

## Introducción:

Los planes equivalentes son programas de permiso pagado ofrecidos por el empleador. Si se aprueba, los empleadores proporcionarán beneficios de permiso pagado a sus empleados a través del plan equivalente aprobado en lugar del plan ofrecido por Permiso Pagado Oregon. Los planes equivalentes pueden ser administrados por el empleador o comprar pólizas de seguro totalmente aseguradas.

## Prácticas recomendadas y consejos para la presentación de planes equivalentes:

- Familiarícese con todos los requisitos del programa antes de comenzar una solicitud revisando la Guía del Plan Equivalente en [paidleave.oregon.gov](http://paidleave.oregon.gov)
- Permitir al menos 30 días para una decisión. Si se aprueba, su plan equivalente entrará en vigencia el primer día del próximo trimestre.
- Se tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros en 1-833-854-0166.

## Información de Pago:

- Solo aceptamos cheques para solicitudes en papel. Si desea pagar por ACH, por favor, llene su solicitud en línea en [frances.oregon.gov](http://frances.oregon.gov). Por favor haga los cheques a nombre de 'Paid Leave Oregon – Employment Department.' Incluir 'Aplicación de plan equivalente' en la sección de notas de su cheque.

## Información sobre tarifas:

- La aprobación de un plan equivalente es de \$250.

## Los empleadores que presenten planes para su reprobación serán notificados si su plan tiene cambios sustantivos o no sustantivos y se les evaluará la tarifa de reprobación asociada:

- La re-aprobación de un plan equivalente con cambios sustantivos es de \$250.
- La re-aprobación de un plan equivalente con cambios no sustantivos es de \$150.

## Instrucciones:

- **Los campos marcados con \* son obligatorios**
- Asegúrese de que las respuestas sean legibles
- Le notificaremos por correo después de que se revise su solicitud
- Complete este formulario en tinta negra o azul
- Envíe por correo el formulario completo y los documentos requeridos a la dirección en la página 4.

## Debe completar una solicitud para cada número de identificación comercial (BIN). Requisitos de solicitud:

- Si está solicitando un plan administrado por el empleador, llenar secciones A, C, D, E, F y envíe por correo una copia de su solicitud, plan equivalente, documentos de solvencia, y pago de cheque.
- Si está solicitando un plan totalmente asegurado, llenar secciones A, B, C, D, F y envíe por correo una copia de su solicitud, plan equivalente o póliza de seguro, y pago de cheque.
- Si está solicitando la reprobación del plan administrado por el empleador, llenar secciones A, C, D, E, F y envíe por correo una copia de su solicitud, plan equivalente, documentos de solvencia, y pago de cheque.
- Si está solicitando la reprobación de su plan totalmente asegurado, llenar secciones A, B, C, D, F y envíe por correo una copia de su solicitud, plan equivalente o póliza de seguro, y pago de cheque.

**SECCION A-INFORMACIÓN DE CONTACTO***La información de contacto será utilizada por el personal si tenemos alguna pregunta sobre su solicitud de plan equivalente*

|   |   |
|---|---|
| *Nombre del negocio:  | *Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN):<br>____ - _____ |
| *Número de identificación de la empresa (BIN): _____ - ____ |   |
| *Nombre:  | *Apellido:  |
| *Número de teléfono:  | *Correo Electrónico:  |

**DIRECCIÓN FISICA**

|                 |                   |          |
|-----------------|-------------------|----------|
| *Calle Línea 1: |                   |          |
| Calle Línea 2:  |                   |          |
| Tipo de Unidad: | Numero de unidad: | *Cuidad: |
| *Estado:        | *Zip:             | Condado: |

**DIRECCIÓN POSTAL( SI DIFERENTE A LA DIRECCIÓN FISICA)**

|                 |                   |          |
|-----------------|-------------------|----------|
| *Calle Línea 1: |                   |          |
| Calle Línea 2:  |                   |          |
| Tipo de unidad: | Numero de unidad: | *Cuidad: |
| *Estado         | *Zip:             | Condado  |

**SECCION B - INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA COMPANIA DE SEGUROS**

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| *Nombre de la compañía de seguros: |                      |
| *Nombre de contacto del seguro:    |                      |
| *Número de teléfono:               | *Correo Electrónico: |

**DIRECCIÓN FISICA**

|                 |                   |          |
|-----------------|-------------------|----------|
| *Calle Línea 1: |                   |          |
| Calle Línea 2:  |                   |          |
| Tipo de Unidad: | Numero de unidad: | *Cuidad: |
| *Estado:        | *Zip:             | Condado: |

**DIRECCIÓN POSTAL (SI DIFERENTE A LA DIRECCIÓN FISICA)**

|                 |                   |          |
|-----------------|-------------------|----------|
| *Calle Línea 1: |                   |          |
| Calle Línea 2:  |                   |          |
| Tipo de Unidad: | Numero de unidad: | *Cuidad: |
| *Estado:        | *Zip:             | Condado: |

**SECCIÓN C – DETALLES DE POLIZA/PLAN***Proporcione los siguientes detalles con respecto a su plan. Si desea obtener más información sobre las diferencias entre un plan totalmente asegurado y un plan administrado por el empleador, consulte la Guía de planes equivalentes.*

|  |
|--|
| Tipo de Plan: <input type="checkbox"/> Totalmente Asegurado (Póliza/Numero de ID del Formulario _____) <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Administrado por el Empleado |
| Fecha en que comienza la cobertura de la póliza (DD/MM/YYYY):  |
| Fecha en que finaliza la cobertura de la póliza (DD/MM/YYYY):  |

## SECCIÓN D - CUESTIONARIO

### Detalles del Plan

1. ¿Actualmente tiene un plan equivalente con el departamento que ya fue aprobado?  Si  No
2. Si "si", ¿ha habido alguna modificación?(incluido el cambio de administrado por el empleador a totalmente asegurado) al plan?  Si  No  
 N/A

### Requisitos Mínimos del Plan

3. Su plan debe hacerse disponible para todos sus empleados de Oregon (incluyendo los de tiempo completo, tiempo parcial, permanente, o temporal) quienes han estado empleado continuamente con ustedes por 30 días. Su plan debe proporcionar cobertura inmediata para nuevos empleados viniendo de un trabajo con cobertura bajo un plan equivalente. ¿Su plan puede cumplir con estos requisitos?  Si  No
4. Su plan debe proporcionar con las siguientes duraciones de beneficios relacionados con permiso de familia, médico, y permiso de seguridad: un mínimo de 12 semanas de permiso pagado para su empleado durante un periodo de 52 semanas consecutivas (O 53 semanas consecutivas cuando aplicable), con 2 semanas adicionales para embarazos, parto, o condiciones relacionadas. ¿Su plan puede cumplir con estos requisitos?  Si  No
5. Su plan debe permitir que el tiempo libre sea tomado en una semana de trabajo o en incrementos de días de trabajo. Su plan puede cumplir con estos requisitos?  Si  No
6. Su plan debe proporcionar permiso pagado para sus empleados que no puedan trabajar debido a su propio estado de salud. ¿Su plan puede cumplir con estos requisitos?  Si  No
7. Su plan debe proporcionar permiso familiar pagado para sus empleados para el cuidado de un familiar de sangre o asociado con relación a quien sea como familiar debido a una seriedad de estado de salud. ¿Su plan puede cumplir con estos requisitos?  Si  No
8. Su plan debe proporcionar permiso familiar para sus empleados para vincularse con su niño durante el primer año de vida y durante el primer año de colocación y de adopción. ¿Su plan puede cumplir con este requisito?  Si  No
9. Su plan debe proporcionar permiso de seguridad para sus empleados mientras están fuera de trabajo por razones relacionados con violencia doméstica, acecho, asalto sexual y acoso. ¿Su plan puede cumplir con este requisito?  Si  No
10. Su plan debe pagar beneficios que sean mejor o iguales a los del estado para sus empleados que sean elegibles. ¿Su plan puede cumplir con este requisito?  Si  No
11. ¿Su plan hace un esfuerzo razonable para pagar el primer pago de beneficios dentro las 2 semanas de recibir el reclamo o del empiezo de tiempo tomado, o lo que ocurra más tarde?  Si  No

### Contribuciones del Empleado

12. El empleador puede asumir todo o parte del costo relacionado con el plan equivalente aprobado. ¿Usted tiene la intención de retener contribuciones del salario de sus empleados para financiar el plan?  Si  No
13. Su plan no puede requerir que ningún empleado contribuya más del 60% de la tarifa de contribuciones. ¿Su plan puede cumplir con este requisito?  Si  No
14. Contribuciones retenidas de empleados cubiertos por un plan equivalente deben ser usadas únicamente para financiar el plan, y no puede ser considerado parte de bienes del empleador por cualquier razón. ¿Puede cumplir con este requisito?  Si  No

### Protección de Empleo y Beneficios de salud

15. Su plan debe proporcionar protección de empleo para su empleado que este fuera de trabajo por 90 días. ¿Su plan puede cumplir con este requisito?  Si  No

16. Usted debe proporcionar una nota por escrito a sus empleados que incluya la información en detalle de OAR 471-070-2330 con la carta del departamento. ¿Puede cumplir con este requisito?  Si  No
17. Si usted actualmente proporciona una contribución hacia beneficios de salud para sus empleados, debe continuar proporcionando los mismos beneficios durante el tiempo que su empleado este fuera de trabajo. ¿Su plan puede cumplir con este requisito?  Si  No

### SECCIÓN E – SOLVENCIA DOCUMENTACIÓN (SI APLICABLE)

Empleadores con planes administrado por el empleador deben proporcionar prueba de solvencia calculando lo que fuera de su contribución bajo el plan del estado y proporcionando documentación (estados de cuenta, bonos bancarios, etc.) para verificar la solvencia del plan equivalente.

*Por favor de agregar los documentos apropiados para comprobar la solvencia calculada anteriormente. Documentaciones pueden incluir bonos bancarios, pruebas de bienes, o una línea de crédito irrevocable.*

### SECCIÓN F - CERTIFICADOS

- Certifico, con someter este pago, que la cuota de la aplicación no es reembolsable y si mi aplicación es rechazada, tendré que someter pagos adicionales para cualquier aplicación de plan equivalentes en el futuro.
- Certifico y acepto usar las contribuciones de empleados únicamente para el propósito de la administración del plan.
- He leído y reconozco las leyes en ORS capitulo 657B y seguiré las estatutos, leyes administrativas, y políticas de la agencia para empleadores ofreciendo planes equivalentes.
- Comprendo que la ley tienes penas para empleadores quienes falsifican documentos o fallen en reportar materiales relacionados con reclamos de beneficios para los empleados.
- Declaro bajo pena que lo anterior es verdadero y correcto.**

Firmado el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ año at \_\_\_\_\_ ciudad, \_\_\_\_\_ estado.  
día del mes mes año ciudad estado

Nombre:

Título:

Firma:

### CONFIRMACIÓN

*Por favor permita mínimo 30 días desde su recibo de solicitud completada para una decisión. Si requerimos más información, el departamento notificara a la persona de contacto.*

Por favor de regresar este formulario y los accesorios requeridos a esta dirección:

**Oregon Employment Department  
 Paid Leave Oregon Equivalent Plan Application  
 875 Union St NE  
 Salem, OR 97311**

### NECESITA AYUDA?

El Departamento de Empleo de Oregon es una agencia con igualdad de oportunidades. Todos tienen un derecho de usar los programas y servicios de OED. OED proporciona ayuda gratuita. Unos ejemplos son intérpretes de idiomas y de lenguaje de signos, y material escrito en otros idiomas, en braille, letra grande, audio, u otros formatos. Si necesita ayuda, por favor de llamar 833-854-0166 (toll free). TTY usuarios llamen al 711. Además puede pedir ayuda en nuestra página [paidleave@oregon.gov](mailto:paidleave@oregon.gov).