tiempo fuera del trabajo y hay fondos disponibles para el trabajador.

## ¿Cómo pueden los trabajadores solicitar el Seguro de Incapacidad?

Los trabajadores pueden solicitar el Seguro de Incapacidad de California con el EDD en línea o por correo con una solicitud en papel. Es más rápido aplicar en línea, pero se recomienda que los trabajadores indocumentados presenten su solicitud por correo, lo que no requiere proporcionar un número de seguro social.

El programa estatal de Seguro de Incapacidad tiene un período de espera de 7 días, lo que significa que los trabajadores no recibirán ningún beneficio durante los primeros 7 días de su permiso de ausencia.

Debido a que el proceso de solicitud puede ser complicado, es importante presentar la solicitud lo antes posible. Las solicitudes de Seguro de Incapacidad deben presentarse antes de 49 días después de que comience el tiempo fuera del trabajo.

**Consulte la Sección 5 para obtener una guía detallada sobre cómo solicitar el SDI por embarazo.**

## ¿Cómo pueden los trabajadores indocumentados solicitar el Seguro de Incapacidad?

Los trabajadores indocumentados tienen las mismas deducciones del cheque de pago para Seguro de Incapacidad y son elegibles para los mismos beneficios del Seguro de Incapacidad que otros trabajadores. Sin embargo, los trabajadores indocumentados deben presentar su solicitud por correo (no en línea) porque la solicitud en papel no requiere el uso de un número de seguro social.

Los beneficios del SDI actualmente no se consideran beneficios de “carga pública.”

**Escanee el código QR  
para acceder a la página de  
Beneficios y Recursos del EDD  
para trabajadores indocumentados!**



## ¿Puede un empleador negar un reclamo de Seguro de Incapacidad?

No, no depende del empleador. El Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD) dirige el programa estatal de Seguro de Incapacidad. Recibe las reclamaciones, decide quien es elegible y paga los beneficios.

Es importante recordar que los beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad son una forma de reemplazo de ingresos. El Seguro Estatal de Incapacidad no ofrece protección laboral.

## C. Tiempo fuera del trabajo después del parto



La mayoría de los trabajadores en California tienen derecho a ausentarse del trabajo y recibir beneficios de ausencia pagada después del parto mientras se recuperan físicamente y/o vinculan con su nuevo bebé.

Si su tiempo fuera del trabajo viene con garantía de empleo (tiempo fuera del trabajo con el derecho de regresar al mismo trabajo con el mismo pago) depende de cuánto tiempo de ausencia usó la trabajadora durante el embarazo.

---

### ¿Qué opciones tiene una trabajadora para ausentarse del trabajo para recuperarse físicamente después del parto?

El tipo de permiso de ausencia con garantía de empleo que puede tomar una trabajadora y cuanto estará disponible depende del tiempo fuera del trabajo que la trabajadora usó durante el embarazo. La misma Licencia por Discapacidad por Embarazo (PDL) que está disponible durante el embarazo (Sección 1a anterior) también está disponible para recuperarse físicamente del parto, pero cualquier tiempo que se tome durante el embarazo reducirá la cantidad disponible después del nacimiento.

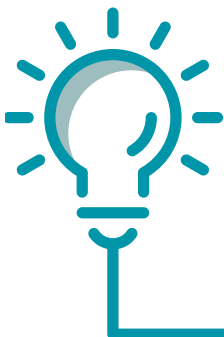
Los **empleadores con 5 o más empleados** están obligados a proporcionar **hasta 4 meses** de la **Licencia por Discapacidad por Embarazo** cuando una empleada esta “incapacitada” por el embarazo, el parto, o afecciones relacionadas, lo que incluye el tiempo en que una empleada se está recuperando físicamente del parto. Después de que termine la ausencia, el empleador debe regresar a la empleada a su mismo trabajo con el mismo pago. El empleador debe continuar proporcionando los beneficios de seguro médico normales durante todo el tiempo fuera del trabajo.

## ¿Cuánto tiempo bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo está disponible después del parto?

Si la trabajadora no utilizó los 4 meses completos de permiso de ausencia bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo durante el embarazo, podrá usarlos para recuperarse del parto. Típicamente, los médicos en California dicen que una paciente necesita 6 semanas fuera del trabajo para recuperarse físicamente de un parto vaginal y 8 semanas para recuperarse físicamente de una cesárea. Las personas que tienen complicaciones médicas o depresión de posparto pueden necesitar más tiempo.

## ¿Cómo se solicita el permiso de ausencia bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo?

El empleado puede solicitar el permiso de ausencia dando a su empleador una nota médica recomendando que el empleado tenga tiempo fuera del trabajo después del parto. Los trabajadores pueden proporcionar la nota directamente a la oficina principal de sus empleadores, si es posible. Se recomienda que los trabajadores guarden una copia (o foto) de la nota en caso de que el empleador diga que no la recibieron.



### CONSEJO IMPORTANTE

Mientras estén tomando permiso de ausencia bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo, los trabajadores pueden solicitar el Seguro de Incapacidad para recibir un reemplazo parcial de ingresos (ausencia pagada).

Consulte la Sección 1b para obtener más información

## ¿Qué pasa si una empleada necesita tiempo adicional para recuperarse del parto?

Si una trabajadora ha utilizado los 4 meses de su Licencia por Discapacidad por Embarazo y su proveedor de cuidado médico considera necesario continuar con su tiempo fuera del trabajo, puede solicitar tiempo adicional como cambio razonable por embarazo según la **Ley de Equidad para las Trabajadoras Embarazadas (PWFA)** y la **Ley de Vivienda y Empleo Justo de California (FEHA)**.

Sin embargo, es posible que este tiempo adicional no esté disponible. Empleadores no están obligados a proporcionar cambios, incluido el tiempo fuera del trabajo, que les ocasionen dificultades excesivas (dificultades o gastos significativos). Sin embargo, existen requisitos estrictos para que algo se considere una dificultad excesiva, y los empleadores deben conversar con la trabajadora para encontrar un cambio que se ajuste a sus necesidades.

Si una trabajadora ha utilizado toda su Licencia por Discapacidad por Embarazo y necesita más tiempo fuera del trabajo, se recomienda que le hable a una línea de ayuda legal gratuita para obtener orientación. Si un trabajador ha agotado su tiempo fuera del trabajo con protección laboral y no recibe tiempo adicional como cambio razonable, debe considerar si es importante para ella regresar a su mismo trabajo. Si una trabajadora no regresa al finalizar su tiempo fuera del trabajo con protección laboral, su empleador podría despedirla.

Para obtener apoyo individualizado, comuníquese con la línea de ayuda legal gratuita de WorkLife Law. Llene nuestro formulario en línea en [www.pregnantatwork.org/apoyo](http://www.pregnantatwork.org/apoyo).

# Tiempo Fuera del Trabajo para Vincularse con un Nuevo Bebé

## ¿Qué opciones tiene una trabajadora si quiere tomar tiempo fuera del trabajo para vincularse con su nuevo bebé?

Por lo general, los trabajadores utilizarán la **Ley de Ausencia Familiar y Médica de California** para vincularse con su nuevo bebé. La Ley de Ausencia Familiar y Médica de California (“California Family Rights Act” en inglés o “CFRA”) requiere que los **empleadores con 5 o más empleados** proporcionen **12 semanas** por año de permiso de ausencia sin pago, con el derecho de regresar al mismo trabajo y beneficios de seguro médico continuos, si:

- ☒ el empleado ha trabajado por ese empleador durante un total de **12+ meses** en cualquier momento en el pasado, y
- ☒ el empleado ha trabajado **al menos 1,250 horas** durante el periodo de 12 meses antes de que comience el permiso de ausencia, y
- ☒ el empleado tuvo un nuevo hijo (a través del nacimiento, la adopción o la colocación de crianza) en el último año, y
- ☒ el empleado aún no ha tomado sus 12 semanas anuales de “licencia CFRA” durante el embarazo o por otra razón.

## ¿Puede un cónyuge/pareja también tomar tiempo fuera del trabajo con garantía de empleo para vincularse con el nuevo bebé?

Los padres no gestantes de cualquier género, incluso los padres, también pueden solicitar permiso de ausencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica de California (“licencia CFRA”) de sus empleadores para vincularse con su nuevo hijo en el primer año después del nacimiento o adopción del niño.



## ¿Cuándo puede un trabajador tomar su tiempo fuera del trabajo para vincularse con su nuevo hijo?

Normalmente, el padre que dio a luz comenzará su tiempo fuera del trabajo por vínculo afectivo tras recuperarse del parto. Los padres que no dieron a luz, de cualquier genero, pueden comenzar su tiempo fuera del trabajo por vínculo afectivo tras el nacimiento o llegada del niño.

No es necesario tomar toda el tiempo por vínculo disponible de una sola vez. Se puede tomar en periodos más cortos (también llamada "licencia intermitente"). Sin embargo, los empleadores pueden limitar esta licencia intermitente a periodos de dos semanas (tras aprobar al menos dos solicitudes de licencia intermitente de duración inferior a dos semanas).

El tiempo fuera del trabajo por vínculo solo está disponible durante el primer año de vida del nuevo hijo.



## ¿Qué pasa si un trabajador no tiene ninguna, o suficiente, permiso de ausencia con garantía de empleo para vincularse?

Si una trabajador no cumple con los requisitos de elegibilidad para la Ley de Ausencia Familiar y Médica de California o ya ha agotado sus 12 semanas completas, puede pedirle a su empleador permiso para tomar tiempo adicional fuera del trabajo, pero *no tendrá* derecho a volver al mismo trabajo o a continuar con los beneficios del seguro médico.



### CONSEJO IMPORTANTE

Incluso si una trabajadora no tiene derecho a regresar a su mismo trabajo, aun puede ser elegible para el reemplazo parcial de ingresos (ausencia pagada) mientras se toma tiempo fuera del trabajo para vincularse con su bebé.

Consulte a la Sección 1D para más información sobre los beneficios de ausencia pagada durante la vinculación.

## ¿Como funcionan juntas la Licencia por Discapacidad por Embarazo y la Ley de Ausencia Familiar y Médica de California?

Ambas formas de permiso de ausencia están disponibles en momentos separados.

La **Licencia por Discapacidad por Embarazo** (PDL) se utiliza para el embarazo y la recuperación del parto. Si una trabajadora no utilizó los 4 meses completos (17 1/3 semanas) durante el embarazo, normalmente dispondrá de 6 semanas para la recuperación de un parto vaginal u 8 semanas para la recuperación de una cesárea.

La **Licencia Familiar y Médica** (o “Licencia CFRA”) puede utilizarse para atender una afección grave de la propia trabajadora, para cuidar a un familiar con una afección grave o para fortalecer el vínculo con un recién nacido. La Licencia Familiar y Médica para fortalecer el vínculo está disponible para padres de todos los géneros.

Los trabajadores que usan todo su tiempo de permiso de ausencia con garantía de empleo disponible generalmente usaran 4 meses (17 1/3 semanas) de Licencia por Discapacidad por Embarazo (PDL) primero y luego usaran sus 12 semanas de permiso de ausencia bajo la Ley de Derechos de la Familia en California (CFRA) (si son elegibles), para un total de 29 1/3 semanas de permiso de ausencia con garantía de empleo.

Durante todo el período en que un trabajador utiliza tiempo fuera del trabajo con protección laboral, el empleador debe continuar proporcionando los beneficios de seguro médico que normalmente proporciona y debe regresar al empleado a su mismo trabajo con el mismo pago cuando regrese al trabajo.

### *Camino al tiempo fuera del trabajo durante el embarazo*



PDL por 4 meses (17 1/3 semanas)

CFRA por 12 semanas

29 1/3  
semanas

# D. Pago cuando esta fuera del trabajo después del parto

## ¿Cómo puede una trabajadora recibir pago mientras está fuera del trabajo para recuperarse físicamente del parto?

El programa estatal de Seguro de Incapacidad proporciona a los trabajadores hasta el **90% de su salario semanal\*** mientras no están trabajando debido a una "discapacidad," incluso para la recuperación del parto. Una trabajadora se considera "incapacitada" y elegible para el Seguro de Incapacidad si el médico de la trabajadora recomienda que no haga su trabajo normal.

Este es el mismo beneficio descrito en la Sección 1B, anterior, que los trabajadores pueden recibir cuando no pueden hacer su trabajo normal debido al embarazo. Las trabajadoras que recibieron el Seguro de Incapacidad durante el embarazo pueden continuar recibiendo beneficios después del nacimiento. Por lo general, las trabajadoras reciben el Seguro de Incapacidad por 6 semanas después de un parto vaginal y 8 semanas después de una cesárea, pero un médico puede verificar la elegibilidad de la trabajadora para el Seguro de Incapacidad por más semanas si la trabajadora necesita más tiempo para recuperarse o tiene una condición como la depresión de posparto que le impide trabajar.

**\*En 2026, los trabajadores que ganen aproximadamente \$65,119.60 o menos al año podrán recibir el 90% de su salario semanal.**

**Los trabajadores con ingresos más altos podrán recibir el 70% de su salario semanal (hasta un máximo semanal de \$1,765 en 2026).**

*Consulte la Sección 5  
para obtener más información  
sobre cómo solicitar el Seguro de  
Incapacidad durante el embarazo  
y la recuperación del parto.*



## ¿Cómo puede una trabajadora recibir pago mientras está fuera del trabajo para vincularse con su nuevo bebé?

Las trabajadoras pueden solicitar el **Permiso Familiar Pagado** (“Paid Family Leave” en inglés o “PFL”) mientras toman tiempo fuera del trabajo para vincularse con su nuevo bebé. El programa de Permiso Familiar Pagado de California es un programa financiado por los trabajadores y que proporciona a los trabajadores **hasta el 90% de sus salarios semanales\* durante 8 semanas** mientras están vinculando durante el primer año de vida del bebé.

La mayoría de los trabajadores en California pagan este programa a través de deducciones automáticas de su sueldo. Los trabajadores indocumentados son elegibles para aplicar. Los padres no gestantes de todos los géneros, incluso los padres, son elegibles para estos beneficios cuando toman tiempo fuera del trabajo para vincularse con un nuevo hijo (a través del nacimiento, la adopción o la colocación de crianza).

Para recibir el Permiso Familiar Pagado para la vinculación con un bebé, una persona debe:

- ☒ Haber recibido a la familia su nuevo hijo en los últimos 12 meses, y
- ☒ Haber perdido sueldo (por ejemplo, estar trabajando menos horas o estar tomando tiempo fuera del trabajo), y
- ☒ Haber contribuido al programa a través de deducciones de nómina. El talón de pago puede decir algo como “Disability” o “CASDI”. Vea un ejemplo de talón de cheque en la página 11.

**\*En 2026, los trabajadores que ganan aproximadamente \$65,119.60 o menos al año podrían recibir el 90% de su salario semanal.**

**Los trabajadores con ingresos más altos podrían recibir el 70% de su salario semanal (hasta un máximo semanal de \$1,765 en 2026).**

**Por lo general, si una persona recibió el Seguro Estatal de Incapacidad por embarazo y recuperación del parto, recibirá el mismo monto de beneficio semanal por su solicitud de Permiso Familiar Pagado.**

## ¿Cuándo puede una persona recibir el Permiso Familiar Pagado?

Después de que una persona se haya recuperado del parto (generalmente 6 semanas después del parto vaginal, 8 semanas después de la cesárea), puede comenzar a recibir el Permiso Familiar Pagado para vincularse con su bebé.

Los padres no gestantes de cualquier género, **incluso los padres**, pueden solicitar el Permiso Familiar Pagado en cualquier momento cuando no estén trabajando para cuidar a su nuevo hijo en el primer año después del nacimiento o adopción del niño.

## ¿Puede mi empleador exigirme que use el tiempo de vacaciones acumulado antes de acceder al Permiso Familiar Pagado?

No. Los empleadores no pueden exigir que los empleados utilicen su tiempo de vacaciones antes de acceder al Permiso Familiar Pagado.

## ¿Cómo se puede solicitar el Permiso Familiar Pagado?

Si el padre gestante recibió el Seguro de Incapacidad durante el embarazo y/o durante la recuperación del parto, el EDD enviará automáticamente la solicitud de Permiso Familiar Pagado con el último pago del Seguro de Incapacidad. Si un trabajador no recibió el Seguro de Incapacidad, aún puede solicitar Permiso Familiar Pagado con el EDD en línea o por correo con una solicitud en papel.



Los trabajadores no pueden solicitar Permiso Familiar Pagado antes de tiempo - ya deben estar tomando tiempo fuera del trabajo cuando presenten su solicitud. Las solicitudes de Permiso Familiar Pagado deben presentarse dentro de los 41 días posteriores a la fecha en que comienza el tiempo fuera del trabajo para vinculación con el bebé.

**Consulte la sección 5 para obtener más información sobre cómo solicitar el Permiso Familiar Pagado para vincularse con un nuevo bebé.**

## ¿Cómo pueden los trabajadores indocumentados solicitar el Permiso Familiar Pagado?

Los trabajadores indocumentados tienen las mismas deducciones del cheque de pago para el Seguro de Incapacidad y son elegibles para los mismos beneficios del Seguro de Incapacidad y Permiso Familiar Pagado que otros trabajadores. Sin embargo, los trabajadores indocumentados deben presentar su solicitud por correo (no en línea) porque la solicitud en papel no requiere el uso de un número de seguro social.

Actualmente, los beneficios del Permiso Familiar Pagado no se consideran “carga publica.”

**Escanee el código QR  
para acceder a la página de  
Beneficios y Recursos del EDD para  
trabajadores indocumentados!**



## ¿Puede un cónyuge/pareja también solicitar el Permiso Familiar Pagado?

Todos los padres pueden recibir este beneficio. Los padres no gestantes pueden solicitar el Permiso Familiar Pagado una vez que nace el niño y ha comenzado su tiempo fuera del trabajo para vinculación.

Recuerde, el programa de Permiso Familiar Pagado no proporciona garantía de empleo. Los padres no gestantes deben revisar su elegibilidad para el permiso de ausencia con garantía de empleo para vínculo bajo la Ley de Ausencia Familiar y Medica de California ("licencia CFRA") en la Sección 1C.



## ¿Una trabajadora tiene que reclamar las 8 semanas de beneficios de Permiso Familiar Pagado a la vez?

No. Los trabajadores pueden dividir sus beneficios en diferentes semanas. Sin embargo, el Permiso Familiar Pagado para vincularse con su bebé solo está disponible en el período de 12 meses después del nacimiento, adopción o colocación de crianza temporal del niño.

Si están preocupados por la garantía de empleo, los trabajadores deben revisar su elegibilidad para tiempo fuera del trabajo con garantía de empleo para vinculación con su bebé bajo La Ley de Derechos de la Familia en California (CFRA) y las políticas de su empleador para dividir el uso de su permiso de ausencia.

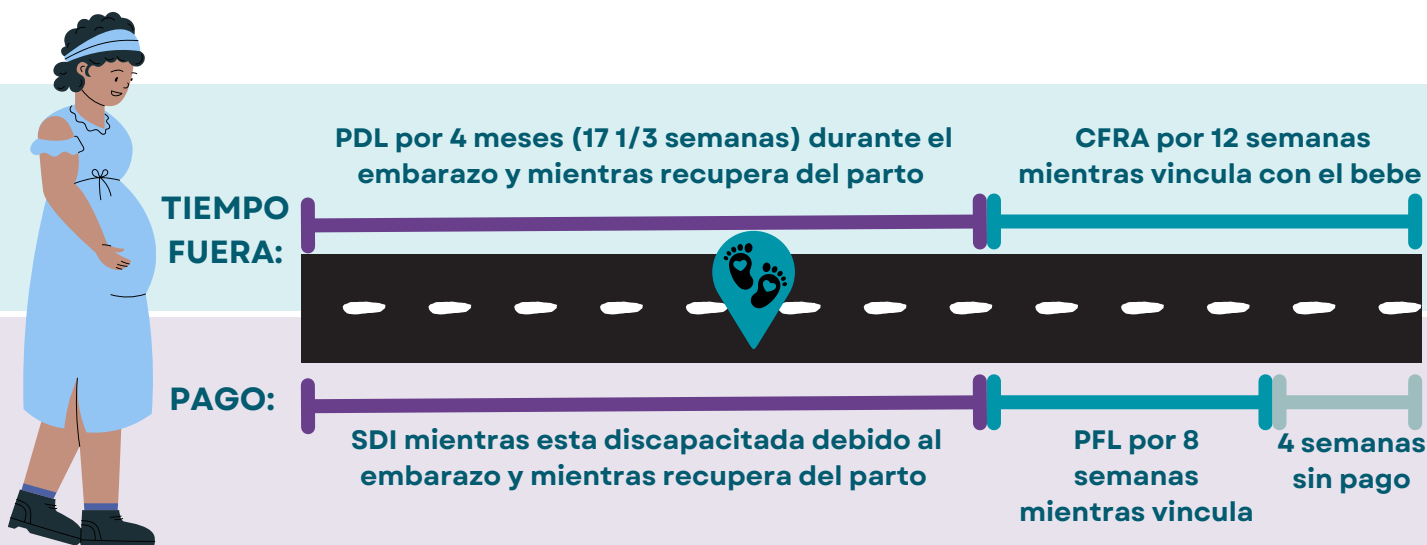
### ¿Preguntas?

Para obtener información detallada, comuníquese con la línea de ayuda gratuita de WorkLife Law. Llene nuestro formulario en línea en **[www.pregnantatwork.org/apoyo](http://www.pregnantatwork.org/apoyo)**.

También puede enviar un correo electrónico a **[helpline@worklifelaw.org](mailto:helpline@worklifelaw.org)** o llamar al **415-703-8276**. Cuando deje un mensaje de voz, incluya su nombre y su número de teléfono.



# La Licencia por Embarazo de Bernarda



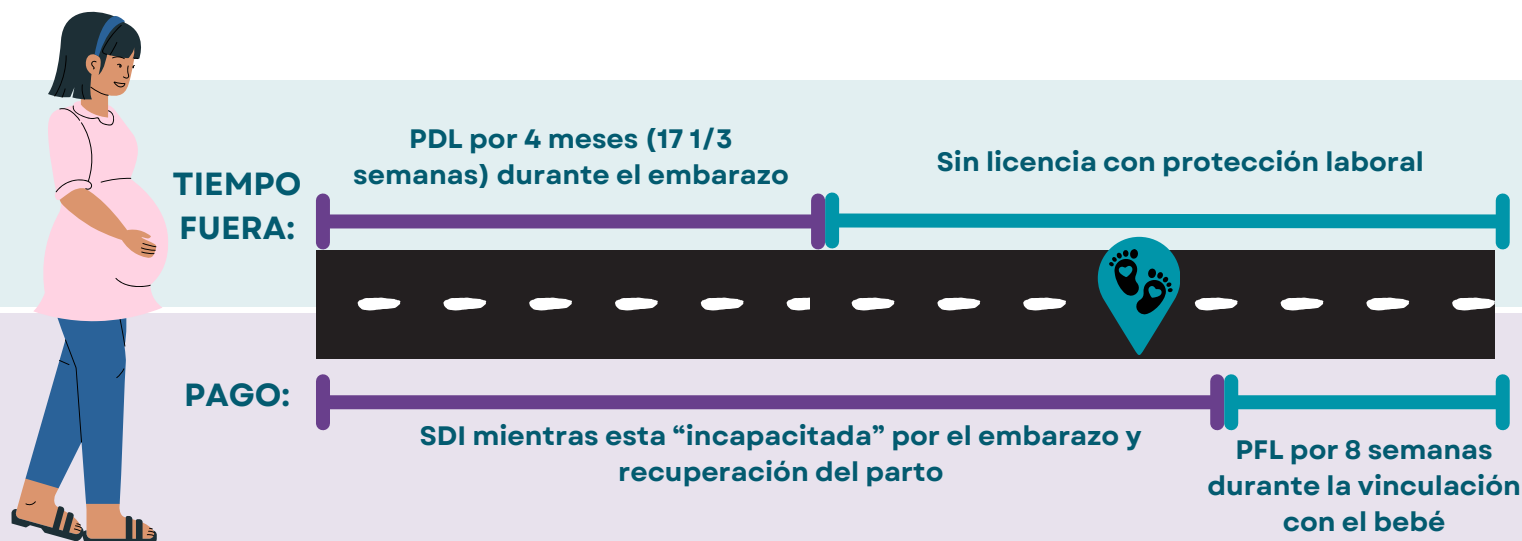
Bernarda trabajó como asistente de ortodoncia para un grupo dental grande. Trabajó unas 40 horas semanales durante los últimos 3 años. Desarrolló preeclampsia y dejó de trabajar unos 2 meses antes de la fecha prevista del parto.

Cuando Bernarda se toma una licencia, su trabajo está protegido por la ley de Licencia por Incapacidad por Embarazo (PDL). Esto significa que tiene derecho a regresar a su mismo trabajo después de la licencia. Mientras no esté trabajando debido a su embarazo, tiene derecho a recibir hasta el 90% de su salario a través del programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI).

Bernarda da a luz por cesárea y necesitará 8 semanas para recuperarse. Dado que solo ha usado unos 2 meses de PDL, aún le quedan unos 2 meses de PDL con protección laboral disponibles para recuperarse. Mientras se recupera del parto, continúa recibiendo SDI.

Después de 8 semanas, Bernarda se ha recuperado del parto. Ahora que se ha recuperado, comenzará su licencia para crear vínculos con su recién nacido. Dado que Bernarda tiene derecho a una licencia con protección laboral bajo la CFRA, se toma 12 semanas para vincularse con su bebé. Mientras está de baja laboral para vincularse con su bebé, tiene derecho a recibir hasta el 90 % de su salario durante 8 semanas a través del programa de Licencia Familiar Pagada (PFL). Las últimas 4 semanas de su licencia no son remuneradas.

# La Licencia por Embarazo de Ramona



Ramona es una trabajadora agrícola temporal. Trabajó cosechando fresas en una empresa grande cuatro meses antes de enterarse de que estaba embarazada. En su primera consulta prenatal, su médico le recomendó que dejara de trabajar para evitar la exposición prenatal a pesticidas.

Ramona deja de trabajar a las 9 semanas de embarazo. Aunque Ramona tiene derecho a una licencia con protección laboral bajo la Ley de Licencia por Discapacidad por Embarazo (PDL), ella decide que no va a regresar a este trabajo al finalizar su licencia de PDL. El resto de su licencia por embarazo no tendrá protección laboral.

Mientras que Ramona no está trabajando para evitar la exposición prenatal a pesticidas, es elegible para recibir el 90% de su salario a través del programa de Seguro de Incapacidad (SDI).

Ramona da a luz por parto vaginal y necesitará seis semanas para recuperarse. Mientras se recupera, continúa recibiendo SDI.

Después de 6 semanas, Ramona se ha recuperado del parto. Ahora que se ha recuperado, comenzará a vincularse con su bebé recién nacido. Ramona tiene derecho a recibir el 90% de su salario durante 8 semanas a través del programa de Permiso Familiar Pagado (PFL) mientras no trabaja para vincularse con su bebé.

# CAMBIOS EN EL TRABAJO (“CAMBIOS RAZONABLES”) PARA LA SEGURIDAD O CÓMODIDAD

**Los empleadores con 5 o más empleados deben proporcionar a los empleados “cambios razonables” (cambios en el trabajo) para el embarazo, el parto, la lactancia y las condiciones relacionadas.**

## ¿Qué es un cambio razonable?

Un cambio razonable es un **cambio en cómo, cuándo o dónde se realiza el trabajo de una trabajadora** que le permitirá hacer su trabajo de manera salva y cómoda.

Hay muchos tipos de cambios que una trabajadora puede solicitar.

Por ejemplo:

- poder sentarse o estar de pie en el trabajo
- límites para levantar objetos pesados u otras actividades físicas
- reducción de horas, modificación del horario laboral o licencia
- trabajo remoto
- Cambios en el uniforme de trabajo
- Descansos más frecuentes o más largos
- Suspensión temporal de una tarea laboral
- Traslado temporal a un puesto diferente
- Tiempo libre para asistir a sesiones de terapia
- Ajustes a las cuotas y métricas de productividad
- Y otras medidas necesarias debido al embarazo, parto, lactancia o una afección relacionada (incluidas las afecciones de salud mental)



## ¿Los empleadores deben proporcionar cambios razonables?

Los empleadores no están obligados a proporcionar cambios que les ocasionen dificultades excesivas (dificultades o gastos significativos). Sin embargo, existen requisitos estrictos para que algo se considere una dificultad excesiva, y los empleadores deben conversar con la trabajadora para encontrar un cambio que se ajuste a sus necesidades. Esto se llama “proceso interactivo”.

Tenga en cuenta que un empleador no puede obligar a un trabajador a tomar una licencia que no solicitó si existen cambios que se pueden realizar.

## ¿Cómo puede un trabajador solicitar cambios en el trabajo?

Las trabajadoras pueden solicitar cambios en el trabajo informando a su empleador que padecen una afección relacionada con el embarazo y necesitan cambios en el trabajo. Luego simplemente pueden indicar lo que necesitan. El empleador puede proporcionar los cambios o iniciar el "proceso interactivo": una conversación con la trabajadora para encontrar un cambio que se ajuste a sus necesidades.



## ¿Es necesaria una nota del médico?

Los trabajadores **no necesitan** presentar documentación médica (como una nota) para solicitar adaptaciones por embarazo, parto, lactancia o una condición médica relacionada.

Los empleadores **no pueden solicitar** documentación médica cuando:

- la trabajadora solicita sentarse, estar de pie, llevar o tener agua cerca para beber, o tomar más descansos para ir al baño, comer o beber.
- es obvio que la trabajadora necesita el cambio solicitado (por ejemplo, un uniforme más grande).
- la trabajadora solicita tiempo de descanso y espacio para la lactancia.
- a otros empleados se les permite la adaptación que solicita el trabajador sin proporcionar documentación médica.

Si bien no se necesita una nota para solicitar adaptaciones, algunos trabajadores pueden sentirse más cómodos solicitando adaptaciones por escrito y/o con una nota de su médico, partera u otro proveedor de atención médica.

## ¿Qué información puede solicitar un empleador?

Si un empleador solicita documentación médica y esa solicitud es razonable, **solo puede pedir**: (1) la limitación laboral; (2) una declaración de que la limitación o necesidad está relacionada con el embarazo, el parto o una condición médica relacionada; (3) la adaptación o el cambio que se necesita en el trabajo; y (4) el plazo previsto para la adaptación.

Los proveedores de cuidado médico pueden usar nuestra guía gratuita sobre cómo escribir notas de trabajo, incluyendo una nota de muestra.



Los trabajadores pueden ver nuestra guía práctica sobre cómo hablar sobre su embarazo con su empleador



# TIEMPO DE DESCANSO, ESPACIO, Y OTROS CAMBIOS RAZONABLES PARA LA LACTANCIA MATERNA



**Los trabajadores tienen derecho a descansos razonables y un espacio privado cerca de su área de trabajo, que no sea un baño, para extraerse la leche materna en el trabajo.**

## ¿Cuánto tiempo de descanso es “razonable”?

Los trabajadores pueden tomar el tiempo que necesiten para extraer leche, tan a menudo como lo necesiten. Sus necesidades variaran dependiendo de muchos factores, incluyendo el horario de alimentación de su bebe, la respuesta individual de su cuerpo al extractor de leche materna, y más.

Típicamente, una trabajadora necesitara extraerse leche 3 veces por 15-20 minutos durante un turno de 8 horas. Necesitarán tiempo adicional para llegar al espacio privado para la extracción de leche materna, configurar el extractor de leche, desconectar y limpiar el extractor de leche después de usarlo, guardar la leche materna, y regresar al área de trabajo.

## ¿El tiempo de descanso es pagado?

Los empleadores no están obligados a pagar a sus empleadas por el tiempo de descanso que exceda los descansos remunerados que exige la ley. Por lo tanto, el tiempo empleado para extraerse leche fuera del descanso regular no suele pagarse.

Sin embargo, si un empleador ofrece descansos remunerados a otras trabajadoras por otros motivos (como descansos para beber agua), es posible que también deba pagar a la trabajadora lactante por los descansos para extraerse leche.

**Consulta nuestra guía:  
Derechos de lactancia en el  
trabajo: ¿Los descansos para  
extraer leche son  
remunerados o no?**



## ¿Qué se requiere del espacio?

El espacio para la extracción de leche debe ser privado, limpio, seguro, libre de materiales peligrosos y cercano al área de trabajo. No puede ser un baño. Además, el espacio debe tener acceso a electricidad y un lugar donde la trabajadora pueda sentarse y colocar su extractor de leche. El empleador también debe proporcionar acceso a un fregadero con agua corriente limpia y a un refrigerador o hielera para almacenar la leche materna.

**Los espacios para extraer leche materna pueden ser creativos siempre y cuando cumplan con los requisitos de la ley.**



## ¿Qué pasa si una trabajadora necesita otros apoyos en el trabajo mientras amamanta?

Los empleadores también deben proporcionar a los trabajadores que están amamantando **cambios en cómo, cuándo o dónde hacen su trabajo**, llamados **“cambios razonables para la lactancia.”**

Por ejemplo, los trabajadores pueden pedir:

- Trabajar más cerca del espacio para la extracción de leche materna
- Acceso a más agua o tiempo para comer
- Cambios de uniforme (p. ej., un uniforme que no apriete el pecho)
- Cambio temporal de funciones o ubicación laboral
- Traslado temporal a un puesto diferente
- Permitir que traigan a su bebé al lugar de trabajo para amamantar
- Otras cosas que necesite por estar amamantando

## ¿Cómo se pueden solicitar cambios razonables para la lactancia?

Las trabajadoras pueden solicitar cambios para la lactancia, incluyendo descansos razonables y espacio privado, indicando a su empleador que necesitan "cambios razonables para la lactancia". No es necesario presentar un justificante médico para solicitar descansos razonables y espacio privado para la extracción de leche materna.

Para otros tipos de "cambios razonables para la lactancia", las trabajadoras pueden entregar a su empleador una nota de un proveedor de cuidado médico que recomiende los cambios solicitados (como cambios de uniforme o cambios temporales en las funciones laborales). Las trabajadoras deben hablar sobre su necesidad de cambios para la lactancia con su proveedor de cuidado médico.

Se recomienda que el empleado hable con su empleador sobre su necesidad de descansos razonables y espacio privado para la lactancia antes de regresar al trabajo, si es posible, para que puedan preparar un plan con antelación. Recuerde que si un empleador solicita una nota, solo puede pedir: (1) la limitación laboral; (2) una declaración de que la limitación o necesidad está relacionada con el embarazo, el parto o una condición médica relacionada; (3) la adaptación o el cambio que se necesita en el trabajo; y (4) el plazo previsto para la adaptación.

**Los proveedores de cuidado médico pueden consultar nuestras notas de trabajo para cambios razonables para la lactancia.**



**Los trabajadores pueden ver nuestra guía práctica sobre cómo discutir sus necesidades de lactancia materna con su empleador.**



# PROTECCIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, LAS REPRESALIAS, O EL ACOSO



Es **ilegal** que los empleadores traten mal a una trabajadora (como despedirla, castigarla o acosarla) porque la trabajadora está embarazada, ha estado embarazada, está amamantando, o porque solicitó o recibió cambios en el trabajo (incluyendo el tiempo de descanso y espacio para extraer leche) o tiempo fuera del trabajo.

Si a una trabajadora le preocupa que la estén tratando injustamente, debe tomar notas sobre lo que ha ocurrido (para su propio registro) y comunicarse con la línea de ayuda legal gratuita de WorkLife Law para conocer sus opciones.

## ¿Preguntas?

Para obtener información detallada, comuníquese con la línea de ayuda gratuita de WorkLife Law. Llene nuestro formulario en línea en **[www.pregnantatwork.org/apoyo](http://www.pregnantatwork.org/apoyo)**.

También puede enviar un correo electrónico a **[helpline@worklifelaw.org](mailto:helpline@worklifelaw.org)** o llamar al **415-703-8276**. Cuando deje un mensaje de voz, incluya su nombre y su número de teléfono.

# GUÍA PARA SOLICITAR EL SDI POR EMBARAZO Y EL PFL POR VINCULACIÓN



**El Seguro de Incapacidad (SDI) y el Permiso Familiar Pagado (PFL) son programas de reemplazo de ingresos administrados por el Departamento de Desarrollo del Empleo de California (EDD). Son completamente financiados por los trabajadores - a mayoría de los trabajadores en California contribuyen a estos programas por medio de deducciones a sus cheques.**

Esta guía cubrirá el proceso de solicitud para el SDI y el PFL. Para obtener un resumen de los programas, incluyendo los requisitos de elegibilidad, consulte las secciones 1B y 1D.

## **¿Las personas necesitan un número de Seguro Social para recibir SDI o PFL?**

No. No es necesario tener un Número de Seguro Social (SSN) para solicitar o recibir el SDI o el PFL. El SDI y el PFL son programas de seguro financiados por los trabajadores, diseñados para proteger a los trabajadores de California contra la pérdida de ingresos cuando no pueden trabajar debido a su propia incapacidad (incluyendo el embarazo y la recuperación del parto), necesitan tomarse un tiempo de ausencia para cuidar a un familiar gravemente enfermo o necesitan tiempo libre para vincularse con un nuevo bebé. Este sistema se financia completamente con las contribuciones de los empleados. Por lo tanto, los trabajadores que han contribuido al sistema, incluso aquellos que no tienen su propio número de seguro social, tienen derecho a beneficiarse del dinero que han aportado.



**SDI y el PFL no se consideran beneficios de "carga pública" y no afectarán el estatus migratorio del solicitante ni su camino hacia la ciudadanía. Escanee el código QR para acceder a la página de Beneficios y Recursos para Trabajadores Indocumentados del EDD.**

# El Seguro de Incapacidad (SDI) por Embarazo

## What information is needed in order to apply?

■ Para solicitar el SDI, es necesario proporcionar la siguiente información:

- Primer Nombre y Apellido
- Fecha de Nacimiento
- Dirección
- Número de teléfono
- Última fecha de trabajo (o fecha cuando comenzó a trabajar menos)
- Fecha de inicio de la incapacidad
- Nombre del empleador, número de teléfono y dirección del empleador (consulte el talón de cheque o el formulario W-2 para obtener esta información).
- Si aplica, información sobre cualquier pago que el trabajador reciba de su empleador mientras no trabaja o trabaja menos (como baja por enfermedad, vacaciones, etc.).

Adicionalmente, la solicitud en línea requerirá:

- Correo electrónico
- Licencia de conducir válida de California o tarjeta de identificación
- Número de Seguro Social (SSN)

Si un trabajador aplica sin su propio Número de Seguro Social, también será útil tener:

- Nombres y SSN que se usaron para ganar ingresos durante los últimos 18 meses
- Copias de los talones de cheque de los 18 meses antes del inicio de su incapacidad
- Copias de los formularios W-2 de los últimos 2 años
- Si ha solicitado beneficios con el EDD anteriormente, su Número de Cliente del EDD (ECN)

## ¿Los trabajadores deben presentar su solicitud en línea o por correo?

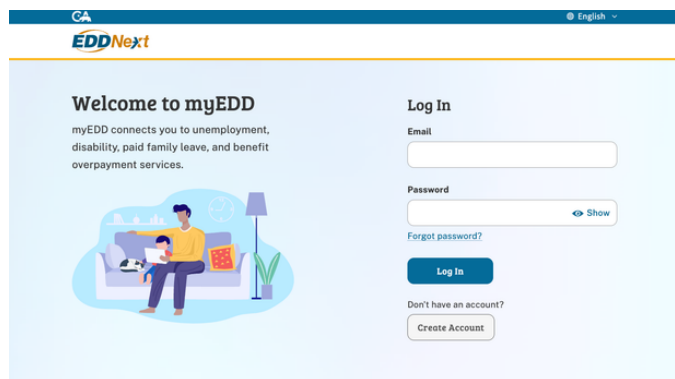
Los trabajadores pueden solicitar los beneficios del SDI en línea a través de [SDI Online](#) o por correo con un formulario impreso. Aunque la solicitud en línea puede ser más rápida, no es la mejor opción para todos los trabajadores.

Para completar la solicitud en línea, el trabajador deberá tener su propio Número de Seguro Social. Dado que la solicitud requiere que el trabajador firme y jure que toda la información es correcta, y la solicitud en línea no permite dejar en blanco el campo del Número de Seguro Social, se recomienda que quienes no tengan Número de Seguro Social propio presenten su solicitud por correo con un formulario de solicitud impreso. El formulario impreso permite dejar en blanco la pregunta sobre el Número de Seguro Social.

Adicionalmente, los trabajadores deben presentar un formulario de reclamo en papel si: tuvieron un cambio de nombre reciente; su nombre no cabe en el espacio en el formulario en línea; no tienen una licencia de conducir o identificación de California válida; recibieron un código de error; o tienen cualquier otra dificultad para presentar la solicitud usando SDI Online.

## ¿Cómo puede un trabajador solicitar el SDI en línea?

Para solicitar beneficios EDD en línea, primero es necesario crear una cuenta **myEDD**.



Para crear una cuenta myEDD, el trabajador necesitará un correo electrónico personal.

Para activar la cuenta, deberá confirmar su correo electrónico.

Cada vez que inicie su sesión, deberá verificar su identidad (por ejemplo, por medio de un código enviado por correo electrónico, mensaje de texto o llamada telefónica).



Después de crear la cuenta myEDD, el trabajador puede iniciar sesión y seleccionar SDI Online para comenzar y administrar un reclamo de beneficios de SDI o PFL.

Para solicitar beneficios a través de SDI Online, el trabajador deberá registrarse como solicitante y verificar su identidad con ID.me. Una vez completado el registro en SDI Online, recibirá un número de cuenta del EDD. Guarde este número.

El trabajador necesitará que su proveedor de cuidado médico certifique su solicitud de SDI. Quienes soliciten en línea pueden proporcionar a su proveedor de cuidado médico el número de recibo de su solicitud. El proveedor de cuidado médico puede usar ese número de recibo para certificar la solicitud en línea.

Ya que el EDD reciba la solicitud completa, la revisará. Este proceso normalmente tarda un par de semanas.

## ¿Cómo puede un trabajador obtener un formulario de reclamo impreso para solicitar SDI por correo?

Los formularios para solicitar el SDI no se pueden descargar en línea. Para obtener un formulario impreso:

- Consulte con su proveedor de cuidado médico o un trabajador comunitario de salud.
- Llame al EDD al **1-800-480-3287**, imprima el número de verificación que le indiquen por teléfono y, cuando se le solicite, **diga “Incapacidad”** (o ingrese el número 3) para solicitar que le envíen por correo un formulario de solicitud impreso. El EDD puede tardar hasta 10 días en enviar el formulario.
- Visite una de las oficinas del EDD para solicitar un formulario. Escanee el código QR en la página siguiente para obtener información sobre la ubicaciones.
- Solicite el formulario de **Solicitud de Beneficios del Seguro por Incapacidad** en línea a través del sitio web del EDD. Para inglés, solicite el formulario **DE 2501**; para español, solicite el formulario **DE 2501/S**. El EDD puede tardar hasta 10 días en enviar el formulario. Escanee el código QR en la página siguiente para acceder al formulario de solicitud.



Escanee el código QR para encontrar una oficina de SDI cerca de usted.



Escanee el código QR para ordenar formularios de reclamación de SDI.

## Cómo Completar el Formulario de Solicitud de SDI: Paso a Paso

1

Reúna la información requerida, el formulario de reclamación impreso y una pluma de tinta **negra**.

Complete la **“Autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Medico (HIPAA)”** que permite que la agencia estatal (EDD) pueda pedirle al proveedor de cuidado médico de la solicitante información sobre su salud relacionada a su incapacidad.

- Deje el espacio para el “Numero de Seguro Social del Solicitante” en blanco si la solicitante no tiene Numero de Seguro Social propio.
- Donde el formulario pide “Nombre del Solicitante”, escriba el nombre y apellido del solicitante.
- Después de “Yo autorizo a” escriba el nombre del proveedor de cuidado médico quien va a completar el papeleo de incapacidad.
- Leale el texto completo de la página al solicitante o pídale que lo lea.
- Firme y ponga la fecha abajo para completar la autorización.

| PARTE A – DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE                                                |                                                                                               |                                                                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| A1. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL                                                       | A2. SI SE LE HA ASIGNADO ANTERIORMENTE UN NÚMERO DE CUENTA DE CLIENTE DEL EDD, INGRESELO AQUÍ | A3. N° DE LICENCIA DE CONDUCIR O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE CALIFORNIA | A4. SEXO<br>HOMBRE MUJER |
| 0 0 0 0 0 0 0 0 0                                                                    | N o                                                                                           | Z 1 2 3 4 5 6 7                                                          | X                        |
| A5. SI ALGUNA VEZ HA USADO OTROS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL, INGRESELOS A CONTINUACIÓN | A6. EMPLEADOS ESTATALES (SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL N° DE UNIDAD NEGOCIADORA)          | A7. FECHA DE NACIMIENTO                                                  |                          |
|                                                                                      | SÍ X NO UNIDAD#                                                                               | 0 1 0 1 1 9 0 0                                                          |                          |

2

El formulario de solicitud del SDI es de dos partes **Parte A - Declaración del Solicitante** y **Parte B - Certificado del Médico o Profesional de la Salud**. Usted es responsable de completar la Parte A; su médico deberá completar la Parte B.

No necesita poner un Número de Seguro Social en la **Casilla A1** si no tiene uno. Déjelo en blanco. Si ha usado otros Números de Seguro Social para trabajar, puede indicarlos en la **Casilla A5**.

Si ha recibido beneficios del EDD anteriormente y se le ha otorgado un Número de Cuenta de Cliente, inclúyalo en la **Casilla A2**.

3

En la **Casilla A8** escriba el nombre legal completo del solicitante.

Si alguna vez ha trabajado bajo otros nombres, (como un apodo o un segundo nombre), escríbalos en la **Casilla A9**. Esto es útil si sus formularios W-2 o talones de cheque tienen un nombre diferente al de sus documentos de identidad. Si no ha trabajado con otros nombres, puede dejar la **Casilla A9** en blanco.

4

Ponga su número de teléfono (si tiene uno) en la **Casilla A10** y/o **Casilla A11**. En la **Casilla A12** puede marcar o escribir su idioma de preferencia. Esto ayudará al EDD a comunicarse con usted en el idioma que mejor entienda. Tenga en cuenta que el EDD ofrece servicios de interpretación telefónica gratuita, incluso en lenguas indígenas.

Escriba la dirección donde recibe correo en la **Casilla A13**. Aquí es donde el EDD enviará las comunicaciones importantes sobre su solicitud. Por favor, asegúrese de revisar su correo regularmente. Deje la **Casilla A14** en blanco si la dirección donde vive es la misma donde recibe correo.

5

En la **Casilla A15**, escriba la información de su empleador actual (o el más reciente) incluyendo el nombre, dirección, número de teléfono. Normalmente encontrará esta información en sus talones de cheque o formularios W-2.

|                                                                                                                                                                                  |                          |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| A8. Su nombre legal completo (Primer nombre) Segundo nombre (inicial) Apellido                                                                                                   |                          | Sufijo                                              |
| Sample                                                                                                                                                                           |                          | Claimant                                            |
| A9. Si ha trabajado utilizando otros nombres, escríbalos abajo (por ejemplo, nombre de soltero o soltera o nombre elegido)                                                       |                          | Sufijo                                              |
| (Primer nombre)                                                                                                                                                                  | Segundo nombre (inicial) | Apellido                                            |
|                                                                                                                                                                                  |                          |                                                     |
| (Primer nombre)                                                                                                                                                                  | Segundo nombre (inicial) | Apellido                                            |
|                                                                                                                                                                                  |                          |                                                     |
| A10. Código de área y número de teléfono de su casa                                                                                                                              |                          | A11. Código de área y número de su teléfono celular |
| 999 0236789                                                                                                                                                                      |                          | 111 0020047                                         |
| A12. Idioma de preferencia                                                                                                                                                       |                          |                                                     |
| Inglés                                                                                                                                                                           | Español                  | Cantonés                                            |
| Vietnamita                                                                                                                                                                       | Armenio                  | Punjabi                                             |
| Tagalo                                                                                                                                                                           | Otro                     |                                                     |
| X                                                                                                                                                                                |                          |                                                     |
| A13. Su dirección postal. Escriba una dirección de PO Box o la calle, departamento, suite, número de espacio o número de buzón de correo privado (PMB, por sus siglas en inglés) |                          |                                                     |
| 123 Any Street                                                                                                                                                                   |                          |                                                     |
| Ciudad                                                                                                                                                                           | Estado                   | Código postal                                       |
| Anytown                                                                                                                                                                          | CA                       | 12345                                               |
| A14. La dirección donde vive, la cual es requerida si es distinta a su dirección postal.                                                                                         |                          |                                                     |
| Número, calle, departamento o número de espacio                                                                                                                                  |                          |                                                     |
| Ciudad                                                                                                                                                                           | Estado                   | Código postal                                       |
|                                                                                                                                                                                  |                          |                                                     |
| A15. Su último o actual empleador - Si su último o actual empleo es por cuenta propia, escriba "por cuenta propia" y llene esta opción.                                          |                          |                                                     |
| Nombre de su empleador (empleados del gobierno estatal: escriban el nombre de la agencia, por ejemplo, CalTrans)                                                                 |                          | <input type="checkbox"/> Cuenta propia              |
| Roadrunner Pastries                                                                                                                                                              |                          |                                                     |
| Número, calle, número de suite (empleados del gobierno estatal: por favor, escriban la dirección de su oficina de personal)                                                      |                          |                                                     |
| 647 Armistice Way                                                                                                                                                                |                          |                                                     |
| Ciudad                                                                                                                                                                           | Estado                   | Código postal                                       |
| Anywhere                                                                                                                                                                         | CA                       | 66222                                               |
| Número de teléfono del empleador                                                                                                                                                 |                          |                                                     |
| 499 3111111                                                                                                                                                                      |                          |                                                     |

6

En la **Casilla A17**, indique la última fecha en la que trabajó. Esta pregunta se hace porque para ser elegible para el SDI, debe haber perdido ingresos debido a su incapacidad (porque no está trabajando o está trabajando menos).

En la **Casilla A18**, indique la fecha de inicio de su incapacidad. Esta fecha *normalmente* es después de la última fecha que trabajó (Casilla A17).

Si quiere que su solicitud del SDI comience en una fecha diferente, ponga esa fecha en la **Casilla A19**.

Si no ha trabajado desde el inicio de su incapacidad, **marque “No”** en la casilla **A20**.

Si ha trabajado desde el inicio de su incapacidad (por ejemplo, a tiempo parcial o días completos), **marque “Sí”** en la **Casilla A20**. Deberá proporcionar información sobre los días que trabajó al EDD.

Si se ha recuperado de su incapacidad, ponga la fecha en la **Casilla A21A**. Si ha regresado al trabajo, ponga la fecha que empezó a trabajar en la casilla **A21B**.

Esta información sobre la fecha es útil para establecer su período de incapacidad y evitar un sobrepago o la descalificación de su solicitud.

|                                                                                                                                                                                                |  |                             |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------------|
| <b>A16.</b> En algún momento durante su incapacidad, ¿estuvo bajo la custodia de las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley porque se le condenó por violar alguna ley u ordenanza? |  | <input type="checkbox"/> Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No |
| <b>A17.</b> Antes de que comenzara su incapacidad, ¿en qué fecha trabajó por última vez?                                                                                                       |  | 0 1 2 5 2 0 2 5             |                                        |
| <b>A18.</b> ¿Cuándo comenzó su incapacidad?                                                                                                                                                    |  | 0 1 2 5 2 0 2 5             |                                        |
| <b>A19.</b> Fecha en la que desea que comience su solicitud, si es distinta de la fecha escrita en A18                                                                                         |  | M M D D A A A A             |                                        |
| <b>A20.</b> Desde que comenzó su incapacidad, ¿ha trabajado o está trabajando días completos o parciales?                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No |
| <b>A21 A.</b> Si se recuperó, escriba la fecha en la que se recuperó:                                                                                                                          |  | M M D D A A A A             |                                        |
| <b>A21 B.</b> Si regresó a trabajar, escriba la fecha en la que regresó a trabajar:                                                                                                            |  | M M D D A A A A             |                                        |

7

Deje la **Casilla A22** en blanco si no tiene su propio Número de Seguro Social.

En la **Casilla A23**, escriba su trabajo habitual (por ejemplo, trabajador agrícola). En la **Casilla A24**, indique el motivo por el que dejó de trabajar. Seleccione solo un motivo: si solicita el SDI por embarazo, seleccione “enfermedad, lesión o embarazo.”

La **Casilla A25** le pide que describa los requisitos físicos de su trabajo habitual. Seleccione la caja que mejor describa a sus actividades habituales.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Parte A – Declaración del solicitante - continúa</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>A22.</b> Escriba su número de Seguro Social                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>A23.</b> ¿Cuál es su ocupación habitual?                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| P a s t r y C h e f                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>A24.</b> ¿Por qué dejó de trabajar? (Seleccione sólo una casilla)                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Permiso para ausentarse del trabajo sin goce de sueldo <input type="checkbox"/> Renuncia voluntaria o jubilación <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad, lesión o embarazo <input type="checkbox"/> Cesado <input type="checkbox"/> Otra razón |  |
| <b>A25.</b> ¿Cómo describiría o clasificaría su empleo?                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo está sentado; ocasionalmente se pone de pie o camina; ocasionalmente se levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan 10 libras o menos.                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo camina o está de pie; ocasionalmente se pone de pie o camina; ocasionalmente se levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan hasta 20 libras.                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> Constantemente levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan hasta 10 libras; frecuentemente hasta 20 libras; ocasionalmente hasta 50 libras.                                                                                                                                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Constantemente levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan hasta 20 libras; frecuentemente hasta 50 libras; ocasionalmente hasta 100 libras.                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Constantemente levanta, carga, empuja, jala o mueve objetos que pesan más de 20 libras; frecuentemente más de 50 libras; ocasionalmente más de 100 libras.                                                                                                                                |  |

Si su empleador le pagará (por ejemplo, días de enfermedad o vacaciones) mientras esta ausente del trabajo por incapacidad, marque el tipo de pago en la **Casilla A26**. Deberá proporcionar información sobre este pago al EDD. Recuerde que el total que reciba de su empleador y del EDD no puede superar el 100 % de su salario.

Si tuvo dos o más empleadores en los 18 meses antes del inicio de su incapacidad, debe proporcionar información sobre esos empleadores al EDD para que el EDD pueda tener un entendimiento completo de los salarios que ganó y las contribuciones que realizó al fondo SDI.

Ponga el nombre, la dirección y el número de teléfono de su segundo empleador en la **Casilla A28**. A lo mejor de su capacidad, indique la última fecha en que trabajó para ese empleador.

Si tuvo más de dos empleadores, marque la **Casilla A29**. Puede proporcionar información adicional sobre su empleador en un documento adjunto a su solicitud.

Solo complete la **Casilla A30** si reside en una casa de rehabilitación para alcohólicos o en un centro residencial libre de drogas. De lo contrario, déjela en blanco.

36

Las **Casillas A31 a A38** preguntan sobre los beneficios de compensación laboral. Si tiene alguna pregunta sobre esta sección, comuníquese con la línea gratuita de asistencia legal de Dar a Luz.

Si no ha presentado (o no tiene intención de presentar) una reclamación de compensación laboral, marque No en la **Casilla A31** y omita las casillas A33 a A38.

La **Casilla A32** pregunta si la incapacidad por la que solicita el SDI fue *causada* por su trabajo. **El SDI no está disponible para lesiones o enfermedades causadas por su trabajo.** Si su incapacidad fue causada por su trabajo (por ejemplo, se cayó y se fracturó una pierna en el trabajo), marque Sí y proporcione la información pertinente (si la tiene) en **las Casillas A33 a A38**.

Deje la **Casilla A35** en blanco si no tiene su propio número de Seguro Social.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                            |   |   |   |                              |   |   |   |                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------------|---|---|---|------------------------------|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>A31. ¿Ha presentado o pretende presentar una solicitud de beneficios de compensación para trabajadores?</b><br><input type="checkbox"/> Sí - complete las cláusulas A32 hasta la A38 <input type="checkbox"/> No - Ignore las cláusulas A33 hasta A38                                                                                                                                                                                                                                    |   | <b>A32. ¿Esta incapacidad fue ocasionada por su empleo?</b><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                            |   |   |   |                              |   |   |   |                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>A33. Fecha(s) de la lesión indicada(s) en su solicitud de beneficios de compensación para trabajadores</b><br><table border="1"> <tr> <td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table> |   |                                                                                                                        |   | M | M | D | D | A | A | A | A | M                                          | M | D | D | A                            | A | A | A | M                                                                             | M | D | D | A | A | A | A | M | M | D | D | A | A | A | A |
| M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | M | D                                                                                                                      | D | A | A | A | A | M | M | D | D | A                                          | A | A | A | M                            | M | D | D | A                                                                             | A | A | A | M | M | D | D | A | A | A | A |   |   |   |   |
| <b>A34. Nombre de la compañía del seguro de compensación para trabajadores</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <b>Código de área y número de teléfono</b> |   |   |   | <b>Extensión (si la hay)</b> |   |   |   |                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Número, calle, número de suite</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                            |   |   |   |                              |   |   |   |                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Ciudad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <b>Estado</b>                              |   |   |   | <b>Código postal</b>         |   |   |   | <b>Número de la solicitud de beneficios de compensación para trabajadores</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Part A - Declaración del solicitante - continúa</b>                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>A35. Escriba su número de Seguro Social</b>                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 0 0 0 0 0 0 0                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>A36. Nombre del ajustador del seguro de compensación para trabajadores</b>                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Código de área y número de teléfono</b> |  |  |  | <b>Extensión (si la hay)</b> |  |  |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>A37. Nombre del empleador tal como aparece en su solicitud de compensación para trabajadores</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Código de área y número de teléfono</b> |  |  |  | <b>Extensión (si la hay)</b> |  |  |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>A38. Si lo tiene, nombre del abogado de su caso de compensación para trabajadores</b>            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Código de área y número de teléfono</b> |  |  |  | <b>Extensión (si la hay)</b> |  |  |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Dirección del abogado, número, calle, número de suite</b>                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                            |  |  |  |                              |  |  |  |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Ciudad</b>                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Estado</b>                              |  |  |  | <b>Código postal</b>         |  |  |  | <b>Número de caso de adjudicación o de junta de apelaciones de compensación para trabajadores</b> |  |  |  |  |  |  |  |

La **Casilla A39** le pide que seleccione su método de pago preferido (tarjeta de débito o cheque). Desde el 15 de febrero de 2024, el EDD utiliza Money Network en lugar de Bank of America para sus tarjetas de débito. Money Network requiere un número de Seguro Social para activar la tarjeta de débito.

La **Casilla A40** es una declaración de que toda la información de la solicitud es correcta. Léala o pídale que se la lean antes de firmar y poner la fecha en el formulario. Si firmó con una marca (como una "X"), pídale a dos testigos que completen la casilla A41.

## ¿Qué sucede después de completar la Parte A de la solicitud?

Un proveedor de cuidado médico debe completar la **Parte B - Certificado del Médico o Profesional de la Salud** para que el trabajador reciba los beneficios del SDI. Comuníquese con el proveedor de cuidado médico y pregunte cómo manejan las solicitudes del SDI. Algunos prefieren completar la certificación en papel y otros en línea.

- Si el proveedor de cuidado médico completará el formulario de reclamación en papel, proporcione la Parte B de su formulario de reclamación. Una vez que complete la Parte B, puede enviarla por correo al EDD junto con el resto de su solicitud (Parte A y sus anexos).
- Si el proveedor de cuidado médico prefiere completar la certificación en línea, usted tendrá que enviar por correo la Parte A de su solicitud al EDD primero. Informe a su proveedor de cuidado médico que enviara la solicitud por correo para que sepa que deberá completar la certificación a través de su cuenta de SDI Online. Una vez que el EDD reciba y procese su solicitud (en un plazo de 14 días), su proveedor de cuidado médico podrá encontrarla en “SDI Online” con su número de identificación de solicitud o su apellido y fecha de nacimiento.
- Si han pasado más de 2 semanas desde que envió su solicitud y no está seguro si su proveedor de cuidado médico completó la certificación médica, puede comunicarse con él/ella para confirmarlo.

## ¿Qué se debe adjuntar a una solicitud de beneficios del SDI?

El EDD necesita ambas partes-- la Parte A y la Parte B-- de su solicitud para determinar su elegibilidad para los beneficios del SDI. Si solicita el SDI sin un Número de Seguro Social, puede ser útil incluir una carta de presentación y copias de ciertos documentos con su solicitud.

El EDD sugiere que la carta de presentación indique su idioma preferido y los nombres y números de Seguro Social que haya utilizado para trabajar. Si presenta su solicitud fuera de plazo (más de 49 días después del inicio de su incapacidad), incluya una explicación del motivo.

En su carta, puede explicar su salario (dónde trabajó, las fechas en que trabajó para ese empleador, cómo le pagaron, etc.). Es muy recomendable incluir un “comprobante de salario;” puede ser copias de: talones de cheque de los últimos 18 meses; formularios W-2 del año en curso y del anterior; y, si le pagaron en efectivo, comprobantes detallados de los pagos (depósitos, Venmo, PayPal, recibos, etc.).

**No envíe originales de sus documentos. Solo envíe copias.**

## Enviando la solicitud por correo al EDD:

Si puede, le recomendamos que haga una copia o le tome una foto a su solicitud y los archivos adjuntos antes de enviarla por correo. La solicitud viene con un sobre que ya incluye la dirección. Debe ponerle el sello. El sobre se enviará a:

State of California  
Employment Development Department  
PO Box 989777  
West Sacramento, CA 95798-9777

Escanee el código QR para acceder a la página de **Beneficios y Recursos para trabajadores indocumentados del EDD**, donde puede encontrar un ejemplo de carta de presentación.



## ¿Qué sucede después de enviar una solicitud?

El EDD revisará la solicitud y los documentos adjuntos. Esto puede tomar 14 días o más.

Es posible que el EDD le llame (las llamadas se realizarán desde un número privado o aparecerán como "St of CA EDD" en su identificador de llamadas) y es posible que le dejen un mensaje de voz. Intente responder dentro de 2 días después de haber recibido la llamada.

Si el EDD no puede comunicarse con usted por teléfono, le enviarán la(s) notificación(es) pidiéndole más información adicional por correo. Podría recibir notificaciones como la **Notificación de Error en la Reclamación (DE 2535)**, la **Solicitud de Información Adicional (DE 2566)** o la **Solicitud de Información de Elegibilidad para el Seguro de Incapacidad (DE 4365DI)**. Estas notificaciones no significan que la reclamación haya sido negada, sino que el EDD necesita más información. Puede responder al EDD por correo (dentro del plazo indicado en las notificaciones), por teléfono, o visitando una oficina del EDD. Para obtener ayuda con su respuesta al EDD, comuníquese con la línea de asistencia legal gratuita Dar a Luz.

**No es necesario que presente prueba de la Administración del Seguro Social de que el SSN que uso para trabajar es suyo.**

---

## ¿Qué puedo esperar después de proporcionar la información adicional?

Una vez que el EDD tenga la información necesaria para procesar su solicitud, le enviará un Aviso de Cálculo (DE 429D o DE 429DF). Este aviso le indicará cuál podría ser la cantidad máxima de beneficios y la cantidad de Beneficio Semanal según los salarios que ganó entre 12 y 18 meses antes del inicio de su incapacidad. Además, si el SSN que uso para trabajar ya lo uso otra persona, el EDD le asignará un Número de Cliente del EDD (ECN). Confirme que los ingresos en este aviso sean correctos. Si no lo son, o si el aviso indica 00, debe responder al EDD con un "comprobante de salario." (consulte "¿Qué se debe adjuntar a una solicitud de beneficios del SDI?").

Una vez que el EDD haya procesado su solicitud completa (lo que puede tomar un par de semanas), le enviarán una **Notificación de Pago Electrónico de Beneficios (DE 2500E)** si está aprobado para los beneficios o un **Aviso de Determinación (DE 2517)** si no está aprobado para los beneficios.

**Tiene derecho a apelar si no se le aprueban los beneficios.** El plazo para responder a una negación es breve. Comuníquese con la línea de ayuda legal gratuita de WorkLife Law lo antes posible para obtener ayuda con su apelación.

---

## ¿Cuándo se pagarán los beneficios del SDI?

Los beneficios del SDI suelen empezar a pagarse aproximadamente dos semanas después de la aprobación de la solicitud. Los pagos se emiten cada dos semanas.



## ¿Qué pasa si la madre no recibió SDI durante el embarazo o para la recuperación del parto? ¿Puede obtener el PFL para establecer el vínculo afectivo?

Puede solicitar el Permiso Familiar Pagado (PFL) para crear un vínculo con su bebé, incluso si no solicitó o no recibió el SDI por embarazo o recuperación del parto.

En este caso, deberá presentar una **Solicitud de Beneficios de Permiso Familiar Pagado (PFL)**. Al igual que con el SDI, puede solicitarlo en línea a través de SDI Online (Permiso Familiar Pagado para Crear Vínculos) o por correo postal con un formulario impreso (DE 2501F en inglés; DE 2501F/S en español). Para obtener información sobre cómo solicitar los beneficios del EDD a través de SDI Online, consulte las páginas 31 y 32. Los trabajadores que no puedan solicitarlo en línea (por ejemplo, porque cambiaron de nombre recientemente, no tienen una identificación válida de California o no tienen su propio número de Seguro Social) deben solicitar el PFL por correo postal.

Si solicita el PFL sin una solicitud previa del SDI por embarazo, también deberá proporcionar una copia de un documento de “Comprobante de Parentesco” (un documento que compruebe su relación con el bebé con el que está creando un vínculo) junto con la solicitud.

Los “**Comprobante(s) de Parentesco**” pueden incluir:

- Acta de nacimiento del bebé
- Declaración de Paternidad (CS-909)
- Registro de acogida temporal (SOC-815)
- Carta oficial de la agencia de acogida temporal
- Acuerdo de acogida temporal (AD-907)
- Acuerdo de acogida temporal independiente (AD-924)
- Otra prueba de parentesco

## ¿Cómo puede un trabajador obtener un formulario de reclamo impreso para solicitar PFL por correo?

La solicitud de PFL Bonding no se puede descargar en línea. Para obtener un formulario impreso:

- Consulte con su proveedor de cuidado médico o un trabajador comunitario de salud.
- Llame al EDD al 1-877-238-4373 para pedir que le envíen por correo un formulario de solicitud impreso. El EDD puede tomar hasta 10 días en enviarlo.
- Visite una de las oficinas del SDI del EDD para solicitar un formulario. Escanee el código QR en la página 33 para obtener información sobre la ubicación.
- Solicite el formulario de **Solicitud de Beneficios de Permiso Familiar Pagado** en línea a través del sitio web del EDD. Para inglés, solicite el formulario DE 2501F; para español, solicite el formulario DE 2501F/S. El EDD puede tomar hasta 10 días en enviar el formulario por correo. Escanee el código QR en la página 33 para acceder al formulario de solicitud.

## ¿Qué información se necesita para aplicar?

■ Para aplicar para el PFL es necesario proveer la siguiente información:

- **Información de Identidad:** Nombre y Apellido, Fecha de Nacimiento, Dirección Postal, Número de Teléfono
- **Fechas Relevantes:** última fecha en la que trabajo, fecha en la que desean que comience el reclamo del PFL y fecha en la que planean regresar al trabajo.
- **Información del empleador:** el nombre comercial, el número de teléfono y la dirección postal del empleador (consulte el talón de cheque o el formulario W-2 para obtener esta información)
- **Información sobre la persona con la que se vinculan,** como su nombre, relación con la persona que solicita el PFL, su fecha de nacimiento y género.
- Si aplica, información sobre cualquier pago que el trabajador esté recibiendo de su empleador mientras no está trabajando (como licencia por enfermedad, pago de vacaciones, etc.).

Adicionalmente, la solicitud en línea requerirá una dirección de correo electrónico, una licencia de conducir válida de California o un número de tarjeta de identificación, y un número de seguro social (SSN).

Si un trabajador aplica sin su propio Número de Seguro Social, también será útil tener:

- Nombres y números de Seguro Social que uso para ganar ingresos durante los últimos 18 meses
- Copias de los talones de cheque de los 18 meses anteriores al inicio de su período de vinculación
- Copias de los formularios W-2 de los últimos 2 años fiscales
- Si han solicitado beneficios con el EDD en el pasado, su Número de Cliente del EDD (ECN)



Escanee el código QR para acceder a la página de Beneficios y recursos para trabajadores indocumentados del EDD



Escanee el código QR para acceder a la página web principal EDD.

## ¿Pueden los padres que no dan a luz, como los padres, solicitar el PFL para crear vínculos?

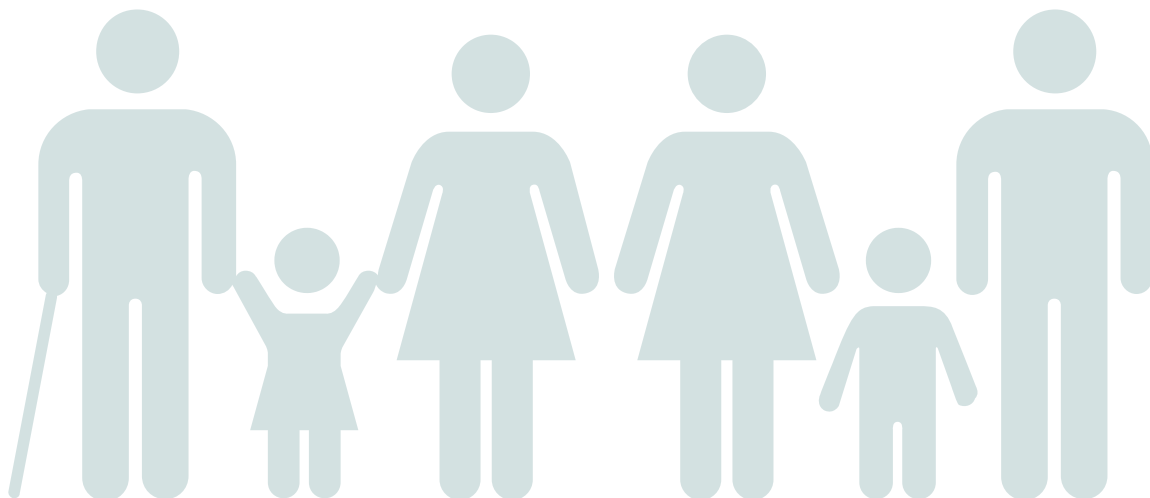
Sí. Los padres que no han dado a luz, como los padres, pueden solicitar los beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) para crear vínculos con su nuevo hijo. Deberán presentar una **Solicitud de Beneficios del Permiso Familiar Pagado**. Como con el SDI, pueden solicitarlos en línea a través de SDI Online (Permiso Familiar Pagado para Crear Vínculos) o por correo postal con un formulario impreso (**DE 2501F en inglés; DE 2501F/S en español**). Para obtener información sobre cómo solicitar los beneficios del EDD a través de SDI Online, consulte las páginas 31 y 32.

Además de completar la **Parte A - Declaración del Reclamante**, deberán completar la **Parte B - Certificación de Vínculo** e incluir un documento de **“Prueba de Relación”** con su solicitud.

# RECURSOS Y APOYO ADICIONAL

## Acceso al Cuidado Médico y Otros Recursos para el Bienestar

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>BenefitsCal</u></b><br><i>Estado de California</i>                                                   | <p>Centro en línea donde los californianos pueden solicitar beneficios y administrar sus beneficios, como MediCal, CalFresh, CalWORKs, y más.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |
| <b><u>Mujeres, Bebés, y Niños (WIC)</u></b><br><i>Departamento de Salud Pública de California</i>          | <p>WIC ayuda a las familias brindándoles educación nutricional, apoyo para la lactancia materna, alimentos saludables y referencias a servicios de cuidado médico y otros servicios comunitarios. WIC atiende a bebés y niños hasta la edad de 5 años, mujeres embarazadas, y madres primerizas.</p> <p>Esta página web contiene información sobre la elegibilidad para WIC y cómo encontrar una oficina de WIC.</p> |    |
| <b><u>CA Meals for Kids Mobile Application</u></b><br><i>Departamento de Educación de California</i>       | <p><i>Recurso en inglés.</i> La aplicación móvil “CA Meals for Kids” te ayuda a encontrar los sitios cercanos de los Programas de Comidas Extraescolares y de Verano de California. La sección de Sitios de Comidas de Emergencia se puede utilizar durante cierres escolares imprevistos debido a situaciones de emergencia.</p>                                                                                    |   |
| <b><u>Bancos de Pañales Miembros: California</u></b><br><i>La Red Nacional de Bancos de Pañales (NDBN)</i> | <p>Enlaces a bancos de pañales en todo el estado de California.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b><u>Maternal Mental Health</u></b><br><i>Departamento de Salud Pública de California</i>                 | <p>Recurso en inglés. Ofrece recursos sobre salud mental materna.</p> <p>Línea Nacional de Salud Mental Materna (24/7, gratuita y confidencial): 1-833-TLC-MAMA (1-833-852-6262)</p> <p>Apoyo Posparto Internacional (ofrece información, apoyo y nombres de recursos cerca de usted): llame o envíe un mensaje de texto con la palabra "HELP" al 1-800-944-4773</p>                                                 |  |



## Recursos adicionales para el acceso a cuidado médico y el bienestar

|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u><a href="http://ineedana.com">ineedana.com</a></u></b>                                                                                                  | Sitio web que proporciona información y recursos para personas que buscan servicios de aborto.                                                                                                                                                                                             |   |
| <b><u>Conozca Sus Derechos: Acceso al Aborto para Inmigrantes</u></b><br><i>National Immigration Law Center</i>                                               | Este recurso aborda las preocupaciones específicas de los inmigrantes y proporciona información sobre cómo acceder a un aborto.                                                                                                                                                            |   |
| <b><u>Organizaciones en California que ayudan a las personas que sufren violencia doméstica</u></b><br><i>California Partnership to End Domestic Violence</i> | <i>Recurso en inglés.</i> Una mapa que te ayudará a encontrar organizaciones cerca de ti que ayudan a las personas que sufren violencia doméstica.                                                                                                                                         |   |
| <b><u>Información Legal: California</u></b><br><i>WomensLaw.org</i>                                                                                           | Un recurso sobre las leyes de California para víctimas y sobrevivientes de violencia doméstica. Incluye información sobre órdenes de restricción, custodia, manutención de menores, secuestro parental, divorcio, leyes de vivienda, protecciones en el lugar de trabajo, crímenes, y más. |  |

## Justicia Lingüística

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Recursos del EDD en español</u></b><br><i>Departamento del Desarrollo del Empleo</i>                      | Información sobre los programas del EDD en español.                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b><u>Comuníquese con el Seguro Estatal de Incapacidad</u></b><br><i>Departamento del Desarrollo del Empleo</i> | Información y números de teléfono para comunicarse con el EDD en español con respeto a SDI y PFL.                                                                                                                                                                                        |  |
| <b><u>Servicios Lingüísticos en el DIR</u></b><br><i>Departamento de Relaciones Industriales</i>                | <i>Recurso en inglés.</i><br>Cómo acceder a las traducciones de los recursos del sitio web.<br><br>Números de teléfono para solicitar un intérprete ante Cal/OSHA, la Oficina de la Comisionada Laboral, la División de Compensación de Trabajadores, y la Oficina del Director del DIR. |  |
| <b><u>Plan de Acceso Lingüístico</u></b><br><i>La Agencia de Salud y Servicios Humanos de California</i>        | <i>Recurso en inglés.</i> Incluye información y enlaces sobre los requisitos de acceso lingüístico, los servicios lingüísticos, y el proceso de quejas de acceso lingüístico para el Departamento de Salud Pública de California.                                                        |  |

## “Carga Publica” y Recursos de Inmigración

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Carga Pública</u></b><br><i>Tus Beneficios Públicos</i>                                                                                    | <p>Información sobre qué son los beneficios públicos, qué es una “carga pública”, qué programas de beneficios públicos están incluidos en la prueba de carga pública y qué inmigrantes se ven afectados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
| <b><u>Carga Pública</u></b><br><i>Protecting Immigrant Families</i>                                                                              | <p><i>Recurso en inglés.</i> La política de la administración Biden sobre carga pública sigue vigente y no ha cambiado. El contenido de esta página se actualiza siempre que cambia la política sobre carga pública.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
| <b><u>Que Hacer si es Arrestado o Detenido por Inmigración</u></b><br><i>National Immigration Law Center</i>                                     | <p><i>Version actualizada el 9 de abril del 2025 disponible en inglés.</i></p> <p>Este recurso para conocer sus derechos proporciona información general en que hacer si es parado, arrestado, o detenido por cuerpos policiales o de inmigración.</p>                                                                                                                                                                                                                                            |    |
| <b><u>Redes de Respuesta Rápida de California</u></b><br><i>California Collaborative for Immigrant Justice</i>                                   | <p>Proporciona una lista de redes de respuesta rápida activas en California.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |
| <b><u>Líneas Directas de Inmigración</u></b><br><i>National Network for Immigrant and Refugee Rights (NNIRR)</i>                                 | <p>Proporciona una lista de líneas directas de inmigración nacionales, estatales, y locales.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |
| <b><u>Qué Hacer Si Viene Inmigración a Su Lugar de Trabajo</u></b><br><i>National Immigration Law Center and National Employment Law Project</i> | <p>Esta guía proporciona consejos prácticos para abordar acciones relacionadas con la inmigración en el lugar de trabajo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b><u>Kit de Herramientas "Conoce Tus Derechos"</u></b><br><i>Immigrant Legal Resource Center</i>                                                | <p><i>Recurso en inglés.</i> Incluye tarjetas rojas imprimibles en dieciséis idiomas; un plan de preparación familiar descargable, rellenable e imprimible; un folleto sobre sus derechos en ocho idiomas para ayudar a las familias a prepararse para una posible interacción con ICE; un video tutorial sobre sus derechos en siete idiomas para ayudarlo a prepararse para los encuentros con ICE; y un directorio de proveedores de servicios legales sin fines de lucro en todo el país.</p> |  |
| <b><u>Biblioteca de Recursos - Conozca Sus Derechos</u></b><br><i>Inmigrante Informado</i>                                                       | <p>Incluye un Manual detallado de Defensa del Inmigrante, Tarjetas Rojas, información sobre cómo usar una Tarjeta Roja e información sobre cómo ejercer sus derechos en diferentes lugares.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b><u>Biblioteca de Recursos</u></b><br><i>Barrio Drive</i>                                                                                      | <p>Incluye una guía sobre qué hacer si ve ICE, tarjetas para conocer tus derechos y una infografía “Comparte Poder, No Miedo” que explica las mejores prácticas para compartir observaciones de ICE.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b><u>Tarjeta Roja: Usa esta tarjeta si usted es parado por la migra</u></b><br><i>Unión de Campesinos</i>                                       | <p>Proporciona imágenes de tarjetas rojas que se pueden utilizar si es detenido por agentes de inmigración.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |



## ¿Preguntas?

Comuníquese con la línea de ayuda legal gratuita de WorkLife Law.

**[pregnantatwork.org/apoyo](https://pregnantatwork.org/apoyo)**

**415-703-8276**

**[helpline@worklifelaw.org](mailto:helpline@worklifelaw.org)**



[WorkLifeLaw.org](https://WorkLifeLaw.org) 

[PregnantAtWork.org](https://PregnantAtWork.org) 

[linktr.ee/worklifelaw](https://linktr.ee/worklifelaw) 

[@worklifelaw.bsky.social](https://@worklifelaw.bsky.social) 

[@worklifelaw](https://@worklifelaw) 