

## SOLICITUD DE EMPLEADO DE LA LEY DE LICENCIA MEDICA Y FAMILIAR (FMLA)

Los empleados deben proporcionar un aviso con 30 días de anticipación sobre la necesidad de tomar una licencia FMLA cuando la necesidad sea previsible. Cuando no es posible un aviso de 30 días, el empleado debe notificarlo tan pronto como sea posible y, en general, debe cumplir con los procedimientos normales de llamada..

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_ Identificación UNM: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Título profesional: \_\_\_\_\_

**Elegibilidad:** Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_ Equivalencia a Tiempo Completo ( 1.0; .75; .5; .25): \_\_\_\_\_  
 ¿ Trabaja para más de un DEPT?  SÍ  NO En caso afirmativo, dónde/qué posición: \_\_\_\_\_

**Empleo:** En los últimos 7 años he trabajado por lo menos un total de 12 meses en UNM<sup>1</sup>:  SÍ  NO  
 En los últimos 12 meses he trabajado<sup>2</sup> por lo menos 1,250 horas en UNM:  SÍ  NO  
 (Para calcular: FTE x 2,080 horas en un año = generalmente la cantidad de horas trabajadas; consulte las notas al pie)

¿Ha tomado previamente licencia FMLA con UNM?  SÍ  NO Sí afirmativo, fechas de FMLA anterior: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**Motivo de la licencia solicitada (puede requerirse certificación y/o documentación) (Marque uno):**

El nacimiento de su hijo y el cuidado de dicho hijo recién nacido **Fecha de Nacimiento Estimada:** \_\_\_\_\_

Colocación de un niño con usted para adopción o cuidado de crianza **Fecha de colocación:** \_\_\_\_\_

Su propia condición de salud grave (incluido el embarazo y la atención prenatal)

Una condición de salud grave que afecta a su:  Cónyuge/pareja de hecho  Madre/Padre  Hija/Hijo  
 Un hijo(a) de 18 años o menos, o un hijo(a) mayor de 18 años con una discapacidad donde el hijo(a) no puede realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Exigencia calificada (necesidad de abordar problemas personales) debido al estado de servicio militar activo o llamado al servicio activo

Estado de un:  esposo(a)  Hijo/Hija  Madre/Padre

Usted está cuidando a:  Esposo(a)  Hijo/Hija  Madre/Padre  Pariente más cercano que es un miembro del servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave obtenida en el cumplimiento del deber.

**Tipo de licencia solicitada:**  Continua  Intermitente  Horario Reducido

Le gustaría tomar la licencia:  Simultáneamente con Licencia por enfermedad Licencia anual  FMLA sin sueldo

\*Debe tener licencia por enfermedad y/o anual disponible para tomar FML al mismo tiempo que este tipo de licencia.

**Fechas previstas:** Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

A continuación, describa en detalle la solicitud de horario de trabajo intermitente/reducido y flexible y/o describa las adaptaciones en el lugar de trabajo solicitadas. Si cumple con los requisitos de trabajo para ser elegible para FMLA, se le pedirá que proporcione una certificación médica o de exigencia calificada. Los formularios se pueden encontrar en <http://hr.unm.edu/benefits/fmla.php>.

**Beneficios:** Mientras esté en FMLA, UNM continúa pagando la parte del empleador de los beneficios de salud. El empleado es responsable del pago continuo de la parte de la prima correspondiente al empleado. Mientras esté en FMLA NO PAGADO continuo, el empleado tiene la opción de cancelar sus beneficios a través de MYUNM. El empleado tiene una ventana de 31 días calendario para cancelar y volver a inscribirse (para la cobertura) en virtud de un evento calificador de FMLA. Para los empleados que cancelan sus beneficios mientras están en FMLA, el empleado puede esperar para volver a inscribirse durante la próxima inscripción abierta; sin embargo, la cobertura no será efectiva hasta el 1 de julio.

He revisado este documento y verifico que la información proporcionada o adjunta es correcta. He leído y entiendo la política UAP #3440 FML. <http://policy.unm.edu/university-policies/3000/3440.html>

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe la solicitud a Absence Management a través de la carga segura de documentos en <https://hr.unm.edu/upload> o envíe un fax a 505-277-2278.**

<sup>1</sup> Incluye todos los empleos de UNM, como temporales, de guardia, personal, estudiantes, profesores, incluidas las licencias pagadas/no pagadas a

<sup>2</sup> No incluya ninguna licencia pagada o no pagada (es decir, vacaciones, vacaciones de invierno, licencia anual/por enfermedad, licencia FMLA anterior en los últimos 12 meses) ya que no se consideran horas de trabajo.