

AVISO DE DESIGNACIÓN DE LA LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA)

Para: _____

Fecha: _____

Revisamos su solicitud con fecha _____ y la documentación de respaldo con fecha _____, para licencia bajo FMLA. Nuestra decisión se indica a continuación:

- Su solicitud de licencia FMLA está aprobada para comenzar el _____. Está previsto que finalice el _____. Todos los permisos tomados bajo esta solicitud serán designados como permisos FMLA.

La FMLA requiere que nos notifique tan pronto como sea posible si las fechas de la licencia programada cambian, se extienden o eran inicialmente desconocidas. Según la información que ha proporcionado hasta la fecha, incluimos la siguiente información sobre la cantidad de tiempo que se contará contra su derecho a licencia: **(Marque uno)**

Para solicitudes de FMLA consecutivas:

- De acuerdo con su solicitud FMLA, la siguiente cantidad estimada de horas, días o semanas se contará contra su derecho a licencia: _____. **Nota:** si se desvía de su horario de licencia anticipado, estas cantidades pueden cambiar.

Para solicitudes de FMLA intermitentes:

- Debido a que la licencia solicitada no estará programada, no es posible estimar las horas, los días o las semanas que se contarán contra su derecho a la FMLA en este momento. Tiene derecho a solicitar esta información una vez en un período de 30 días (si se tomó la licencia en el período de 30 días).

Según su solicitud, su licencia se ____ la licencia por enfermedad o ____ la licencia anual sin goce de sueldo ejecutará simultáneamente con

- Otro (por ejemplo, licencia parental remunerada, licencia catastrófica, compensación laboral, etc.): _____

Según la política UAP #3440 FML, un empleado que regresa al trabajo después de un permiso de ausencia debido a su propia condición de salud grave debe presentar una declaración del médico que certifique que el empleado puede regresar al trabajo y puede realizar las funciones esenciales del trabajo, con o sin adaptaciones razonables. La Universidad puede solicitar que el empleado proporcione la declaración del médico hasta cinco (5) días hábiles antes de la fecha prevista de regreso del empleado.

Nota: La compensación para trabajadores, la licencia catastrófica o la discapacidad aplicables contarán contra su derecho a licencia FMLA.

Tenga en cuenta: (Marque uno)

- La certificación presentada **no estaba completa o no era suficiente** para determinar si se aplica FMLA. Debe proporcionar más información a más tardar _____ **(7 días calendario)** o su licencia puede retrasarse o negarse. La información necesaria para que la certificación sea completa o suficiente es: _____
- Según la información que proporcionó, su solicitud de licencia FMLA se rechaza porque FMLA no se aplica a su solicitud de licencia.
- Ha agotado su derecho a licencia FMLA en el período aplicable de 12 meses.
- Estamos ejerciendo nuestro derecho a que obtenga una segunda o tercera opinión a nuestro cargo. Le proporcionaremos más información dentro de los cinco (5) días hábiles.

Al firmar a continuación, signifique que he aprobado/desaprobado la solicitud de FMLA y le he dado una copia de este formulario al empleado.

Firma del analista de recursos humanos: _____

Fecha: _____