

**INFORMATION ON  
ADMINISTRATION OF CALIFORNIA'S PAID FAMILY LEAVE PROGRAM**

**ATTACHMENT #2 – SAMPLE LETTERS AND FORMS**

---

Sample letters and forms include the following:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Explanation of Notice of Computation  | DE 429DI Rev. 7 (10-05)  |
| 2. Notice of Paid Family Leave (PFL) Claim Filed   | DE 2503F (6-04)          |
| 3. Request to Re-Establish a Bonding Claim   | DE 2504RE Rev. 1 (1-07)  |
| 4. Notice of <u>Reduced</u> Paid Family Leave (PFL) Benefits for Partial Wage Continuation | DE 2514-14 Rev. 1 (7-05) |

*Note:* Different versions of this notice address the following circumstances:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| a. Entitled to Workers' Compensation      | DE 2514-08 Rev. 1 (7-05)             |
| b. Part-Time Earnings                     | DE 2514-15 (6-04)                    |
| c. Simultaneous Voluntary Plan Coverage   | DE 2514-17 (6-04), DE 2514-18 (6-04) |
| d. Court-Ordered Child Support Obligation | DE 2514-19 Rev. 1 (8-06)             |
5. Notice of Denied Paid Family Leave (PFL) Benefits for Failure to Serve Required Waiting Period DE 2514-02 Rev. 2 (7-05)

*Note:* Different versions of this notice address the following circumstances:

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| a. Self-Employed, No Elective Coverage                      | DE 2514-03 (6-04)          |
| b. Entitled to Unemployment Insurance Benefits              | DE 2514-05 (6-04)          |
| c. Entitled to Workers' Compensation                        | DE 2514-06 Rev. 1 (7-05)   |
| d. 365 or More Elapsed Days Since Birth, Adoption, . . .)   | DE 2514-07 (Rev. 2) (7-05) |
| e. Voluntary Plan Coverage                                  | DE 2514-10 (6-04)          |
| f. Full Wage Continuation                                   | DE 2514-12 Rev. 1 (7-05)   |
| g. Sick Leave Pay   | DE 2514-13 (6-04)          |
| h. Benefits Exhausted                                       | DE 2514-23 (6-04)          |
| i. Waiting Period Not Assessed                              | DE 2514-27 Rev. 1 (7-05)   |
| j. Custody as a Result of Criminal Conviction               | DE 2514-30 (6-04)          |
| k. Court Ordered Confinement to Recovery Home/Drug Facility | DE 2514-31 (6-04)          |
| l. Initial Claim Returned Late                              | DE 2514-33 (6-04)          |
| m. Bonding Recipient Age 18 or Older                        | DE 2514-34 (6-04)          |
| n. Benefit Rights Forfeiture                                | DE 2514-40 (6-04)          |
| o. Bonding (Not Prior to Birth, Adoption, . . .)            | DE 2514-48 Rev. 1 (7-05)   |
| p. Paid to Duration   | DE 2514-51 Rev. 1 (9-04)   |
| q. Evidence of Relationship to Child Not Submitted          | DE 2514-52 Rev. 1 (9-04)   |
| r. No Qualifying Relationship to Bonding Recipient          | DE 2514-53 (6-04)          |
| s. Not Bonding  | DE 2514-56 Rev. 1 (9-04)   |
6. Notice of Adjusted Paid Family Leave (PFL) Claim Date DE 2514-28 (6-04)
7. Call In Notice DE 2537 Rev. 13 (7-96)
8. Continued Claim Certification for Paid Family Leave Benefits DE 2580GF (6-04)
9. State Disability Insurance (SDI) and Paid Family Leave (PFL) Weekly Benefit Amounts DE 2588 Rev. 3 (1-07)

## EXPLANATION OF NOTICE OF COMPUTATION

The NOTICE OF COMPUTATION shows your benefit entitlement based on your employer(s)'s reports of the wages paid to you. Only your wages that are subject to State Disability Insurance (SDI) under the California Unemployment Insurance Code are included. The particular four quarters used (Base Period) are established according to the effective date of your claim. You do not qualify if less than \$300 in wages subject to SDI were reported paid to you during the Base Period.

For information about how your benefit amounts are established, basic eligibility for benefits, how and when benefits are paid, and your responsibilities, refer to the instruction pages of your claim form.

If there is an error in the information shown on the Notice of Computation, you must notify the SDI or Paid Family Leave (PFL) office within twenty (20) days from the date of mailing of this Notice. If there is an error or omission in your wages that might **increase** or **decrease** your weekly benefit amount and/or maximum benefit amount, you should request a recomputation. A recomputation may be needed if you were:

- Paid subject wages that are not listed.
- Paid higher subject wages than those listed.
- Not paid the subject wages listed. (You may be required to repay any benefit payments, which are based on wages you did not earn.)

To report errors or to request a recomputation of your claim, send a letter to the SDI or PFL office where your claim is on file. Be sure to include your Social Security Account number (or your EDD Client Number if one was assigned to you on the Notice of Computation), a copy of the Notice of Computation, and copies of any proof of earnings to be added (for example, W-2 or check stubs).

You may be entitled to substitute wages paid in prior quarter(s) if, during any of the quarters shown on the Notice of Computation, you were:

- Industrially disabled for 60 consecutive days or more;
- In the military service for 60 days or more; or
- Involved in a trade dispute for 60 days or more.

If the above situations apply to you or if you had insufficient earnings during the Base Period due to long term unemployment, contact the SDI or PFL office within twenty (20) days from the date of mailing of this Notice to discuss a possible base period wage substitution.

**Personal Identification Number (PIN).** To protect your privacy when obtaining SDI or PFL check information over the telephone, you must establish a PIN. To establish your PIN and receive automated check information 24 hours a day, 7 days a week, call **1-800-480-3287 for SDI** or **1-877-238-4373 for PFL**, select "Check Information" on the automated telephone information menu, and follow the step-by-step instructions. If you forget your PIN or want to change it, you can receive instructions by following the same steps you used to establish your PIN. Your PIN is completely confidential. **Do not provide your PIN to anyone, including SDI or PFL representatives.**

If you have questions regarding this notice, call either:

- An SDI representative at 1-800-480-3287;
- An SDI representative for State government employees at 1-866-352-7675; or
- A PFL representative at 1-877-238-4373.

TTY access (only for speech-impaired, deaf, or hearing-impaired persons) is available at 1-800-563-2441 for SDI and 1-800-445-1312 for PFL.

---

### FOR VOLUNTARY PLAN CLAIMANTS ONLY

If you have filed a disability insurance or paid family leave claim with your employer under a voluntary plan, this notice has been sent to you to show the minimum rate your employer's plan must pay you, if you are otherwise eligible. If this notice contains errors or omissions, send a letter as instructed in paragraphs three and four above. Questions about your benefit payments must be addressed to your employer or the plan administrator. If your employer or the plan administrator does not respond to your claim within 30 days after you filed it, you may presume a denial of benefits and file an appeal through our office.

## EXPLICACIÓN DEL AVISO DE COMPUTACIÓN

El AVISO DE COMPUTACIÓN muestra su derecho a beneficios basado en los salarios/jornales que le pagaron a Ud. y reportados por su(s) empleador(es)/patrón(es). Se incluyen sólo los sueldos sujetos al Seguro de Incapacidad según el Código del Seguro de Desempleo de California. Los cuatro trimestres particulares usados (Período Reglamentario) se establecen en conformidad con la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios. Usted no tiene derecho a beneficios si se reportó que a usted le pagaron menos de \$300 de sueldos sujetos al SDI durante el Período Reglamentario.

Para información sobre cómo se establecen sus cantidades de beneficios, requisitos básicos para tener derecho a recibir beneficios, cómo y cuándo se pagan los beneficios y sus responsabilidades, consulte las páginas de instrucciones de su formulario de solicitud.

Si hay un error en la información mostrada en el Aviso de Computación, usted tiene que notificar a la oficina del SDI o la oficina del Permiso Familiar Pagado (PFL) dentro de los 20 días a partir de la fecha de envío por correo de este Aviso. Si hay un error u omisión en sus salarios/jornales que pudiera **aumentar o rebajar** la cantidad de sus beneficios semanales y/o la suma total de beneficios, usted debe solicitar una nueva computación. Ésta puede ser necesaria si a usted:

- Le pagaron sueldos sujetos al Seguro de Incapacidad que no están enumerados.
- Le pagaron sueldos sujetos al Seguro de Incapacidad más altos de los que están enumerados.
- No le pagaron los sueldos sujetos al Seguro de Incapacidad que están enumerados. (Es posible que a usted se le exija que reembolse cualesquier pagos de beneficios basados en sueldos que usted no ganó.)

Para reportar errores o solicitar una nueva computación de su solicitud de beneficios, mande una carta a la oficina del SDI o PFL donde está archivada su solicitud de beneficios. Cerciórese de incluir su Número del Seguro Social (o su Número del Cliente si el EDD le asignó un número a Ud. en el Aviso de Computación), una copia del Aviso de Computación y copias de cualquier prueba de sueldos a ser aumentados (por ejemplo, W-2 o talones de cheques).

Se posible que Ud. pueda substituir sueldos en los trimestres previos si, durante cualquiera de los trimestres indicados en el Aviso de Computación, usted estaba:

- Incapacitado(a) por motivos industriales por 60 días consecutivos o más;
- En el servicio militar por 60 días o más; o
- Participando en una disputa laboral por 60 días o más.

Si las situaciones arriba citadas son pertinentes a usted o si usted tenía sueldos insuficientes durante el Período Reglamentario debido a desempleo a largo plazo, comuníquese con su oficina local del SDI o PFL dentro de los 20 días a partir de la fecha de envío por correo de este Aviso para hablar sobre una posible substitución de sueldos del Período Reglamentario.

**Número Personal de Identificación (PIN).** Para proteger su privacidad cuando reciba información por teléfono de su(s) cheque(s) de beneficios de SDI o PFL, usted debe establecer un PIN. Para establecer un PIN y recibir información automatizada de su cheque las 24 horas del día 7 días a semana, llame al **1-800-480-3287 para SDI** o al **1-877-238-4373 para PFL**, selecciones "Información de Cheques" del sistema automatizado en el menú de información y siga las instrucciones de paso a paso que le dan. Si a usted se le olvida su PIN o quiere cambiarlo, usted puede hacerlo siguiendo los mismo pasos que usted siguió cuando estableció su PIN. Su PIN es totalmente confidencial. **No suministre su PIN a ninguna persona, incluyendo representantes del SDI o de PFL.**

Si Ud. tiene preguntas relacionadas con este Aviso, llame a uno de los siguientes:

- al representante del Programa del SDI al 1-866-658-8846
- al representante de SDI para empleados del gobierno estatal al 1-800-352-7675 ó
- al representante del PFL al 1-877-379-3819

Acceso por medio del sistema TTY (para las personas sordas o con problemas del habla o del oído solamente) es disponible llamando al 1-800-563-2441 para SDI y 1-800-445-1312 para PFL.

---

### ÚNICAMENTE PARA LOS SOLICITANTES DE PLANES DE SEGURO VOLUNTARIO

Si usted ha presentado una solicitud de beneficios del seguro de incapacidad con su empleador/patrón bajo un plan voluntario, se le envía este Aviso para mostrarle a Ud. la cantidad mínima semanal que el plan voluntario de su empleador/patrón le pagaría si de otro modo usted tiene derecho a beneficios. Preguntas relacionadas con sus beneficios deben dirigirse al empleador/patrón o administrador del plan. Si el empleador/patrón o administrador del plan no responde a su solicitud de beneficios después de 30 días de la fecha en que presentó su solicitud de beneficios, Ud. puede considerarlo como la negación de beneficios y puede presentar una apelación por medio de nuestra oficina.

PAID FAMILY LEAVE  
 PO BOX 997017  
 SACRAMENTO CA 95799-7017



Sample #2

2503F0604



RETURN TO ----->

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT  
 PAID FAMILY LEAVE  
 PO BOX 997017  
 SACRAMENTO CA 95799-7017

If employer name and/or address differs from that shown at left, please correct here:

**NOTICE OF PAID FAMILY LEAVE (PFL) CLAIM FILED**

EMPLOYEE'S NAME	SSN	REPORTED LAST DAY AT WORK	PFL CLAIM DATE
1. If the employee shown above is NOT your employee, please check this box and return this form ..... <input type="checkbox"/>			
2. Do your records show a different last day at work than shown above? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, provide correct last day at work (MM DD YY): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
3. Has the employee returned to work? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, date returned to work (MM DD YY): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time			
4. Did the employee stop work for any reason <u>other than</u> to care for a family member or to bond with a new child? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, state reason: <input type="text"/>			
5. Did you <u>require</u> this employee to use up to two weeks paid vacation in conjunction with his/her family leave? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES: Employee used paid vacation from (MM DD YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> to <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
6. Has the employee received or will the employee receive wages in the form of paid sick leave or other type of wage continuation in conjunction with family leave? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES: a. Employee paid from (MM DD YY): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> to <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. Employee's regular weekly rate of pay/earnings prior to family leave (excluding overtime): \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
7. At the time the employee's family leave began, did you have a state-approved voluntary plan for disability insurance benefits instead of the state plan? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES: a. Enter plan number: 99- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. If employee is not covered, give reason: .... <input type="text"/>			
8. Has the employee reported a work-incurred injury or occupational illness? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES: a. Enter name, address, and phone number of your workers' compensation carrier: _____ b. Enter employee's "date of injury" (MM DD YY): ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
9. Completed by (Print Name): _____ Date (MM DD YY) _____ Phone Number _____			

When completing this form, PLEASE PRINT WITH BLACK INK.



California Unemployment Insurance Code, section 2707.1, requires that you complete and return this form within two working days from the day you receive it if the person named above is still your employee and within five working days if not.

**REQUEST TO RE-ESTABLISH  
A BONDING CLAIM FOR PAID FAMILY LEAVE**

SSN:  
CED:  
MAILING DATE:

RETURN TO: PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95799-7017  
1 (877) 238-4373

Paid Family Leave (PFL) benefits are payable for a maximum of six weeks in a 12-month period. If you are taking additional time off work to continue bonding with the same child named on your initial PFL bonding claim, please complete this form and mail it to the PFL address listed above. ***Please Note: You may lose benefits if this form is not received within 41 days from your requested bonding start date.***

1. I certify that I am taking time off work to bond with \_\_\_\_\_  
(Child's Name)
2. My child's date of birth is \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
3. I request that my benefits begin on \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ and be paid through \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
4. My last day worked was \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_. I expect to or did return to work on \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
5. Will you work part-time during the period you are claiming PFL benefits? Yes  No
6. Will you receive wages from your employer(s) during the period you are claiming PFL benefits? Yes  No   
If yes, indicate type of pay:  Vacation  Sick Leave  Other \_\_\_\_\_
7. Have you claimed or do you plan to claim workers' compensation benefits for any period covered by your PFL claim? Yes  No
8. Do you have more than one employer? Yes  No
9. At any time during your receipt of PFL benefits, will you be (or were you) in the custody of law enforcement authorities because you were convicted of violating a law or ordinance? Yes  No

Your Most Recent Employer (Name):		
Employer's Address:		
City:		
State:	Zip Code:	Phone: (     )

By my signature on this claim statement, I (1) claim Paid Family Leave benefits and certify that throughout the period covered by this claim I was/will be bonding with the care recipient named above (2) authorize my employer(s) to disclose to State Disability Insurance all facts concerning my employment that are within their knowledge; and (3) authorize release and use of information as stated in the "Information Collection and Access" portion of my initial claim form. I understand that willfully making a false statement or concealing a material fact in order to obtain payment of benefits is a violation of California law punishable by imprisonment or fine or both. I declare under penalty of perjury that the foregoing statement, including any accompanying statements or documents, is to the best of my knowledge and belief true, correct, and complete. I agree that photocopies of this authorization shall be as valid as the original and I understand that authorizations contained in this claim statement are granted for a period of fifteen years from the date of my signature or the effective date of this claim, whichever is later.

Signature \_\_\_\_\_  
(Bonding Claimant)

Date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**PETICIÓN PARA REESTABLECER LA SOLICITUD DEL PERMISO FAMILIAR PAGADO (PFL) PARA ENTABLAR LAZOS AFECTIVOS**

No. de SS:  
CED:  
FECHA DE ENVÍO:

REGRÉSELO A: **PAID FAMILY LEAVE**  
**PO BOX 997017**  
**SACRAMENTO CA 95799-7017**  
**1 (877) 238-4373**

Los beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) son pagables por un máximo de seis semanas en un período de 12 meses. Si Ud. va a permanecer más tiempo fuera de su trabajo para continuar entablando lazos afectivos con el (la) mismo(a) hijo(a) nombrado(a) en su solicitud inicial de PFL para entablar lazos afectivos, favor de completar este formulario y envíelo por correo a la oficina PFL en la dirección indicada arriba. **Por favor Note: Usted puede perder beneficios si este formulario no es recibido dentro de 41 días de la fecha que solicitó como la fecha de comienzo para entablar lazos afectivos.**

1. Yo certifico que me estoy ausentando de mi trabajo para entablar lazos afectivos con \_\_\_\_\_.  
(Nombre del (la) niño(a))
2. La fecha de nacimiento de mi hijo(a) es \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
3. Yo pido que mis beneficios comiencen el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ y ser pagado a través del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
4. Mi último día que trabajé fue el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Espero regresar o ya regresé a trabajar el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
5. ¿Trabajaría Ud. media jornada durante el período que está solicitando beneficios PFL? Sí  No
6. ¿Va a recibir usted salarios de parte de su empleador/patrón durante el período que está soliciando beneficios PFL?  
Sí  No  Si sí, indique el tipo de pago:  Vacaciones  Permiso por enfermedad  Otro \_\_\_\_\_
7. ¿Ha solicitado o piensa solicitar beneficios de Compensación para Trabajadores (WC) por cualquier período cubierto por su solicitud PFL? Sí  No
8. ¿Tiene usted más de un empleador/patrón? Sí  No
9. ¿En cualquier tiempo durante el tiempo que ha recibido beneficios PFL estará Ud. (o estaba) bajo custodia de las autoridades porque Ud. fue declarado culpable de infracción de la ley u ordenanza? Sí  No

Su Empleador/patrón más Reciente (Nombre): \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador/patrón: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Por medio de mi firma en esta declaración de la solicitud, Yo (1) solicito beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL) y certifico que, durante el período cubierto por esta solicitud, yo estaba/estaré entablando lazos afectivos con la persona siendo cuidada e indicada arriba (2) autorizo a mi(s) empleador(es)/patrón(es) a divulgar al Seguro Estatal de Incapacidad todos los hechos concernientes a mi empleo de que tengan conocimiento; y (3) autorizo la divulgación y el uso de información como se indica en la parte de "Recopilación y Acceso a Información" de mi formulario original. de solicitud. Comprendo que el hacer declaraciones falsas a sabiendas, o el ocultar hechos materiales para obtener beneficios, es una violación de la ley de California, penada con prisión, multa, o ambas. Declaro bajo pena de perjurio que esta declaración, junto con las declaraciones o documentos que la acompañan, son, según mi leal saber y entender, verdaderas, correctas y completas. Estoy de acuerdo que las fotocopias de esta autorización son tan válidas como el original. Comprendo que la autorización contenida en este documento es otorgada por un período de quince años después de la fecha que lo firme o de la fecha de vigencia de esta solicitud, cualquiera sea más después.

Firma \_\_\_\_\_  
(Solicitante, solicitud para entablar lazos afectivos)

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

EDD – PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95799-7017

(877) 238-4373



SAMPLE                      CLIENT  
1234 ANY STREET  
ANY CITY                      CA 99999-9999

Notice of Reduced Paid Family Leave (PFL) Benefits –  
Partial Wage Continuation

SSA NO. ###-##-####

MAILING DATE ##/##/##

CLAIM EFFECTIVE DATE ##/##/##

We have reduced your Paid Family Leave (PFL) benefits for ##/##/## through ##/##/## because:

Your employer has paid you partial wages. The total of these wages and your PFL benefits cannot be more than your regular earnings. As long as you continue to receive partial wages from your employer, your PFL benefits may be reduced.

Basis: California Unemployment Insurance Code, section 2656.

This determination is final unless you send a written appeal within twenty (20) days from the mailing date above. You may appeal by completing the enclosed Appeal Form or separately writing a detailed statement of why you believe the determination is in error. Please include your Social Security number on your appeal and send it to the EDD office shown above.

EDD – PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95799-7017



(877) 379-3819

SAMPLE CLIENT  
1234 ANY STREET  
ANY CITY CA 99999-9999

Aviso de la Reducción de Beneficios  
del Permiso Familiar Pagado (PFL)  
Continuación de Salarios Parciales

NO. DE SS ###-##-####

FECHA DE ENVÍO ##/##/##  
FECHA DE VIGENCIA ##/##/##

Hemos reducido sus beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), por el período del ##/##/## al ##/##/## porque:

Su empleador/patrón le pagó salario parcial. El total del salario y sus beneficios del PFL no pueden ser más que su salario regular. Mientras usted continúe recibiendo salario parcial de parte de su empleador/patrón, sus beneficios PFL podrán ser reducidos.

Conforme: Código del Seguro de Desempleo de California, Sección 2656.

Esta decisión es final a menos de que Ud. presente una apelación por escrito en un plazo de veinte (20) días de la fecha de envío de este aviso indicada arriba. Usted puede apelar completando el Formulario de Apelación adjunto o escribiendo por separado una declaración detallada explicando porqué usted cree que la determinación es incorrecta. Favor de incluir su Número de Seguro Social en su apelación y envíela a la oficina del EDD a la dirección de arriba.



EDD – PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95799-7017

(877) 238-4373



SAMPLE CLIENT  
1234 ANY STREET  
ANY CITY CA 99999-9999

Notice of Denied Paid Family Leave Benefits –  
Failure to Serve Required Waiting Period

SSA NO. ###-##-####

MAILING DATE ###/##/##  
CLAIM EFFECTIVE DATE ###/##/##

We are unable to pay you Paid Family Leave (PFL) benefits from ###/##/## through ###/##/## because:

You have not served the entire seven-day waiting period.

Basis: California Code of Regulations, title 22, section 3303 (b)-1.

This determination is final unless you send a written appeal within twenty (20) days from the mailing date above. You may appeal by completing the enclosed Appeal Form or separately writing a detailed statement of why you believe the determination is in error. Please include your Social Security number on your appeal and send it to the EDD office shown above.

EDD – PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95799-7017



(877) 379-3819

SAMPLE CLIENT  
1234 ANY STREET  
ANY CITY CA 99999-9999

Aviso de la Negación de Beneficios  
del Permiso Familiar Pagado (PFL)  
Incumplimiento del Requisito de Servir el Período de Espera

NO. DE SS ###-##-####

FECHA DE ENVÍO ###/###/###  
FECHA DE VIGENCIA ###/###/###

No podemos pagarle a usted Beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL), por el período del ###/###/### al ###/###/### porque.

Usted no ha cumplido el término completo de siete días del período de espera reglamentario.

Conforme: Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección 3303(b)-1.

Esta decisión es final a menos de que Ud. presente una apelación por escrito en un plazo de veinte (20) días de la fecha de envío de este aviso indicada arriba. Usted puede apelar completando el Formulario de Apelación adjunto o escribiendo por separado una declaración detallada explicando porqué usted cree que la determinación es incorrecta. Favor de incluir su Número de Seguro Social en su apelación y envíela a la oficina del EDD a la dirección de arriba.

EDD – PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95799-7017

(877) 238-4373



SAMPLE CLIENT  
1234 ANY STREET  
ANY CITY CA 99999-9999

Notice of Adjusted Paid Family Leave (PFL) Claim Date -  
Last Day Worked

SSA NO. ###-##-####

MAILING DATE ##/##/##  
CLAIM EFFECTIVE DATE ##/##/##

We are unable to pay you PFL benefits from ##/##/## through ##/##/##. The beginning date of your claim has been adjusted because:

The beginning date must be at least one day after the last day you worked your regular work schedule.

Basis: California Unemployment Insurance Code, section 3303.

This determination is final unless you send a written appeal within twenty (20) days from the mailing date above. You may appeal by completing the enclosed Appeal Form or separately writing a detailed statement of why you believe the determination is in error. Please include your Social Security number on your appeal and send it to the EDD office shown above.

EDD – PAID FAMILY LEAVE  
PO BOX 997017  
SACRAMENTO CA 95799-7017



(877) 379-3819

SAMPLE CLIENT  
1234 ANY STREET  
ANY CITY CA 99999-9999

Aviso del Ajuste de la Fecha de Vigencia de la Solicitud del  
Permiso Familiar Pagado Ultimo Día que Trabajó

NO. DE SS ###-##-####

FECHA DE ENVÍO ##/##/##  
FECHA DE VIGENCIA ##/##/##

No podemos pagarle a usted beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado (PFL), por el período del ##/##/## al ##/##/##. La fecha de comienzo de su solicitud de beneficios ha sido ajustado porque:

La fecha de comienzo tiene que ser por lo menos un día después del último día que usted trabajo su horario regular de trabajo.

Conforme: Código del Seguro de Desempleo de California, Sección 3303.

Esta decisión es final a menos de que Ud. presente una apelación por escrito en un plazo de veinte (20) días de la fecha de envío de este aviso indicada arriba. Usted puede apelar completando el Formulario de Apelación adjunto o escribiendo por separado una declaración detallada explicando porqué usted cree que la determinación es incorrecta. Favor de incluir su Número de Seguro Social en su apelación y envíela a la oficina del EDD a la dirección de arriba.

Mailing Date: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

**Call In Notice**

**IMPORTANT!**

Please call the **Disability Insurance** Office at \_\_\_\_\_ between 8 a.m. and 4:30 p.m., Monday through Friday, to assist us in processing your claim for benefits. Give your Social Security Account number and be prepared to:

Make an appointment to come to our office      OR       Discuss the following:

Fecha de Envío: January 0, 1900

**Aviso Para Que Llame**

Nº de SS: 000-00-0000

**¡IMPORTANTE!**

Por favor llame a la oficina del **Seguro de Incapacidad (SDI)** al 0 entre las 8 a.m. y 4:30 p.m., de lunes a viernes para ayudar a tramitar su solicitud de beneficios. Dé su número de Seguro Social y este preparado para:

Hacer una cita para venir a nuestra oficina      O       Hablar de lo siguiente

SSN: Sample #8

GED: \_\_\_\_\_

Mailing Date: \_\_\_\_\_

**Continued Claim Certification  
For Paid Family Leave Benefits**

**Important:** No check can be issued until you complete, sign, date, and return this form on \_\_\_\_\_ (due date). If this date is past, please complete, sign, date, and return this form immediately.

You may lose benefits if this form is not mailed within 20 days starting on the due date OR 20 days after the day you received this form, if the due date is passed.

In order to pay you Paid Family Leave benefits for the period from \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_, we need the following information:

1. Did you provide family care or bonding during the period shown above?  Yes  No  
If no, enter the date you stopped providing care or bonding and explain why you stopped: \_\_\_\_\_
2. Did you work during the period shown?  Yes  No  
If yes, did you work part-time or full-time?  full-time  part-time - please respond to the questions below

Date you began part-time work or work at less than full pay:			Number of hours you usually worked per week before your family leave began:			Gross salary (before deductions, excluding overtime, but including tips) for the last full week you worked before your family leave began: \$		
Date Worked	No. of Hours Worked	Gross Amount Earned	Date Worked	No. of Hours Worked	Gross Amount Earned	Date Worked	No. of Hours Worked	Gross Amount Earned

If you have received or expect to receive other types of payments (i.e., sick leave, vacation, pension pay, a loan, a gift, workers' compensation benefits, military reserve or National Guard pay) during the above period, show type and amount of payment(s), the period(s) covered by the payment(s), and the payer name(s) and telephone number(s). (Use the back of this form if you need more space.)

3. Was anyone else available to provide care during the period shown above?  Yes  No  
If yes, please explain: \_\_\_\_\_

I have reported on this form all money and wages I have received or will receive for the above certification period. My answers are true to the best of my knowledge.  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If your address and/or telephone number has changed, please enter the new information below.

No., Street and Apt. No., or P.O. Box	City	State	Zip Code	Telephone ( )
---------------------------------------	------	-------	----------	------------------

If you have questions regarding this form, please call 1-877-238-4373 between the hours of 8:00 a.m. and 5:00 p.m.

**PENALTIES:** California Unemployment Insurance Code provides for penalties of fine, imprisonment, and loss of benefit rights for fraud against the Employment Development Department.

Versión en español adjunta

**State Disability Insurance (SDI) and  
Paid Family Leave (PFL) Weekly Benefit Amounts**

**Sample #9**

(This chart reflects maximum weekly benefit amounts for claims beginning on  
or after January 1, 2007.)

This chart shows what your weekly benefit might be based on your highest quarter of earnings in your base period.

<b>If your claim begins in:</b>	<b>Your base period is the 12 months ending last</b>
January, February, or March .....	September 30
April, May, or June .....	December 31
July, August, or September .....	March 31
October, November, or December .....	June 30

**You should carefully decide the date you want your claim to begin.** If you want your claim to begin later than the beginning date of your disability or family leave so that you will have a different base period, do not submit your claim before calling the appropriate office:

**State Disability Insurance at 1-800-480-3287 or Paid Family Leave at 1-877-238-4373.**

\$75.00 - 1,374.99 .....	\$50 - 59	8,249.10 - 8,485.45 .....	350 - 359	15,340.01 - 15,576.36 .....	650 - 659
1,375.00 - 1,624.99 .....	60 - 69	8,485.46 - 8,721.82 .....	360 - 369	15,576.37 - 15,812.72 .....	660 - 669
1,625.00 - 1,867.27 .....	70 - 79	8,721.83 - 8,958.18 .....	370 - 379	15,812.73 - 16,049.09 .....	670 - 679
1,867.28 - 2,103.63 .....	80 - 89	8,958.19 - 9,194.54 .....	380 - 389	16,049.10 - 16,285.45 .....	680 - 689
2,103.64 - 2,340.00 .....	90 - 99	9,194.55 - 9,430.91 .....	390 - 399	16,285.46 - 16,521.82 .....	690 - 699
2,340.01 - 2,576.36 .....	100 - 109	9,430.92 - 9,667.27 .....	400 - 409	16,521.83 - 16,758.18 .....	700 - 709
2,576.37 - 2,812.72 .....	110 - 119	9,667.28 - 9,903.63 .....	410 - 419	16,758.19 - 16,994.54 .....	710 - 719
2,812.73 - 3,049.09 .....	120 - 129	9,903.64 - 10,140.00 .....	420 - 429	16,994.55 - 17,230.91 .....	720 - 729
3,049.10 - 3,285.45 .....	130 - 139	10,140.01 - 10,376.36 .....	430 - 439	17,230.92 - 17,467.27 .....	730 - 739
3,285.46 - 3,521.82 .....	140 - 149	10,376.37 - 10,612.72 .....	440 - 449	17,467.28 - 17,703.63 .....	740 - 749
3,521.83 - 3,758.18 .....	150 - 159	10,612.73 - 10,849.09 .....	450 - 459	17,703.64 - 17,940.00 .....	750 - 759
3,758.19 - 3,994.54 .....	160 - 169	10,849.10 - 11,085.45 .....	460 - 469	17,940.01 - 18,176.36 .....	760 - 769
3,994.55 - 4,230.91 .....	170 - 179	11,085.46 - 11,321.82 .....	470 - 479	18,176.37 - 18,412.72 .....	770 - 779
4,230.92 - 4,467.27 .....	180 - 189	11,321.83 - 11,558.18 .....	480 - 489	18,412.73 - 18,649.09 .....	780 - 789
4,467.28 - 4,703.63 .....	190 - 199	11,558.19 - 11,794.54 .....	490 - 499	18,649.10 - 18,885.45 .....	790 - 799
4,703.64 - 4,940.00 .....	200 - 209	11,794.55 - 12,030.91 .....	500 - 509	18,885.46 - 19,121.82 .....	800 - 809
4,940.01 - 5,176.36 .....	210 - 219	12,030.92 - 12,267.27 .....	510 - 519	19,121.83 - 19,358.18 .....	810 - 819
5,176.37 - 5,412.72 .....	220 - 229	12,267.28 - 12,503.63 .....	520 - 529	19,358.19 - 19,594.54 .....	820 - 829
5,412.73 - 5,649.09 .....	230 - 239	12,503.64 - 12,740.00 .....	530 - 539	19,594.55 - 19,830.91 .....	830 - 839
5,649.10 - 5,885.45 .....	240 - 249	12,740.01 - 12,976.36 .....	540 - 549	19,830.92 - 20,067.27 .....	840 - 849
5,885.46 - 6,121.82 .....	250 - 259	12,976.37 - 13,212.72 .....	550 - 559	20,067.28 - 20,303.63 .....	850 - 859
6,121.83 - 6,358.18 .....	260 - 269	13,212.73 - 13,449.09 .....	560 - 569	20,303.64 - 20,540.00 .....	860 - 869
6,358.19 - 6,594.54 .....	270 - 279	13,449.10 - 13,685.45 .....	570 - 579	20,540.01 - 20,776.36 .....	870 - 879
6,594.55 - 6,830.91 .....	280 - 289	13,685.46 - 13,921.82 .....	580 - 589	20,776.37 - 20,823.63 .....	880 - 881
6,830.92 - 7,067.27 .....	290 - 299	13,921.83 - 14,158.18 .....	590 - 599	20,823.64 and above .....	882
7,067.28 - 7,303.63 .....	300 - 309	14,158.19 - 14,394.54 .....	600 - 609		
7,303.64 - 7,540.00 .....	310 - 319	14,394.55 - 14,630.91 .....	610 - 619		
7,540.01 - 7,776.36 .....	320 - 329	14,630.92 - 14,867.27 .....	620 - 629		
7,776.37 - 8,012.72 .....	330 - 339	14,867.28 - 15,103.63 .....	630 - 639		
8,012.73 - 8,249.09 .....	340 - 349	15,103.64 - 15,340.00 .....	640 - 649		

## Beneficios Semanales para el Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) y el Permiso Familiar Pagado (PFL)

(Esta tabla refleja las sumas máximas de beneficios semanales, para solicitudes que comiencen el o después del 1ro. de enero de 2007.)

Esta tabla le muestra sus posibles beneficios semanales, en base al trimestre de mayores ingresos durante su período reglamentario.

**Si su solicitud de beneficios empieza en:**      **Su período reglamentario es de 12 meses, terminando el:**

Enero, febrero o marzo ..... 30 de septiembre pasado

Abril, mayo o junio ..... 31 de diciembre pasado

Julio, agosto o septiembre ..... 31 de marzo pasado

Octubre, noviembre o diciembre ..... 30 de junio pasado

**Usted debe considerar cuidadosamente cuándo comenzar su solicitud de beneficios.** Si Ud. desea que su solicitud comience después de la fecha de su Incapacidad o de su permiso familiar para tener un período reglamentario diferente, no presente su solicitud antes de llamar a la oficina apropiada

**Seguro Estatal de Incapacidad al 1-866-658-8846 o Permiso Familiar Pagado al 1-877-379-3819.**

\$75.00 - 1,374.99 ..... \$50 - 59	8,249.10 - 8,485.45 ..... 350 - 359	15,340.01 - 15,576.36 ..... 650 - 659
1,375.00 - 1,624.99 ..... 60 - 69	8,485.46 - 8,721.82 ..... 360 - 369	15,576.37 - 15,812.72 ..... 660 - 669
1,625.00 - 1,867.27 ..... 70 - 79	8,721.83 - 8,958.18 ..... 370 - 379	15,812.73 - 16,049.09 ..... 670 - 679
1,867.28 - 2,103.63 ..... 80 - 89	8,958.19 - 9,194.54 ..... 380 - 389	16,049.10 - 16,285.45 ..... 680 - 689
2,103.64 - 2,340.00 ..... 90 - 99	9,194.55 - 9,430.91 ..... 390 - 399	16,285.46 - 16,521.82 ..... 690 - 699
2,340.01 - 2,576.36 ..... 100 - 109	9,430.92 - 9,667.27 ..... 400 - 409	16,521.83 - 16,758.18 ..... 700 - 709
2,576.37 - 2,812.72 ..... 110 - 119	9,667.28 - 9,903.63 ..... 410 - 419	16,758.19 - 16,994.54 ..... 710 - 719
2,812.73 - 3,049.09 ..... 120 - 129	9,903.64 - 10,140.00 ..... 420 - 429	16,994.55 - 17,230.91 ..... 720 - 729
3,049.10 - 3,285.45 ..... 130 - 139	10,140.01 - 10,376.36 ..... 430 - 439	17,230.92 - 17,467.27 ..... 730 - 739
3,285.46 - 3,521.82 ..... 140 - 149	10,376.37 - 10,612.72 ..... 440 - 449	17,467.28 - 17,703.63 ..... 740 - 749
3,521.83 - 3,758.18 ..... 150 - 159	10,612.73 - 10,849.09 ..... 450 - 459	17,703.64 - 17,940.00 ..... 750 - 759
3,758.19 - 3,994.54 ..... 160 - 169	10,849.10 - 11,085.45 ..... 460 - 469	17,940.01 - 18,176.36 ..... 760 - 769
3,994.55 - 4,230.91 ..... 170 - 179	11,085.46 - 11,321.82 ..... 470 - 479	18,176.37 - 18,412.72 ..... 770 - 779
4,230.92 - 4,467.27 ..... 180 - 189	11,321.83 - 11,558.18 ..... 480 - 489	18,412.73 - 18,649.09 ..... 780 - 789
4,467.28 - 4,703.63 ..... 190 - 199	11,558.19 - 11,794.54 ..... 490 - 499	18,649.10 - 18,885.45 ..... 790 - 799
4,703.64 - 4,940.00 ..... 200 - 209	11,794.55 - 12,030.91 ..... 500 - 509	18,885.46 - 19,121.82 ..... 800 - 809
4,940.01 - 5,176.36 ..... 210 - 219	12,030.92 - 12,267.27 ..... 510 - 519	19,121.83 - 19,358.18 ..... 810 - 819
5,176.37 - 5,412.72 ..... 220 - 229	12,267.28 - 12,503.63 ..... 520 - 529	19,358.19 - 19,594.54 ..... 820 - 829
5,412.73 - 5,649.09 ..... 230 - 239	12,503.64 - 12,740.00 ..... 530 - 539	19,594.55 - 19,830.91 ..... 830 - 839
5,649.10 - 5,885.45 ..... 240 - 249	12,740.01 - 12,976.36 ..... 540 - 549	19,830.92 - 20,067.27 ..... 840 - 849
5,885.46 - 6,121.82 ..... 250 - 259	12,976.37 - 13,212.72 ..... 550 - 559	20,067.28 - 20,303.63 ..... 850 - 859
6,121.83 - 6,358.18 ..... 260 - 269	13,212.73 - 13,449.09 ..... 560 - 569	20,303.64 - 20,540.00 ..... 860 - 869
6,358.19 - 6,594.54 ..... 270 - 279	13,449.10 - 13,685.45 ..... 570 - 579	20,540.01 - 20,776.36 ..... 870 - 879
6,594.55 - 6,830.91 ..... 280 - 289	13,685.46 - 13,921.82 ..... 580 - 589	20,776.37 - 20,823.63 ..... 880 - 881
6,830.92 - 7,067.27 ..... 290 - 299	13,921.83 - 14,158.18 ..... 590 - 599	20,823.64 y más ..... 882
7,067.28 - 7,303.63 ..... 300 - 309	14,158.19 - 14,394.54 ..... 600 - 609	
7,303.64 - 7,540.00 ..... 310 - 319	14,394.55 - 14,630.91 ..... 610 - 619	
7,540.01 - 7,776.36 ..... 320 - 329	14,630.92 - 14,867.27 ..... 620 - 629	
7,776.37 - 8,012.72 ..... 330 - 339	14,867.28 - 15,103.63 ..... 630 - 639	
8,012.73 - 8,249.09 ..... 340 - 349	15,103.64 - 15,340.00 ..... 640 - 649	