



Notificación de la Ley FMLA

Date: _____

Name: _____

Address: _____

Address: _____

Dear _____

Se nos ha informado que Ud. podría necesitar ausentarse de su trabajo debido a una condición de salud grave. Ud. puede someter una petición, requiriendo que el tiempo de ausencia necesitado sea contado como parte de la Ley de Ausencia Familiar y Médica, “Family Medical Leave Act entitlement” (FMLA) (siglas en ingles).

La Ley de Ausencia Familiar y Médica “The Family Medical Leave Act” (FMLA) le garantiza, a los empleados elegibles, hasta doce semanas de ausencia sin paga, por año fiscal, incluyendo la protección a su posición de trabajo. El tiempo tomado de FMLA puede ser con paga, siempre y cuando Ud. goce de tiempo acumulado. Las ausencias acumuladas y aprobadas bajo la Ley de FMLA, no pueden contarse en contra de su historial de asistencia, durante el periodo de las Evaluaciones de Desempeño “Performance Appraisal”. **Hemos revisado su historial de trabajo y Ud. _____ elegible para tomar tiempo por ausencia laboral, bajo la protección de la Ley de Ausencia Familiar y Médica “Family Medical Leave Act” (FMLA).**

Para obtener elegibilidad a la ley de “FMLA Leave of Absence” Ud. deberá haber estado empleado, con la Universidad, por un periodo de (1) año y haber trabajado por lo menos 1250 horas, en los doce (12) meses, previamente a la petición del tiempo de ausencia. La ley FMLA, Ausencia Médica, (FMLA Medical Leave of Absence) puede ser suministrada por las siguientes razones: el nacimiento de un niño y el cuidado de un infante; por el cuidado de un niño puesto en su poder (ya sea por adopción, cuidado de crianza “foster”) o por asistir a un niño recién incorporado a su hogar; para asistir a un familiar cercano que se encuentre padeciendo de una condición de salud grave; o cuando Ud. se encuentre padeciendo de una condición de salud grave que no le permita trabajar. Si Ud. es elegible, la ley de FMLA le garantiza hasta (12) doce semanas de ausencia sin paga, o 480 horas, por año calendario fiscal (7/1- 6/30). Este tiempo de ausencia puede ser con paga, siempre y cuando, Ud. goce de tiempo acumulado. Ud. no necesitará utilizar todas las horas de FMLA al mismo tiempo.

Las ausencias también pueden tomarse de una manera intermitente o con un horario de trabajo restringido (si es medicamente necesario), y verificado por un profesional de la salud, utilizando el formulario llamado: “Certification of Health Care Provider Form”.

Una condición de salud grave, es una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental, que involucra la estancia, durante toda una noche, en una institución médica; o implica un tratamiento continuo concedido por un profesional de la salud, debido a una condición que le impide desempeñar las funciones laborales o impide a su familiar elegible a participar de las funciones laborales o de otras actividades diarias.

Los tratamientos requeridos de una manera continua, pueden cumplirse con un periodo de incapacidad de más de (3) tres días civiles consecutivos, combinados con por lo menos (2) dos visitas con un profesional de la salud, o (1) una visita y un régimen de tratamiento continuo o incapacidad debido a un embarazo y/o incapacidad causada por una condición crónica.

Para requerir Ausencia Familiar Médica “Family Medical Leave”, Ud. deberá llenar el formulario de “Medical Leave Request” y solicitar a su médico de cabecera que complete el formulario de “Certification of Health Care Provider for an Employee's Serious Health Condition”. Estos (2) dos formularios deberán entregarse a su supervisor para obtener la aprobación del departamento. Seguidamente, el departamento deberá revisar y firmar esta petición dentro de 24 a 48 horas, y consecutivamente remitirlo al coordinador del departamento de Recursos Humanos.

Favor de llenar estos formularios y someterlos a su supervisor en la siguiente fecha: _____ Favor de llamar o enviar un email al coordinador, si Ud. **no** estará ausente por más de (10) diez días consecutivos, y/o **no** desea requerir, en ese momento, ausencia médica o utilizar sus derechos de la ley FMLA.

Favor de confirmar su decisión.

Una ausencia médica puede otorgarse en incrementos de (90) noventa días, siempre y cuando ésta se encuentre apoyada por una certificación médica “Certification of Health Care Provider Form”. Si llegara a ser medicamente necesario, Ud. está en el derecho de requerir ausencia total (con o sin paga); ausencia intermitente; o un horario laboral reducido. A continuación le ofrecemos las descripciones de los diferentes tipos de ausencia:

Ausencia Total	Mediante esta opción, el empleado estará completamente fuera del trabajo. Durante esta fase, el empleado puede utilizar: tiempo de vacaciones, de enfermedad, tiempo compensatorio o tiempo sin paga.
Ausencia Intermitente	Mediante esta opción, el empleado puede ausentarse periódicamente por una o más horas, hasta un periodo de (9) nueve días. Mientras el empleado se encuentre ausente, puede utilizar su tiempo acumulado o su tiempo de ausencia sin paga.
Horario Laboral Reducido	Con esta opción, el empleado puede trabajar menos horas de las especificadas en su horario normal. (El horario de trabajo propuesto, deberá adjuntarse con el formulario de Ausencia Medica (Medical Leave Request Form) y el departamento (Unidad Laboral del empleado) deberá estar enterado de este proceso. Mientras el empleado se encuentre ausente, puede utilizar su tiempo acumulado o su tiempo de ausencia sin paga.

Las ausencias pueden ser tomadas sin paga, si Ud. ha acumulado tiempo de vacaciones/anual, de enfermedad, o tiempo compensatorio. Mientras Ud. se encuentre utilizando su tiempo acumulado, un reporte acerca de las ausencias laborales y excepciones para los pagos, “Leave and Pay Exceptions Report” (LAPER) deberá someterse, a su departamento, quincenalmente (cada periodo de pago). Las ausencias sin paga deberán documentarse en el LAPER de la siguiente manera: "**LWO**" o Ud. podría ser sobre pagado. Si Ud. es miembro de la Facultad, únicamente deberá utilizar el tiempo acumulado durante

los periodos cubiertos por un contrato de empleo. De la misma manera, los miembros de la Facultad pueden contactar al departamento de “Faculty Relations” y requerir una extensión en su contrato.

Para reintegrarse a su posición laboral, es requerido que Ud. haga entrega del formulario (Intent to Return to Work and Medical Release). Tal documento, deberá estar firmado por su persona, y la parte correspondiente al permiso médico, deberá ser llenada por un representante de la salud, indicando que Ud. se encuentra autorizado a regresar a su posición laboral y en una fecha específica.

Se le adjunta una lista de preguntas frecuentes relacionadas con FMLA. Si tiene preguntas al respecto, por favor contacte a: _____ al 407- 823-3730.

Sinceramente,

Human Resources

Documentos adjuntos: Medical Leave Checklist, FMLA Rights and Responsibilities & FAQ's Request Form & Certification of Health Care Provider Form

Cc: