
Aviso de designación de licencia FMLA

Instrucciones

La licencia cubierta por la Ley de Licencias por Motivos Médicos y Familiares (FMLA) debe designarse como licencia protegida por FMLA, y el empleador deberá informarle al empleado la cantidad de licencia que se descontará de la licencia FMLA a la cual tiene derecho.

No deberá utilizarse este formulario si la empleada solicita una licencia por embarazo. En ese caso, utilice el formulario *Aviso de designación de licencia FMLA/PDL*.

A fin de determinar si la licencia está cubierta por la ley FMLA, el empleador podrá solicitar que se presente una certificación médica que justifique la licencia. (Este requisito debe indicarse en la política de licencias médicas y familiares del empleador).

Si la certificación es incompleta o no es suficiente, el empleador deberá indicar por escrito que es necesario suministrar información adicional para que la certificación sea completa y suficiente.

Si bien el uso de este formulario es opcional, al completar el formulario se suministra a los empleados la información exigida por el Título 29 del C.F.R., secciones 825.300(d), 825.301 y 825.305(c), información que debe ser suministrada dentro de los cinco días hábiles posteriores a que el empleador cuente con suficiente información para determinar si la licencia que califica para una licencia FMLA.

Sección I – Empleador

Indique la última fecha en la que recibió una solicitud, certificación médica u otra documentación donde constara la necesidad del empleado de tomarse una licencia.

Indique si la licencia fue aprobada o rechazada, o si se necesita más información.

Sección II - Se requiere información adicional

De ser necesario, indique la información adicional que necesita para tomar una determinación respecto de la licencia.

Sección III – Aprobación de licencia FMLA

Si se conocen las fechas de inicio y finalización de la licencia, indique esas fechas en el primer casillero. Si se desconoce la duración o las fechas de la licencia, use el segundo casillero.

Indique si el empleado usará otra licencia con goce de sueldo durante la FMLA.

Si se trata de una licencia FMLA únicamente, no debe solicitar a los empleados que utilicen la licencia con goce de sueldo si el empleado está recibiendo dinero de un plan de incapacidad pagado, tal como el Seguro Estatal de Incapacidad (SDI), Licencia Familiar con Goce de Sueldo (PFL), compensación de trabajadores o un plan de incapacidad a corto plazo otorgado por el empleador. Los empleados pueden optar por complementar estos beneficios de reemplazo salarial con licencia con goce de sueldo.

Uso del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI)

Complete esta sección si el empleado recibirá beneficios del seguro estatal de incapacidad (SDI) y solicitó complementar la licencia sin goce de sueldo con los beneficios de la licencia por enfermedad.

Continuidad de los beneficios de salud

Los empleados tienen derecho a la continuidad de los beneficios de salud durante la licencia FMLA por un máximo de doce (12) semanas.

Indique la cantidad de dinero que debe pagar el empleado, las fechas de vencimiento y el período de gracia para el pago de los beneficios de salud. No se olvide de verificar el período de gracia con su compañía de seguro.

Reincorporación al Trabajo

Podrá solicitar que se presente una certificación médica donde conste la aptitud del empleado para regresar al trabajo si la ausencia se debió a un problema grave de salud del propio empleado. Para poder solicitar dicha certificación, debe contar con una política o práctica de aplicación uniforme para todas las situaciones similares. La certificación médica podrá dejar constancia de la aptitud del empleado para desempeñar las funciones esenciales de su puesto. Si la autorización para regresar al trabajo contiene esta información, deberá entregarle al empleado una lista de las funciones esenciales de su puesto, a más tardar junto con este aviso de designación.

Complete esta sección si solicita una autorización médica para regresar al trabajo. Adjunte una lista de las funciones esenciales del empleado si desea que el profesional médico certifique que el empleado está en condiciones de realizar las funciones esenciales de su puesto al reincorporarse al trabajo.

SECCIÓN I — EMPLEADOR

En todos los casos, el empleador será responsable de designar la licencia como licencia FMLA y de notificar dicha designación al empleado. Una vez que el empleado elegible comunica la necesidad de tomarse una licencia por un motivo admisible según la FMLA, el empleador no podrá demorarse en designar la licencia como licencia FMLA, y ni el empleado ni el empleador podrán rechazar la protección de la FMLA para dicha licencia.

De (Empleador) _____ Fecha _____

Para (Empleado) _____

El _____ recibimos la última información suministrada por usted para respaldar su pedido de licencia por el motivo que se indica a continuación:

- ☐ Nacimiento de un niño, o entrega de un niño en adopción o guarda temporaria, y para establecer un vínculo con el recién nacido o el niño entregado en adopción o en guarda.
- ☐ Problema grave de salud propio.
- ☐ Problema grave de salud de su cónyuge, hijo, padre/madre.
- ☐ Exigencia admisible por el hecho de que su cónyuge, hijo o padre/madre está prestando servicio activo cubierto o ha recibido el aviso de una llamada inminente u orden para prestar servicio activo cubierto en las Fuerzas Armadas.
- ☐ Lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio militar cubierto, en caso de que usted sea el cónyuge, hijo, padre o familiar directo del miembro del servicio militar (*Licencia para Cuidar a un Militar*).

Hemos revisado la información relativa a su solicitud de licencia según la FMLA, junto con la documentación de respaldo suministrada, y hemos decidido que su licencia fue: (*Seleccione lo que corresponde*)

- ☐ **Aprobada.** (Pase a la Sección III para obtener más información)
- ☐ **Rechazada.** (*Seleccione lo que corresponde*)
 - ☐ La FMLA no aplica a su solicitud de licencia.
 - ☐ A la fecha en que debería comenzar su licencia, usted no tiene ninguna licencia FMLA disponible para usar.
 - ☐ Otra: _____
- ☐ Se requiere **información adicional** para determinar si su solicitud de licencia califica para una licencia FMLA. (*Pase a la Sección II para consultar la información específica que se necesita. Si su licencia FMLA fue aprobada y no se requiere información adicional, pase a la Sección III.*)

SECCIÓN II — SE REQUIERE INFORMACIÓN ADICIONAL

Necesitamos más información para determinar si su licencia califica como licencia según la FMLA. Una vez que recibamos la información adicional solicitada, le informaremos **dentro de los 5 días hábiles** si su licencia será designada como licencia FMLA y si se descontará de la licencia FMLA que tiene disponible. **En caso de no suministrar la información adicional solicitada, su solicitud de licencia FMLA podrá ser rechazada.**

Si tiene alguna pregunta, _____ al _____
comuníquese con: Nombre del Representante del Empleador Información de contacto

Certificación incompleta o insuficiente

La certificación suministrada es incompleta o insuficiente para determinar si aplica la ley FMLA a su solicitud de licencia. (Seleccione lo que corresponde)

- ☐ La certificación suministrada es incompleta y no se pudo determinar si aplica la ley FMLA a su solicitud de licencia. "Incompleta" significa que falta completar uno o más de los datos solicitados en la certificación.
- ☐ La certificación suministrada es insuficiente y no se pudo determinar si aplica la ley FMLA a su solicitud de licencia. "Insuficiente" significa que la información suministrada es vaga, poco clara, ambigua o no responde a lo que se pregunta.

Especifique la información que se necesita para que la certificación sea completa y suficiente:

Debe suministrar la información solicitada a más tardar el (deje transcurrir como mínimo siete días calendario) _____, salvo que no sea factible según las circunstancias particulares del caso, a pesar de sus esfuerzos de buena fe, caso contrario podremos negarle la licencia

Segundas y terceras opiniones

- ☐ Le solicitamos que obtenga una certificación médica de (☐ segunda / ☐ tercera opinión) por nuestra cuenta y cargo, y brindaremos mayor detalles más adelante. Nota: Es posible que se solicite al empleado o a los miembros de la familia del empleado que autoricen al profesional de la salud a divulgar información relativa únicamente al problema grave de salud en cuestión.

SECCIÓN III — APROBACIÓN DE LICENCIA FMLA

Tal como se explicó en la Sección I, su solicitud de licencia FMLA fue aprobada. Toda la licencia tomada por este motivo se designará como licencia FMLA y se descontará de la cantidad de licencia FMLA que usted tiene disponible en el periodo de 12 meses correspondiente. La ley FMLA exige que nos avise lo antes posible si hay algún cambio en las fechas programadas para la licencia o si dichas fechas se extenderán o no se conocían inicialmente. De acuerdo con la información suministrada a la fecha, le proporcionamos la siguiente información sobre la cantidad de tiempo que descontaremos del **total de licencia FMLA** que tiene a su disposición para usar en el periodo de 12 meses correspondiente: (Seleccione lo que corresponde)

- ☐ Si no se produce ninguna modificación a la **programación prevista para su licencia FMLA**, se descontarán las siguientes horas, días o semanas de la licencia que le corresponde: _____
- ☐ Dado que la licencia que necesitará no será programada, no es posible en este momento establecer la cantidad de horas, días o semanas que se descontará de la licencia FMLA que le corresponde. Tiene derecho a solicitar esta información una vez cada periodo de 30 días (si la licencia se tomó en el periodo de 30 días).

Aviso importante: (marque todas las que corresponden)

- ☐ **Es posible que toda o parte de su licencia FMLA sea sin goce de sueldo.** La licencia FMLA sin goce de sueldo que se tome será designada como licencia FMLA y se descontará de la licencia FMLA que le corresponde en el periodo correspondiente de 12 meses.
- ☐ **Solicitó usar toda su licencia con goce de sueldo acumulada, o parte de ella, (p. ej., licencia por enfermedad, vacaciones, PTO) durante su licencia FMLA.** Toda la licencia con goce de sueldo que se tome por este motivo también se designará como licencia FMLA y se descontará de la cantidad de licencia FMLA se descontará de la licencia FMLA que le corresponde en el periodo correspondiente de 12 meses.
- ☐ **Le exigimos usar toda su licencia con goce de sueldo acumulada, o parte de ella, (p. ej., licencia por enfermedad, vacaciones, PTO) durante su licencia FMLA.** Toda la licencia con goce de sueldo tomada por este motivo también se designará como licencia FMLA y se descontará de la licencia FMLA que le corresponde en el periodo correspondiente de 12 meses.
- ☐ **Otra:** _____

(p. ej., incapacidad a corto o largo plazo, compensación de trabajadores, etc.) Cualquier licencia que se tome por este motivo se designará como licencia FMLA y se descontará de la cantidad de licencia FMLA que usted tiene disponible para usar en el periodo de 12 meses correspondiente.

Seguro Estatal de Incapacidad (SDI)

- ☐ Si reúne las condiciones para el seguro estatal de incapacidad (SDI), podrá optar por que el pago correspondiente a la licencia por enfermedad complemente los beneficios del plan de incapacidad. Se coordinará el pago de los beneficios del SDI y de la licencia por enfermedad para que los pagos correspondientes al SDI/licencia por enfermedad no excedan su salario habitual.

Continuidad de los beneficios de salud

Según la licencia estatal y federal por motivos médicos y familiares, usted tiene derecho a la continuidad de los beneficios de salud durante la licencia FMLA por un máximo de doce (12) semanas.

La continuidad de los beneficios de salud comenzará el _____ (fecha). Si actualmente realiza aportes para el pago de los beneficios, deberá seguir haciéndolo durante la licencia.

Su pago por un monto de _____ vence el: _____
(fecha, p. ej., el día 15 de cada mes).

Opción: El plan de salud de la Empresa tiene un período de gracia para los pagos morosos. Si realiza el pago con más de _____ días de retraso, se suspenderán los beneficios.

Por favor envíe el pago a:

Representante

Nombre de la Empresa

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

La cobertura de su beneficio médico finalizará el _____ (fecha). Podrá tener derecho a la continuidad de la cobertura según COBRA.

Si la licencia FMLA es para cuidar a un militar enfermo o lesionado, los beneficios de salud continuarán durante un máximo de 26 semanas, plazo después del cual usted tendrá derecho a los beneficios de la ley COBRA.

Requisitos para la reincorporación al trabajo

Para ser reincorporado al trabajo después de tomarse una licencia FMLA, (☐ le exigiremos / ☐ no le exigiremos) presentar una certificación de su proveedor de atención médica donde conste que está en condiciones de retomar su trabajo. Esta solicitud de certificación para regresar al trabajo sólo se refiere al problema grave de salud particular que originó la necesidad de tomarse una licencia FMLA. **Si dicha certificación no se recibe dentro del plazo establecido, su reincorporación se podrá demorar hasta tanto recibamos la certificación.**

(☐ Se/ ☐ No se) adjunta una lista de las funciones esenciales de su puesto. En caso de adjuntarse, la certificación para regresar al trabajo debe indicar que está apto para realizar las funciones esenciales de su puesto

Formulario adaptado para su uso en California del Formulario WH-382 del Departamento de Trabajo de los EE.UU., junio 2020 (Número de Control OMB 1235-0003. Vigencia hasta el 6/30/2026).

Los empleados deben conservar una copia de este aviso en sus registros durante tres años. NO ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO A LA DIVISIÓN DE SALARIOS Y HORAS..