

Solicitud Para Ausencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Medica 1993 ("FMLA")

Informacion del Empleado

Nombre: _____ # de Identificacion _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Correo Electronico: _____ # de Telefono: _____

Departamento: _____ # de trabajo: _____

Nombre de Supervisor: _____ # Telefonico de Supervisor: _____

Nombre de Reportero(a) de Nomina: _____ Telefono de Reportero(a) de Nomina _____

Razon por la Solicitud de FMLA

- Maternidad, Paternidad, Adopcion, o Adopcion Temporal
- Condicion Medica Seria (*debe completar una Certificacion de Proveedor Medico*)
 - Empleado(a)
 - Conyuge del Empleado o Socio Domestico
 - Padre del Empleado(a)
 - Hijo del empleado(a)
- Exigencia Calificada (*quizas deba completar una Certificacion de Proveedor Medico*)

Use de Horas de Vacaciones

De acuerdo a poliza de la Universidad de Utah, un empleado puede sustituir horas de vacaciones y/o enfermedad por horas de ausencia familiar y medica. Un empleado puede retener hasta 10 dias de horas de vacaciones. Al agotar todas las horas de vacaiones o enfermedad, el resto de ausencia bajo FMLA es sin paga.

- Deseo usar todas mis horas de vacaciones
- Deseo retener _____ horas/dias (circule uno) de vacaciones

Fecha en que empezara la ausencia: _____ Fecha final de ausencia Si se sabe: _____
Si la ausencia es por una condicion medica seria, se utilizaran las fechas en la certificacion medica.

Certificacion del Empleado

Por la siguiente, certifico lo siguiente:

- Tengo necesidad de ausencia por una razon que puede calificar bajo la FMLA.
- Yo entiendo que debo proveer aviso anticipado de mi necesidad de ausencia (al menos 30 dias, si mi necesidad es previsible, o tan pronto como sea posible y practico, si mi necesidad no es previsible); y que tambien debo cumplir con los requisitos usuales de notificacion de mi departamento si no podre trabajar, excepto en algunas circunstancias.
- Yo entiendo que debo agendar mis citas fuera de horas de trabajo, si es posible; de otra manera, debo hacer un esfuerzo razonable por agendarlas en una hora que no cause mucha interrupcion a las operaciones de mi departamento.
- Si necesito estar ausente por una Condicion Medica Seria, yo entiendo que debo entregar una Certificacion de Proveedor Medico antes de que se apruebe mi solicitud de ausencia. Yo entiendo que mi solicitud de ausencia puede ser demorada o denegada si la Certificacion Medica no esta completa o no tiene suficiente informacion. Yo autorizo a un representante de Recursos Humanos para contactar a mi Proveedor Medico para clarificar y/o verificar la autenticidad de mi Certificacion de Proveedor Medico.

Firma del Empleado(a)

Fecha

Reconocimiento del Supervisor(a)

Yo he revisado y discutido esta solicitud de ausencia con el empleado(a). Si es posible, la ausencia solicitada ha sido agendada para un tiempo que no perturbara indebidamente las operaciones del departamento. Mi firma confirma mi conocimiento de la solicitud de ausencia, pero no aprueba la solicitud.

Firma del Supervisor(a):

Fecha:

