

Atención:

Información Importante

Favor de tomar en cuenta que es mucho más rápido enviar su solicitud para **TDI** en línea, Solo ingrese a:
DLT.RI.GOV

Las solicitudes en línea generalmente se procesan en un periodo de tres días, mientras que las solicitudes en papel requieren ser ingresadas manualmente y pueden demorar más de dos semanas en ser recibidas y procesadas.

- Para enviar su solicitud en línea, Favor de ingresar a DLT.RI.GOV y seleccionar "Para Individuos" en la barra azul claro luego seleccione "Incapacidad medica temporal/ Seguro para el cuidado de un familiar" en el menú desplegable, luego seleccione "Para Reclamantes" y proceda "Aplicar para TDI O' TCI"

Además, los formularios y las actualizaciones se enviarán vía correo electrónico cuando las solicitudes son enviadas en línea e incluyen un correo electrónico.

- Cuando se presenta una solicitud en papel, toda la documentación, formularios y actualizaciones sobre su caso, le será enviada vía correo postal regular, el cual puede tardar hasta dos semanas o más para ser recibida por usted.

Instrucciones Para Completar la Aplicación de TDI/TCI

Adjunto encontrará la aplicación solicitada. Usted debe responder todas las preguntas por completo. Si no completa todas las preguntas o no envía todo el material requerido, se retrasará el procesamiento de su aplicación. Cuando la complete, envíela por correo a la dirección indicada arriba para su procesamiento. **No la envíe** por fax.

Los beneficios por Incapacidad Temporal (TDI) se pueden proporcionar hasta por un máximo de 26 semanas a los trabajadores que estén desempleados temporalmente durante semanas debido a una incapacidad o lesión temporal.

- El formulario de Certificación Médica de TDI requerido (TDI-3 o TDI-3C) se enviará por correo a su domicilio. Es su responsabilidad darle el formulario requerido a su Proveedor de Atención Médica Calificado (doctor) tratante para que lo complete según las instrucciones.
- Si usted aplica por TDI (enfermedad/lesión/cirugía), la ley requiere que usted se someta a un examen en el consultorio por parte de su proveedor de atención médica calificado (QHP) la semana anterior, la semana de o la semana posterior a la fecha de incapacidad indicada por su QHP.
- Los beneficios del TDI **no** están sujetos a impuestos.

Los beneficios del Seguro para Cuidadores Temporales (TCI) pueden proporcionarse hasta por un máximo de 7 semanas para cuidar a un familiar gravemente enfermo o para crear un vínculo con un niño. Los beneficios del TCI deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al primer día de permiso. No se requieren números de Seguro Social para niños menores de 12 meses de edad. No espere para presentar un reclamo del TCI, ya que la regla de los 30 días no se puede extender.

- Si usted está aplicando por **beneficios para cuidar a un familiar gravemente enfermo**, se requiere un formulario médico especial (TCI-3G). Se lo enviaremos por correo a su domicilio después de que el personal del departamento reciba y procese su aplicación. Es su responsabilidad que el médico que atiende a su familiar complete el formulario médico. Usted puede enviarlo por correo o por fax a la oficina indicada arriba para su procesamiento.
- Si usted está aplicando para **vincularse con un niño**, la ley exige que usted proporcione pruebas de la relación paternal, como un certificado de nacimiento, prueba de tutela legal, prueba de colocación en hogares de acogida, prueba de colocación en adopción o un acuerdo de colocación en adopción independiente. Dichos documentos pueden presentarse en una fecha posterior; sin embargo, **los pagos de beneficios no se procesarán sin esta prueba.**
- **Los beneficios de TCI están sujetos a impuestos.** Se le enviará por correo un formulario 1099-G al final del año indicando el total de beneficios que usted recibió. Usted es responsable de reclamar y pagar impuestos sobre los beneficios de TCI cada año.

Visite nuestro sitio web para obtener información más detallada sobre consultas de reclamos de TCI y TDI en www.dlt.ri.gov/tdi.

Proveer información falsa o engañosa para defraudar a los programas de seguros TDI o TCI es un delito y puede dar lugar a sanciones penales y civiles.

Seguro por Incapacidad Temporal/Para Cuidadores

Derechos y Responsabilidades Sobre los Beneficios

Información General y Elegibilidad

El Seguro de Incapacidad Temporal (TDI) protege a los trabajadores contra la pérdida de salario y proporciona pagos parciales a los trabajadores asegurados de Rhode Island que no pueden trabajar debido a una discapacidad o lesión temporal no relacionada con el trabajo.

El Seguro de Cuidado Temporal (TCI) ofrece beneficios a los trabajadores elegibles que cuidan a un familiar gravemente enfermo o que establecen un vínculo con un recién nacido, un niño recién adoptado o un niño en acogida. Ambos programas se financian exclusivamente con las deducciones de nómina del TDI/TCI de los empleados.

Para ser elegible para el TDI/TCI, debe haber ganado suficientes salarios en el período base, como se explica en su Declaración de Cálculo de Beneficios, y debe haber tenido una parte suficiente de sus salarios deducida al fondo del TDI/TCI.

- Para ser médicamente elegible para los beneficios del TDI, un Proveedor de Atención Médica Calificado (QHP) debe certificar que usted es funcionalmente incapaz de realizar sus tareas laborales habituales y regulares.
- Para ser médicamente elegible para los beneficios de TCI, usted es responsable de obtener la documentación médica necesaria; para los reclamos de cuidador y, para los reclamos de vinculación, usted es responsable de proporcionar prueba de la relación de padre/hijo.

Sus Responsabilidades

Información precisa sobre el reclamo: Usted es responsable de proporcionar información y respuestas correctas a las preguntas de la aplicación para beneficios del TDI o TCI. El estado puede verificar la exactitud de la información proporcionada en cualquier momento. Si no completa todas las preguntas o no envía toda la documentación requerida, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

Número de Identificación Personal (PIN): Su número de reclamo es su número de Seguro Social (SSN) de 9 dígitos, más los 3 o 4 dígitos siguientes, que indican la fecha de finalización de su año de beneficios y el número de registro. Por motivos de seguridad, solo los últimos 4 dígitos de su SSN, más los dígitos siguientes, se incluyen en los formularios que le enviamos. Su número de PIN se encuentra en el formulario de "Aviso de Reclamación Recibido" que se le envía cuando se procesa su solicitud. **No comparta su PIN con nadie.**

Sobrepagos y Fraude: La falta intencional de proporcionar información precisa o proporcionar información falsa o fraudulenta a propósito se considera fraude. Esto puede dar lugar a un procesamiento por delitos graves, prisión, antecedentes penales y posibles sanciones económicas. El Departamento utiliza varios métodos para detectar el fraude y abuso.

Si se realiza un sobrepago y se determina que usted es culpable, el Departamento puede recuperar los sobrepagos deduciendo el monto de su reembolso de impuestos federales o estatales o de sus ganancias de lotería.

Información de Contacto: El Departamento requiere su información de contacto actual. Por favor notifique al departamento sobre cualquier cambio de dirección, correo electrónico o número de teléfono. Esto puede hacerlo llamando al (401) 462-8420 o enviando un correo electrónico a DLT.TDI@dlt.ri.gov. Usted puede llamar entre las 8:00 AM. y las 3:30 p. m. los lunes, martes y jueves entre las 9:00 a. m. y las 3:30 p. m. los viernes para hablar con un representante de TOI. Usted debe proporcionar su número de reclamo y de identificación personal (PIN) cuando llame o envíe un correo electrónico.

Impuestos: Los beneficios del TDI que se le pagan no están sujetos a impuestos. Los beneficios del TCI que se le pagan sí están sujetos a impuestos. Se le enviará por correo un formulario 1099-G al final del año indicando el total de beneficios que usted recibió. Usted es responsable de reclamar y pagar los impuestos sobre los beneficios del TCI cada año.

Report Your Return to Work/Recovery Date: Usted es responsable de reportar su fecha de recuperación o de regreso al trabajo al Departamento. Hay varias maneras de hacerlo.

- Llame al (401) 462-8700 (sin esperas). Siga las instrucciones e ingrese su número de reclamo y PIN; la primera pregunta será su fecha de regreso al trabajo o recuperación.
- Complete y envíe por correo el formulario de "Regreso al Trabajo" que le enviamos junto con su carta de PIN.
- Envíe a TDI una carta/nota con su información, indicando su fecha de regreso al trabajo o recuperación.
- Comuníquese con la Unidad de Servicio al Cliente de TDI al (401) 462-8420 o envíe un correo electrónico a DLT.TDI@dlt.ri.gov con su información de regreso al trabajo.

Sus Derechos

Cantidad del beneficio semanal: Su tasa de beneficio semanal en TDI y TCI será igual al 4.62% del salario que recibió en el trimestre más alto de su período base. Su tasa de beneficio semanal permanece igual durante todo el año de beneficios. Por ley, la tasa máxima de beneficio se determina por el salario semanal promedio en RI y se vuelve a calcular anualmente. Puede encontrar información sobre cómo se calcula este monto en la [Declaración de cálculo de beneficios](#) que le enviamos por correo.

Subsidio por dependientes: Si usted tiene hijos dependientes quienes son menores de 18 años, usted puede ser elegible para un subsidio por dependientes. Los hijos incapacitados mayores de 18 años también pueden calificar para el subsidio. El subsidio por dependientes está limitado a 5 dependientes y es igual al mayor de \$20 o al 7% de su tasa de beneficio. Su subsidio por dependientes se determina al comienzo de su año de beneficio y permanece igual durante todo el período.

Pago parcial: Si su QHP le indica que usted puede regresar a trabajar a tiempo parcial y su empleador tiene trabajo disponible para usted, puede ser elegible para recibir pagos parciales del TDI. Los pagos parciales están disponibles a corto plazo para permitir que una persona vuelva a su horario de trabajo habitual. Se permite un estándar de ocho (8) semanas y puede extenderse por una (1) a cuatro (4) semanas adicionales, cuando esté claramente respaldado por documentación médica y sujeto a la aprobación de la Agencia. El máximo de semanas de pagos parciales en cualquier reclamo no puede exceder las doce (12). Para ser elegible, usted debe tener ingresos brutos inferiores a su tasa de beneficio semanal y no poder trabajar por completo durante al menos 7 días consecutivos antes de ser elegible para recibir beneficios parciales.

Reclamos de TCI: el Programa de Regreso Parcial al Trabajo (PRTW) no es para reclamos de vínculos familiares ni de cuidadores. El Programa PRTW existe para que una persona pueda regresar a su horario laboral normal mientras continúa su recuperación; Por lo tanto, no es relevante para TCI.

Denegación de beneficios y apelaciones: Si le niegan los beneficios, usted recibirá una decisión por escrito. Usted tiene derecho a apelar cualquier decisión con la que no este de acuerdo dentro de los quince (15) días calendario posteriores a la decisión, presentando una solicitud por escrito a la Unidad de Apelaciones de TDI/TCI en PO Box 20100, Cranston, RI 02920-0941 o por FAX al (401) 462-8466. Su caso se enviara a la Junta de Revisión, que programara una audiencia. Puede traer testigos o alguien que lo represente y traer cualquier documento u otra evidencia que respalde su reclamo.

Para más información

Usted puede visitar nuestro sitio web para obtener una lista de preguntas y respuestas frecuentes en dlt.ri.gov/tci/faq.

Usted puede encontrar el Código de Regulaciones de Rhode Island (R.I.C.R.) para los Programas de Seguro de Desempleo y Seguro de Incapacidad Temporal en rules.sos.ri.gov/regulations/Part/260-40-05-1 y las Leyes Generales de Rhode Island (R.I.G.L.) para el Departamento se pueden encontrar en webserver.rilegislatre.gov/Statutes/TITLE28/INDEX.HTM.

APLICACION DE BENEFICIOS - SEGURO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

INFORMACIÓN PERSONAL Y LABORAL DEL APLICANTE

Nombre (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido, Sufijo)				
Dirección postal (calle o apartado postal) Incluya el número de apartamento, si corresponde				
Ciudad/Pueblo	Estado/Provincia	Código postal	Dirección de correo electrónico	
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de teléfono de casa	Cell	
Género M F X	Raza (opcional): Morena, Blanca, Asiático Indio, Hawaian/Pacífico, Multirracial		Etnicidad (opcional): Hispano/Latinx No Hispano/Latinx, N/A	
Prefiero recibir información en: Inglés Español		¿Para qué programa está aplicando? Enfermedad Cirugía Lesión		
Portugués (<i>solo llamadas telefónicas</i>)				
Por favor proporcione la siguiente información si es pertinente el día de hoy				
Fecha en la que regresó a trabajar en horario normal (mm/dd/aaaa):		Fecha en la que regreso a trabajar con horario reducido (mm/dd/aaaa):		
Se recuperó de una enfermedad o lesión el día (mm/dd/aaaa):				

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI PRESENTA LA APLICACION POR ENFERMEDAD/CIRUGÍA/LESIÓN PROPIA

¿Cuál es la naturaleza de su enfermedad o lesión? _____

El primer día laboral que no pudo trabajar debido a una enfermedad, cirugía o lesión (mm/dd/aaaa): _____

Fecha del examen médico más cercana a su suspensión laboral (mm/dd/aaaa): _____

(Por ley, un médico debe examinarlo la semana anterior, durante o posterior a la fecha en que no pudo trabajar).

¿Fue hospitalizado por esta Incapacidad? Si No Fechas de ingreso en el hospital: Desde _____ A _____
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

Nombre del hospital: _____

Dirección postal del hospital, Incluya el número de unidad, si corresponde	Ciudad/Pueblo	Estado/Provincia	Código postal
--	---------------	------------------	---------------

Doctor o practicante medico: _____ Doctor o practicante medico: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Ciudad/Pueblo: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Ingrese su último día de trabajo o la fecha en que realizó el último servicio (mm/dd/aaaa): _____

¿Ha solicitado o recibido Seguro de Incapacidad Temporal en los últimos 12 meses? Si No

¿Ha solicitado o recibido beneficios del seguro de desempleo en los últimos 12 meses? Si No Si es así, la fecha de finalización de la última semana en la que recibió el pago del seguro de desempleo. _____

¿De qué estado le pagaron? _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL APLICANTE: incluya todos los empleadores en los últimos 2 años, adjunte una hoja separada con su número de seguro social y nombre en la parte superior, si es necesario.

Empleador: _____	Empleador: _____
Address: _____	Dirección: _____
Ciudad/Pueblo: _____	Ciudad/Pueblo: _____
Número de teléfono: _____	Número de teléfono: _____
Fechas de empleo: _____	Fechas de empleo: _____
¿Cuántas horas por semana trabaja normalmente? _____	¿Cuántas horas por semana trabaja normalmente? _____
Puesto: _____	Puesto: _____
¿Su trabajo se realizó en RI? Si No	¿Su trabajo se realizó en RI? Si No
¿Es usted un funcionario corporativo, socio o propietario? Si No	¿Es usted un funcionario corporativo, socio o propietario? Si No
Marque cada día de la semana en el que trabaja habitualmente Dom Lu Mar Mie Jue Vie Sab	
¿Ha ganado algún salario o prestado servicios por cuenta propia en los últimos 2 años? Si No	
Indique las fechas de inicio y finalización de cualquier período de trabajo por cuenta propia durante los últimos 2 años. Fechas de empleo: _____ A _____	



APLICACION DE BENEFICIOS - SEGURO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

SU SUBSIDIO POR DEPENDIENTES - REQUERIDO PARA CALCULAR LA TASA DE BENEFICIO DEL RECLAMO

¿A cuántos hijos dependientes mantiene? (Incluya a los niños menores de 18 años y a aquellos de 18 años o más que estén incapacitados.)

Enumere únicamente los nombres de sus hijos naturales, adoptados, hijastros o tutelados designados por el tribunal a quienes usted les brinda manutención. (Se requiere documentación para los tutelados designados por el tribunal y para los hijos mayores de 18 años que están incapacitados.)

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo)	Relación con usted	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social

¿Tiene usted la custodia legal de los niños mencionados anteriormente?	Si	No	¿Hay alguna otra persona que reclame a su(s) hijo(s) como dependientes según la Ley de Incapacidad Temporal de Rhode Island?	Si	No
¿Todos los niños mencionados anteriormente viven con usted?	Si	No			
En caso negativo, indique abajo el nombre, la dirección y el número de Seguro Social de la persona con quien viven.			En caso afirmativo, indique el nombre, la dirección y el número de Seguro Social de la persona que reclama dichos hijos.		
Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo)			Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo)		
Dirección			Dirección		
Número de seguro social			Número de seguro social		
Si alguno de los dependientes legales nombrados anteriormente tiene 18 años o más, indique el tipo de incapacidad (mental o física).					
Nombre			Tipo de incapacidad		

INFORMACIÓN SOBRE LA INDEMNIZACIÓN LABORAL - Rellenar si la lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo

¿Tiene una enfermedad relacionada con el trabajo o un problema de indemnización por accidente laboral?	Si	No
¿Ha presentado un reclamo de compensación para los trabajadores por esta o cualquier otra discapacidad?	Si	No
Fecha de la lesión o inicio de la enfermedad: _____		
Nombre de la empresa donde ocurrió la lesión: _____ Dirección: _____		
¿Ha recibido algún pago de compensación para los trabajadores por esta o cualquier otra discapacidad?	Si	No
Si, si fechas: Desde: _____ A _____		
En caso afirmativo, proporcione la información de contacto de su compañía de compensación para los trabajadores.	Si tiene un abogado que lo represente en este asunto, proporcione su nombre y dirección.	
Nombre: _____	Nombre del abogado: _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ CP: _____	Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ CP: _____	
Si no, por favor explique por qué no: _____		

SELECCIONE SU MÉTODO DE PAGO DE BENEFICIOS PREFERIDO

Depósito directo en mi cuenta
(Complete el formulario de depósito directo)

o

Tarjeta de pago electrónica - EPC (Funciona como una tarjeta de débito, pueden aplicarse tarifas si no se usa correctamente)

SE REQUIERE FIRMA

Entiendo que para reclamar los beneficios de TDI no puedo/no podía trabajar físicamente, incluido el trabajo por cuenta propia, durante el período por el cual estoy reclamando los beneficios, y que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y completa. Además, por la presente autorizo a mi proveedor de atención médica calificado, hospital u otro proveedor de atención médica a poner a disposición de TDI cualquier información médica, incluidos los registros hospitalarios, que se me solicite. Entiendo que soy responsable de informar a TDI la fecha en que regreso a trabajar a tiempo parcial o completo para evitar cualquier pago excesivo de beneficios. Entiendo que soy responsable de los costos/tarifas incurridos por mi QHP para proporcionar registros médicos a TDI.

Al firmar este reconocimiento, informo que he sido informado sobre los requisitos del Programa TDI mencionados anteriormente y que los comprendo.

Su Firma

Número de seguro social

Fecha



Solicitud de Tarjeta de Pago Electrónico y Autorización/Cancelación de Depósito Directo

Envíe este formulario a la dirección indicada arriba junto con su solicitud.

Para una Tarjeta de Pago Electrónico (EPC): Por favor lea el reverso de esta página, marque la casilla EPC a continuación, firme y feche el formulario y envíelo por correo a TDI utilizando la dirección indicada arriba.

Para Depósito Directo: Por favor, complete toda su información personal y bancaria a continuación.

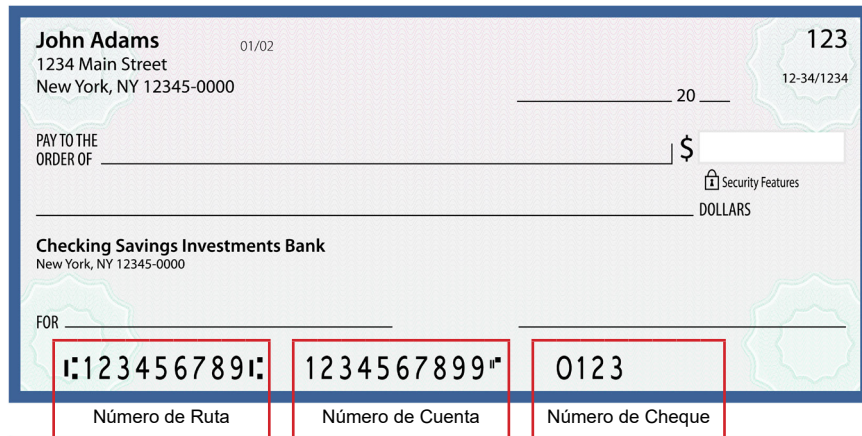
- Si usted utiliza una cuenta corriente, adjunte un cheque que diga "ANULADO" en la parte superior o incluya un documento de su banco que muestre sus números de ruta y de cuenta.
- Si usted utiliza una cuenta de ahorros, incluya un documento de su banco que muestre sus números de ruta y de cuenta.

Probablemente usted tenga que llamar a su banco para obtener el número de ruta correcto. No use un comprobante de depósito; —no se aceptan.

Para Cancelar el Depósito Directo: Complete su información personal, pero no es necesario que complete los datos bancarios. Marque la casilla para cancelar, firme y feche el formulario y envíelo por correo a la dirección indicada arriba.

INFORMACIÓN PERSONAL Y BANCARIA (Por Favor, Escriba con Claridad)		
Su Nombre (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)		Número de Seguro Social
Nombre de Su Banco		Tipo de cuenta (Marque una)
		Cheques Ahorros
Número de Ruta del Banco (Ver ejemplo de cheque abajo)	Número de Cuenta (Adjunte cheque anulado)	

Cheque de muestra (Dónde obtener números de ruta y de cuenta)



John Adams 01/02 123
1234 Main Street
New York, NY 12345-0000

PAY TO THE ORDER OF \$ 123.45
Security Features
DOLLARS

Checking Savings Investments Bank
New York, NY 12345-0000

FOR

123456789 1234567899 0123
Número de Ruta Número de Cuenta Número de Cheque

POR FAVOR MARQUE UNA:

- Yo autorizo que mis beneficios netos se depositen en una Tarjeta de Pago Electrónica.
Yo autorizo que mis beneficios netos se depositen directamente en la cuenta indicada arriba.
Yo solicito cancelación de depósito directo.

Su Firma: _____ Fecha: _____

Si tiene preguntas sobre este proceso, llame a TDI/TCI al (401) 462-8420 o visite www.dlt.ri.gov/tdi.

Lista de todas las tarifas (Formato Largo) del Programa de Desembolso del Gobierno Estatal Money Network®		
Todas las Tarifas	Tarifas del Programa	Detalles
Uso mensual		
Apertura de cuenta y recepción de tarjeta	\$0.00	Sin cargo por apertura de cuenta y tarjeta inicial.
Apertura de cuenta y recepción de tarjeta	\$0.00	No cobramos tarifa de mantenimiento mensual.
Añadir Dinero		
Depósito del Pagador	\$0.00	Los fondos son cargados únicamente por su pagador.
Gastar Dinero		
Transacciones de Débito con Firma	\$0.00	Seleccione "Crédito" o firme en el punto de venta (TPV). La Evaluación de Servicio Internacional o la Evaluación Transfronteriza también pueden aplicar a las transacciones internacionales.
PIN Transacciones de Débito \$0.00	\$0.00	Seleccione "Débito" e ingrese el PIN en el punto de venta; opción de reembolso en comercios participantes. La Evaluación de Servicio Internacional o la Evaluación Transfronteriza también pueden aplicar a las transacciones internacionales.
Obtenga Efectivo o Envíe Efectivo		
Comisión por Retiro en ATM o Comisión por rechazo de ATM Dentro de la red	\$0.00	Retiro o rechazo de un ATM de nuestra red. Para encontrar ATM de nuestra red, use el localizador en nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse tarifas de datos) o en nuestro sitio web, o llame a Atención al Cliente.
Tarifa por Retiro de ATM fuera de la Red	\$1.00	Esta es nuestra tarifa. El operador del ATM también podría cobrarle una tarifa, incluso si no completa una transacción. "Fuera de la red" se refiere a los ATM que no pertenecen a la red. Para encontrar ATM dentro de la red, use el localizador en nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse tarifas de datos) o en nuestro sitio web, o llame a Atención al Cliente.
Tarifa por Rechazo en ATM Fuera de la Red	\$0.00	Este servicio es gratuito. El operador del ATM podría cobrarle una tarifa.
Retiro de Efectivo en Ventanilla de Cajero Bancario	\$0.00	En bancos que exhiban el logotipo de la asociación de tarjetas en el anverso de su tarjeta. Esta es nuestra tarifa. La Evaluación por Servicio Internacional o la Evaluación Transfronteriza también pueden aplicar a las transacciones internacionales.
Tarifa de Rransferencia al Banco del Cliente	\$0.00	Las transacciones ACH nacionales están sujetas a términos adicionales que se divulgan cuando se inicia la transacción.
Tarifa de Retiro ACH Internacional No	No Disponible	Usted puede usar este servicio para enviar dinero a una cuenta bancaria internacional mediante ACH. Cobramos una tarifa de hasta \$7 más un 3.5% sobre el tipo de cambio. La tarifa podría ser menor según el monto que envíe y las condiciones actuales del mercado. También se añadirán los impuestos correspondientes. Antes de finalizar la transacción, le mostraremos las tarifas e impuestos exactos que cobramos. El dinero que envíe se convertirá utilizando un tipo de cambio; otros bancos o terceros también podrían cobrar sus propias comisiones o impuestos. No controlamos estos cargos adicionales y pueden cambiar. Pueden aplicarse normas adicionales, que verá al iniciar la transferencia. Para obtener más información, visite nuestro sitio web o llame a Atención al Cliente.
Información		
Estado Mensual en Papel	\$0.00	Usted también puede obtener la actividad de la cuenta sin cargo a través de la aplicación móvil (pueden aplicarse tarifas de datos), nuestro sitio web o comunicándose con el Servicio de Atención al Cliente.
Servicio al Cliente	\$0.00	24/7 peaje gratis cuenta acceso, incluido cuenta consultas de saldo
Comisión por Consulta de Saldo en ATM Dentro de la Red	\$0.00	Para encontrar ATM dentro de la red, utilice el localizador en nuestra aplicación móvil (pueden aplicarse tarifas de datos) o en nuestro sitio web, o llame al Servicio de Atención al Cliente.
Comisión por Consulta de Saldo en ATM Fuera de la Red	\$0.00	Esta es nuestra tarifa. El operador del ATM también podría cobrarle una tarifa, incluso si no completa una transacción.
Uso de Su Tarjeta Fuera de EE. UU. (Transacciones internacionales)		
Tarifa por Retiro de ATM INT (Fuera de EE. UU.)	\$1.00	Esta es nuestra tarifa. El propietario del ATM también podría cobrarle una tarifa, incluso si no completa la transacción. También podrían aplicarse tarifas adicionales, como cargos por conversión de moneda o por servicios internacionales, al usar un ATM fuera de EE. UU.
Tarifa por Rechazo de INT en ATM (Fuera de EE. UU.)	\$0.00	
Tarifa INT por Consulta de Saldo en ATM (Fuera de EE. UU.)	\$0.00	
Evaluación del Servicio Internacional de Visa	2.0%	Esta tarifa se aplica si realiza una compra en moneda extranjera y debe convertirse a dólares estadounidenses. Se cobra como un porcentaje del importe en dólares estadounidenses de la transacción. Puede encontrar más detalles en la sección "Transacciones Internacionales" de su Acuerdo del Titular de la Tarjeta. Si se le aplica esta comisión, se incluirá en el total que aparece en su estado de cuenta.
Evaluación de Visas Transfronterizas	0.8%	Esta tarifa se aplica si realiza una compra en dólares estadounidenses a un comercio ubicado fuera de EE. UU. Se cobra como un porcentaje del importe de la transacción. Para más información, consulte la sección "Transacciones Internacionales" en su Acuerdo del Titular de la Tarjeta. Si se aplica esta tarifa, se incluirá en el total que aparece en su estado de cuenta.
Otros		
Reemisión de Tarjeta Perdida o Robada	\$2.00	La tarjeta reemitida se envía por correo postal de EE. UU. entre 7 y 10 días hábiles después de realizar el pedido. Se proporciona una tarjeta de reemplazo gratuita cada año calendario.
Tarifa de Envío prioritario	\$8.00	Se aplicará un cargo adicional por el envío de la tarjeta de reemplazo entre 4 y 7 días hábiles después de realizar el pedido. También se aplicará un cargo por reemisión de tarjeta extraviada o robada.
Divulgaciones Adicionales		
Su dinero está protegido por la FDIC (Corporación Federal de Seguro de Depósitos) hasta \$250,000, siempre que se cumplan ciertos requisitos y su tarjeta esté registrada. El dinero se guarda en My Banking Direct, parte de New York Community Bank, asegurado por la FDIC. Si el banco quiebra, su dinero sigue estando protegido. Visite fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html para más detalles. Esta tarjeta no permite sobregiros ni funciona como una tarjeta de crédito. ¿Necesita ayuda? Llame a Atención al Cliente al 1-888-292-0059. Correo: 2900 Westside Parkway, Alpharetta, GA 30004. Visite: mbd.everywherepaycard.com . Para obtener más información sobre las tarjetas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid . Si tiene una queja, llame al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint .		
Tarjetas emitidas por My Banking Direct, un servicio de New York Community Bank, miembro de la FDIC. Todas las marcas comerciales, marcas de servicio y nombres comerciales mencionados en este material son propiedad de sus respectivos dueños. NYCB TPP ST GOV-B 22/3		