

Stephen F. Austin State University

Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:

Nombre del Empleado: _____

Identificación (ID) del Empleado: _____

Departamento: _____

Fecha en que Recursos Humanos (RR.HH.) fue notificado por el empleado: _____

Razón por pedir ausencia: _____

Tipo de ausencia solicitada: Continuo Intermitente Para: Personal Dependiente

Fechas de ausencia: _____

Si solicita un permiso intermitente para trabajar con un horario reducido, especifique los detalles: _____

CONSENTIMIENTO:

Yo, _____, he solicitado una ausencia de trabajo que puede estar cubierta por la Ley de Ausencia Familiar y Médica, empezando el _____ (fecha).

Yo entiendo completamente la siguiente información:

1. Esta ausencia, y cualquiera subsiguiente, relacionada con esta condición contará en contra de mi derecho de licencia anual bajo esta Ley. La política de la FMLA (Ley de Ausencia Familiar y Médica) contiene todos los límites de derecho aplicables a la licencia FMLA.

2. Si mi ausencia está siendo tomada a causa de mi propia condición grave de salud, o debido a la condición grave de salud de mi cónyuge, padres o hijos, entiendo que tengo que proveer certificación médica a la Universidad lo más pronto posible.

3. He recibido un formulario de certificación médica por parte de la Universidad para entregarlo a mi proveedor de servicios médicos. Entiendo que si no proporciono a la Universidad una certificación médica completa y precisa de manera oportuna, mi ausencia puede retrasarse o ser rechazada hasta que la Universidad reciba la certificación.

4. Entiendo que es requerido que yo continúe mi parte de la Prima de Beneficios de Salud, la cual he leído y firmado. La Universidad no puede aumentar o cambiar mis primas de seguro mientras estoy usando la FMLA.

5. Entiendo que si tomo una ausencia por condiciones graves de salud, tendrá que proporcionarle a la Universidad un certificado de Fitness-for-Duty (aptitud para el trabajo) previo a mi regreso al trabajo. El certificado solo será relativo a la condición de salud que me obligó a tomar ausencias en relación con la FMLA.

6. Entiendo que al final de mi ausencia tengo el derecho a ser reincorporado al mismo trabajo o a uno equivalente.

7. Entiendo que la política de la FMLA me obliga a contactar a mi departamento cada lunes (a menos que lleguen a otro acuerdo) y a RR.HH. en el primer y tercer lunes de cada mes.

(8) Entiendo que si tengo alguna otra pregunta sobre ausencias bajo la FMLA, puedo contactar HR, (936) 468-2304.

Firma del empleado

Fecha