

FORMA PARA EL SEGURO OPCIONAL DEL ESTADO CONTRA INCAPACIDAD (SDI) SOBRE IHSS/CMIPS

Esta forma es para cobertura opcional del Seguro del Estado contra Incapacidad (Sección 702.5 del Código del Seguro contra Desempleo), y es solamente para proveedores que son miembros de la familia, que reciben sus cheques de pago de la Oficina del Contralor del Estado. **Un miembro elegible de la familia es el esposo(a) del beneficiario, uno de los padres, o un hijo(a) (incluyendo a los adoptados, pero no a los hijastros o a los hijos de crianza temporal) menores de 18 años.** Este seguro contra incapacidad no es obligatorio, y al aceptar cobertura, el beneficiario y su proveedor miembro de la familia están de acuerdo en que se deduzcan las primas del Seguro del Estado contra Incapacidad de los cheques de sueldo del proveedor miembro de la familia. No complete esta forma, a menos que el beneficiario/empleador y el proveedor/empleado deseen que se cubran voluntariamente los servicios del proveedor con el Seguro contra Incapacidad bajo lo estipulado por la Sección 702.5 del código.

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL BENEFICIARIO/EMPLEADOR

NOMBRE DEL BENEFICIARIO		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE TELEFONO ()
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Yo, el suscrito, certifico que las declaraciones hechas en esta solicitud, son verdaderas y correctas, según mi leal saber y entender. Por medio de la presente elijo y presento solicitud para que los servicios familiares exentos se consideren como empleo sujeto al Código del Seguro contra Desempleo, solamente para fines de seguro contra incapacidad. **EL CONVENIO OPCIONAL TENDRA UNA DURACION DE POR LO MENOS DOS AÑOS COMPLETOS, O HASTA QUE SE TERMINEN LOS SERVICIOS DEL PROVEEDOR.** Se puede terminar el convenio opcional presentando una petición de terminación a más tardar el 31 de enero de cualquier año, después de cumplir dos años completos de cobertura opcional.

FIRMA DEL BENEFICIARIO/EMPLEADOR	FECHA
----------------------------------	-------

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL PROVEEDOR/MIEMBRO DE LA FAMILIA

SOLO PARA USO DEL CONDADO

NOMBRE DEL PROVEEDOR		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		RECIPIENT CASE NUMBER
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	COMMENTS
NUMERO DE TELEFONO ()	PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO (SI ES HIJO(A), POR FAVOR MARQUE CON UN CIRCULO) BIOLOGICO ADOPTADO (NO SON ELEGIBLES LOS HIJASTROS O HIJOS DE CRIANZA TEMPORAL)		FECHA DE NACIMIENTO	
1. ¿Existen las intenciones de que el empleo sea continuo y no intermitente o de temporada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2. ¿Puede usted proporcionar servicios normales y de costumbre con IHSS?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Las deducciones sobre el SDI opcional comenzarán con su próximo pago.				
Elijo recibir cobertura del Seguro del Estado contra Incapacidad, y acepto que se deduzcan de mis cheques de salario las primas de este seguro.				
FIRMA DEL PROVEEDOR			FECHA	

Nota: Si se aprueba su solicitud, el convenio de cobertura opcional estará sujeto a todos los requisitos y condiciones de las Secciones 631, 702.5, 704 y 707 del Código del Seguro contra Desempleo.

LA ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA INCAPACIDAD BAJO EL CODIGO, NO COMIENZA EN LA FECHA EN QUE EMPIEZA LA COBERTURA. GENERALMENTE, TIENE QUE TRANSCURRIR UN MINIMO DE 7 MESES DESDE LA FECHA DEL COMIENZO DE LA COBERTURA, ANTES QUE SE PUEDA PRESENTAR UN RECLAMO VALIDO, BASADO SOLAMENTE EN SALARIOS REPORTABLES CONFORME A LA ELECCION QUE USTED HIZO.

También note: Los servicios domésticos no están sujetos a la detención de impuestos sobre los ingresos personales, sin embargo, si el beneficiario y el proveedor están de acuerdo en forma voluntaria, se pueden retener los impuestos sobre los ingresos.

Sueldos y contribuciones - Sección 702.5: Las contribuciones que se pagarán por cobertura opcional por "empleo familiar", se basarán en salarios que realmente se pagaron para miembros de la familia cubiertos por concepto de servicios prestados hasta por un límite máximo de sueldos correspondientes al año para cada miembro de la familia. En esta sección, no hay ninguna provisión que permita que se basen las contribuciones en otros pagos, sino en los salarios que realmente se paguen. La cantidad de cualquier beneficio de incapacidad que se pague también se determinará basándose en los salarios que se paguen.

Revelación del número de Seguro Social: Es obligatorio que se revele su número de Seguro Social en conformidad con el Decreto de Reforma de los Impuestos Federales de 1976. Se usará el número con fines de identificación, y solamente estará a la disposición de personal autorizado del Departamento del Desarrollo del Empleo y otras dependencias gubernamentales en la manera en que lo permiten las Secciones 322 y 1095 del Código de California del Seguro contra Desempleo.

TERMINACION DE SDI OPCIONAL

Solamente el beneficiario/empleador puede solicitar que se pare la cobertura opcional de SDI de su proveedor.

Solamente se puede terminar la cobertura opcional de SDI durante enero, después que se completen dos años de cobertura opcional, o que se termine el empleo.

Pido que se termine la cobertura opcional de SDI de mi proveedor.

FIRMA DEL BENEFICIARIO	FECHA
------------------------	-------