

APLICACION PARA TIEMPO DE AUSENCIA

Por favor provee la dirección o correo electrónico donde desea recibir el aviso de aprobación de ausencia por llenar el área apropiado abajo. Si no se provee la información, enviaremos la notificación a la dirección en los archivos.

Nombre **Último 5 de # de SS o # de ID EMPL** **# Telefónico**

Dirección corriente de casa

Dirección alternativa **o** **Correo electrónico**

Duración de tiempo de ausencia propuesto

Comienzo – Primer día de tiempo de ausencia anticipado

Vuelta – Fecha de regreso al trabajo

Por favor provee el tipo de ausencia que se pide y una razón breve explicando su necesidad para ausencia (Si pidiendo ausencia intermitente y se conoce el horario de ausencia anticipada, por favor provee detalles y adjunta hojas adicionales si es necesario)

Nombre de proveedor de cuidado médico (si aplica)

Número telefónico de proveedor de cuidado médico (si aplica)

Vuelve todos formularios llenados al:

**Departamento de Beneficios de Empleados
PO Box 538
Willow Grove, PA 19090-1784
O faxea al:
Fax # (215) 784-1385**

Por pedir este tiempo de ausencia, y si mi petición está concedida, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Que si la razón para pedir tiempo de ausencia es mi propia condición grave de salud, estoy de acuerdo que le proveeré a la compañía con una certificación médica satisfactoria de mi proveedor de cuidado médico que establece (1) la fecha en cual la condición médica grave comenzó; (2) la duración probable de la condición; (3) los datos médicos apropiados sobre la condición; (4) una declaración que no puedo cumplir uno o más de las funciones esenciales de mi posición;

2. Que si la razón para pedir tiempo de ausencia es la condición grave de salud de mi esposo, hijo (cual incluye biológico, adoptado, o adoptivo, un Ward legal, o un hijo de una persona parada *en loco parentis*. Regulaciones FMLA definen empleados parados *en loco parentis* como estos con responsabilidades diarias para cuidar y/o soportar financieramente a un hijo. Se requerirá que el empleado provee documentación de relación razonable *en caso de loco parentis*), o padre, estoy de acuerdo que le proveeré a la compañía con una certificación médica satisfactoria del proveedor de cuidado médico apropiado que establece (1) la fecha en cual la condición médica grave comenzó; (2) la duración probable de la condición; (3) los datos médicos apropiados sobre la condición; (4) una certificación que se me necesita para cuidar a mi esposo, hijo, o padre o proveer comodidad psicológica; y (5) un estimado de la cantidad de tiempo que le proveeré cuidado a mi esposo, hijo, o padre;

3. Que si la razón para pedir tiempo de ausencia es para cuidar a un miembro de servicio cubierto con una condición grave de salud quien es un esposo, hijo, o padre o quien es designado como pariente más cercano, estoy de acuerdo que le proveeré a la compañía con una certificación médica satisfactoria del proveedor de cuidado médico apropiado que establece (1) la fecha en cual la condición médica grave comenzó; (2) la duración probable de la condición; (3) los datos médicos apropiados sobre la condición; (4) una certificación que se me necesita para cuidar a mi esposo, hijo, o padre o quien es designado como pariente más cercano o proveer comodidad psicológica; y (5) un estimado de la cantidad de tiempo que le proveeré cuidado para mi hijo, padre, o quien es designado como pariente más cercano;

4. Que si la razón para pedir tiempo de ausencia es para ausencia de exigencia calificativa para un esposo, hijo(a), o padre en servicio activo o llamado a la posición de servicio activo en la Guarda Nacional o las Reservas en soporte de una contingencia, estoy de acuerdo que proveeré el formulario aplicable para "Certificación de Exigencia Calificativa" y también documentación escrita confirmando servicio activo para un miembro de servicio cubierto o llamada a la posición de servicio activo en soporte de una operación contingencia;

5. Estoy de acuerdo que no aceptaré ni cumpliré ningún trabajo ni participaré en ningún empleo durante del tiempo de ausencia propuesto, y si lo hago, reconozco que en tal circunstancias se considerará mi conducto como una violación de los términos del tiempo de ausencia, y que mi empleo con la compañía será considerado de haber sido terminado voluntariamente por mi parte a menos que requerido de otra manera como una acomodación razonable debajo del Acto de Americanos con Discapacidades (ADA);

6. Entiendo y estoy de acuerdo que se necesita reportar a la compañía cualquier cambio en mi condición durante el tiempo de ausencia (si esta aceptado) entre dos (2) días de negocio, y que un fracaso en mi parte hacerlo puede resultar en la terminación del tiempo de ausencia o mi empleo;

7. Entiendo y estoy de acuerdo que cuando mi condición es tal que puedo trabajar, necesito proveerle a la compañía con una certificación escrita de mi proveedor de cuidado médico que certifica mi capacidad para regresar al empleo activo;

8. Entiendo y estoy de acuerdo que si mi petición de ausencia propuesta esta aceptado, la compañía hará esfuerzos razonables para ponerme en mi posición de trabajo anterior y a mi salario anterior después de la expiración de mi tiempo de ausencia propuesto, pero que no tengo ningún derecho ni garantía que seré reintegrado a mi posición de trabajo anterior. Además entiendo que si mi posición anterior no está disponible, la compañía puede ponerme en una posición diferente que es igual que mi posición anterior.

9. Entiendo y estoy de acuerdo que si soy considerado como un empleado "principal" o "alto pagado" de la compañía (como definido por ley o regulación), puede haber circunstancias donde puedo ser negado de reintegración si causaría "herida económica sustancial y grave" a las operaciones a la compañía. Por eso, en tal circunstancias, entiendo y reconozco que mi empleo con la compañía puede ser terminado;

10. Entiendo y estoy de acuerdo que la política de la compañía provea que ningún tiempo de ausencia debe ser más largo de 12 semanas (26 semanas para cuidar a un miembro de servicio cubierto con una herida o enfermedad grave u otro período si especificado por la ley local);

11. Entiendo y estoy de acuerdo que si no he regresado a empleo activo entre 12 semanas (26 semanas para cuidar a un miembro de servicio con una herida o enfermedad grave), o período más largo permitido debajo del estatuto aplicable del estado si más que 12 semanas, después de la aprobación de mi petición para tiempo de ausencia propuesto, mi empleo con la compañía será considerado haber sido voluntariamente terminado a menos que una extensión aprobada de tiempo de ausencia ha sido aceptado.

12. Entiendo y estoy de acuerdo que, a menos que me notifica de otra manera, la compañía continuará proveer cualquier cobertura de cuidado de salud que tengo activo durante mi ausencia, y que pagare cualquier porción del empleado del premio de cuidado de salud, dental, visión, que normalmente hubiera sido deducido de mi pago. Durante cualquier porción de la ausencia que no está pagada, entiendo que se requiere que hago mi porción de los pagos premios para cobertura continuada de beneficios de salud. Entiendo que me notificarán de la cantidad de pago debido y la fecha debida como explicada en el formulario adjunto "Aviso de Elegibilidad y Derechos y Responsabilidades." Fracaso de hacer los pagos premios requeridos resultará en cancelación de beneficios eficaz la fecha que pagó el último pago premio.

13. Entiendo y estoy de acuerdo que antes de tomar tiempo de ausencia no pagado debajo de FMLA; necesito usar cualquier tiempo pagado disponible acumulado incluyendo, pero no limitado a, vacación acumulada, ausencia de enfermedad, tiempo de ausencia excusado, tiempo de descanso pagado (PTO), etc. Todo tiempo de descanso pagado corre concurrentemente con ausencia y no debería extender la duración de tiempo de ausencia FMLA.

14. Entiendo y estoy de acuerdo que si no regreso al trabajo al primer día después de cuando expira la ausencia propuesta o al primer día después mi proveedor de cuidado médico determina que puedo volver al trabajo, se considerará mi empleo con la compañía de haber sido voluntariamente terminado a menos que una extensión de ausencia personal está disponible debajo de un acuerdo de negociación colectiva (CBA) y ha sido aprobado por todas partes antes del fin de ausencia FMLA o para cualquier período de ausencia de conformidad con estatutos del estado que proveen un beneficio más que las 12 semanas de trabajo o a menos que requerido de otra manera como una acomodación razonable debajo del Acto de Americanos con Discapacidades (ADA).

Nombre del empleado *(Escribe por favor)*

Firma del empleado

Fecha
