

FMLA - Notice of Eligibility and Rights and Responsibilities - Spanish

FMLA – Aviso de elegibilidad y derechos y obligaciones

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR

Cuando un empleado solicita una licencia FMLA o el empleador se entera de que la licencia de un empleado puede ser por un motivo contemplado en la ley FMLA, debe informarle al empleado que reúne los requisitos para una licencia FMLA **dentro de los cinco días hábiles**, salvo que existan circunstancias atenuantes.

El *Aviso de Elegibilidad y de Derechos y Obligaciones* debe indicar si el empleado reúne los requisitos para la licencia. Si el empleado no reúne los requisitos para una licencia FMLA, el aviso deberá indicar como mínimo uno de los motivos. Por ejemplo, el aviso puede informarle al empleado que no reúne los requisitos por haber trabajado menos de 1,250 horas en los últimos 12 meses.

El aviso deberá especificar los requisitos de certificación médica o certificación de una exigencia admisible, además de las consecuencias que tendrá el hecho de no presentar la certificación requerida.

El *Aviso de Elegibilidad y de Derechos y Obligaciones* también describe las expectativas y obligaciones específicas del empleado y explica las consecuencias de no cumplir con dichas expectativas y obligaciones. La ley federal y estatal exige que se brinde información relativa a los derechos y las obligaciones.

Nota: En el Aviso de Elegibilidad y Derechos y Obligaciones se explica la excepción de “Empleado Clave” establecida en la Sección III, Parte A, de la ley FMLA. De acuerdo con la FMLA, esta particular excepción permite a los empleadores negarse a reincorporar a los empleados clave si dicha reincorporación causaría un perjuicio económico importante y sustancial a sus operaciones. Esta excepción se aplica **únicamente a la FMLA**, y no a la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA). Por lo tanto, cuando los empleados tienen derecho a la licencia CFRA y a la FMLA, que es el caso en la mayoría de las situaciones, la excepción del empleado clave no aplica. En los pocos casos en que un empleado tiene derecho a la FMLA, pero no a la CFRA, los empleadores deben asesorarse legalmente antes de denegar la reincorporación de un empleado según esta excepción.

FMLA - Notice of Eligibility and Rights and Responsibilities - Spanish

FMLA - Aviso de elegibilidad y derechos y obligaciones

Por lo general, para acceder a una licencia conforme a la Ley de Licencia por Motivos Médicos y Familiares (FMLA) el empleado debe haber trabajado durante un mínimo de 12 meses, debe cumplir con el requisito de horas trabajadas en el período de 12 meses anterior a la licencia, y trabajar en un sitio con por lo menos 50 empleados en un radio de 75 millas (120 km). Si bien el uso de este formulario no es obligatorio, el hecho de completarlo le brinda al empleado toda la información requerida según la Sección 825.300(b),(c) del Título 29 del C.F.R, que el empleador debe proporcionar al empleado dentro de los cinco días desde el aviso del empleado solicitando la licencia FMLA. Si desea información sobre la FMLA, visite la página web de la División de Salarios y Horas (WHD), www.dol.gov/agencies/whd/fmla.

De (Empleador) _____ Fecha _____

Para (Empleado) _____

El _____ usted nos informó que necesitaba tomarse una licencia a partir del (comienzo) _____ por el motivo o motivos que se indican a continuación: (Seleccione lo que corresponde)

- ☐ 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.
- ☐ Embarazo propio, parto o problema médico relacionado (la licencia por embarazo corre de forma concurrente con la FMLA).
- ☐ Problema grave de salud propio.
- ☐ Necesidad de cuidar a un familiar por un problema grave de salud. Su familiar es:
 - ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo
- ☐ Exigencia admisible por el hecho de que su familiar está prestando servicio activo cubierto o recibió un llamado para prestar servicio activo cubierto en las Fuerzas Armadas. Su familiar en servicio activo cubierto es:
 - ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo de cualquier edad
- ☐ Necesidad de cuidar a un familiar que es un miembro de servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave. Relación con el familiar en servicio activo cubierto:
 - ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Familiar directo

El cónyuge significa esposo o esposa según la definición del estado en el que contrajo matrimonio la persona, e incluye el concubinato, y los matrimonios del mismo sexo. Los términos "hijo" y "padre" incluyen las relaciones en las que una persona asume el rol de padre o madre y todas las obligaciones de un padre para con un hijo. El empleado se puede tomar una licencia FMLA para cuidar a otra persona que asumió las obligaciones de un padre para con el empleado cuando el empleado era un niño. El empleado también se puede tomar una licencia FMLA para cuidar a un niño respecto del cual el empleado ha asumido las obligaciones de un padre. No es necesario que haya ningún vínculo legal ni biológico.

PARTE I - AVISO DE ELEGIBILIDAD

Este Aviso tiene como finalidad informarle que usted es:

- ☐ **Elegible para una licencia FMLA:** (Consulte la Sección II para Información adicional necesaria y la Sección III sobre Derechos y obligaciones.)

FMLA - Notice of Eligibility and Rights and Responsibilities - Spanish

- ☐ **No reúne los requisitos** para una licencia FMLA, debido a que: *(solo debe marcarse un motivo)*
- ☐ No cumple con el requisito de 12 meses de antigüedad para las licencias FMLA. Al primer día de la licencia solicitada, usted tendrá una antigüedad aproximada de: _____ a los fines del cómputo de este requisito.
- ☐ No cumple con el requisito de 1,250 horas de antigüedad para las licencias FMLA. Al primer día de la licencia solicitada, usted habrá trabajado aproximadamente _____ a los fines del cómputo de este requisito.
- ☐ Usted es miembro de la tripulación de una aerolínea y no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de horas de servicio establecidos para los tripulantes al primer día de la licencia solicitada (a saber, haber trabajado o haber recibido la paga correspondiente al 60% de las horas mensuales garantizadas, y haber trabajado o recibido la paga por un mínimo de 504 horas de servicio).
- ☐ Usted no trabaja ni se presenta a trabajar a un sitio con 50 empleados o más en un radio de 75 millas (120 km).*

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con:

Nombre del Representante del Empleador

al:

Información de contacto

PARTE II - SE REQUIERE INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal como se explica en la Parte I, usted cumple con los requisitos de elegibilidad para tomarse una licencia FMLA. Analice la información a continuación para decidir si se requiere información adicional para que podamos determinar si su ausencia califica para una licencia 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 le corresponde. **Si no presenta la información completa y suficiente dentro del plazo requerido, podremos negarle la licencia.**

(Seleccione lo que corresponde)

- ☐ No se requiere información adicional. Si no se requiere información adicional, pase a la Parte III.
- ☐ Solicitamos que la licencia se justifique con una certificación, según se indica a continuación.
- ☐ Proveedor de atención médica del empleado ☐ Proveedor de atención médica del familiar del empleado
- ☐ Exigencia admisible ☐ Enfermedad o lesión grave *(Licencia para el cuidado de un militar)*

El formulario de certificación seleccionado ☐ se adjunta / ☐ no se adjunta.

Si se requiere, la certificación médica debe presentarse antes del _____ *(El empleador debe darle al empleado al menos 15 días calendario para presentar la certificación, salvo que eso no sea factible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado.)*

- ☐ Le solicitamos que presente documentación razonable o una declaración de la que surja la relación entre usted y el familiar en cuestión, incluidas las relaciones sin vínculo de sangre o legal (explicadas en la página 1). Debe presentar la información antes del _____
- ☐ Otra información necesaria *(p. ej. documentación para licencia para el cuidado de un militar)*:

Debe presentar la información antes del _____.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con:

Nombre del Representante del Empleador

al:

Información de contacto

FMLA - Notice of Eligibility and Rights and Responsibilities - Spanish

PARTE III - AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Parte A: Derecho a la licencia FMLA

La ley FMLA le otorga el derecho a tomarse una licencia FMLA con protección del puesto de trabajo, sin goce de sueldo, en cada período de 12 meses, por algunos motivos médicos y familiares. Entre otras, puede tomarse hasta **12 semanas** de licencia sin goce de sueldo en cada período de 12 meses por el nacimiento de un hijo o la entrega de un niño en adopción o en guarda temporal, o licencia por un problema grave de salud propio o de un familiar. También tiene derecho a una licencia con protección del puesto de trabajo, sin goce de sueldo, de hasta doce meses, por exigencias admisibles asociadas al llamado de un miembro de las fuerzas armadas a servicio activo, y hasta 26 semanas de licencia con protección del puesto de trabajo sin goce de sueldo para cuidar a un miembro de las fuerzas armadas cubierto, afectado por una lesión o enfermedad grave (*Licencia para Cuidar a un Militar*).

Método de cálculo del período de 12 meses a los fines de la licencia FMLA: (*Seleccione el que corresponde*)

- ☐ El año calendario (1 de enero al 31 de diciembre).
- ☐ Año fijo de licencias basado en _____
(p. ej., año fiscal con inicio el 1 de julio y finalización el 30 de junio)
- ☐ El período de 12 meses contados a partir de la fecha en que utiliza la primera licencia FMLA.
- ☐ Un período de 12 meses "corridos" contados en forma retroactiva desde la fecha en que se utiliza una licencia FMLA.
(Cada vez que un empleado se toma una licencia FMLA, el tiempo de licencia restante es el saldo de las 12 semanas no usado en los 12 meses inmediatamente precedentes a la fecha de inicio de la licencia FMLA.)

Si corresponde, el período de 12 meses para el cómputo de la *Licencia para Cuidar a un Militar* comenzó el: _____

Usted (☐ se / ☐ no se) considera empleado clave en los términos de las leyes FMLA. No se puede denegar una licencia FMLA por este motivo; sin embargo, el empleador puede decidir no reincorporarlo a su puesto de trabajo al concluir la licencia FMLA si dicha reincorporación causaría un perjuicio económico importante y sustancial para nosotros.

Se ha ☐ / No se ha ☐ determinado que su reincorporación al trabajo una vez finalizada la licencia FMLA causaría un perjuicio económico importante y sustancial para la Empresa. Se brindará información adicional a todos por separado respecto de la condición de empleado clave y la reincorporación.

Parte B: Sustitución por Licencia con Goce de Sueldo - Cuando la Licencia con Goce de Sueldo se usa simultáneamente con la Licencia FMLA

Conforme a las leyes FMLA, usted tiene derecho a solicitar que la licencia acumulada con goce de sueldo reemplace la licencia FMLA sin goce de sueldo. De esta manera, puede solicitar que la licencia acumulada con goce de sueldo se compute de forma simultánea con parte o toda la licencia FMLA sin goce de sueldo, siempre que cumpla con todos los requisitos de nuestra política de licencias. Cuando las dos licencias se computan en simultáneo, la ausencia se deduce de la licencia con goce de sueldo designada y de la licencia FMLA sin goce de sueldo al mismo tiempo. Si no cumple con los requisitos para tomarse una licencia con goce de sueldo, seguirá teniendo derecho a una licencia FMLA sin goce de sueldo en el período de 12 meses que corresponda. Incluso si usted no lo solicita, las leyes FMLA nos permiten exigirle que use la licencia por enfermedad, vacaciones o cualquier otra licencia con goce de sueldo disponible durante su ausencia cubierta por la FMLA.

- ☐ **Es posible que toda o parte de su licencia FMLA sea sin goce de sueldo.** La licencia FMLA sin goce de sueldo se designará como licencia FMLA y se descontará de la cantidad de licencia FMLA que tiene a disposición para usar durante el período de 12 meses correspondiente.
- ☐ **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. Cualquier licencia con goce de sueldo que se tome por este motivo se designará como licencia FMLA se descontará de la licencia FMLA que tiene a disposición para usar durante el período de 12 meses correspondiente.
- ☐ **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. Cualquier licencia con goce de sueldo que se tome por este motivo como licencia FMLA que tiene a disposición para usar durante el período de 12 meses correspondiente.
- ☐ **Otra:** (p.ej., incapacidad a corto o de largo plazo, compensación de trabajadores, ley estatal de licencias por enfermedad, etc.)

Cualquier licencia que se tome por este motivo también será designada como licencia FMLA y se descontará de la licencia FMLA que tiene a disposición para usar durante el período de 12 meses correspondiente.

FMLA - Notice of Eligibility and Rights and Responsibilities - Spanish

Condiciones aplicables al uso de la licencia con goce de sueldo: _____

Para más información acerca de las condiciones aplicables al uso de días por enfermedad / vacaciones / otra licencia, consulte: _____ disponible en: _____

Parte C: Continuidad de los beneficios de salud

Los beneficios de salud deberán mantenerse durante el período de licencia FMLA con las mismas condiciones que si hubiera seguido trabajando. Durante cualquier período con goce de sueldo de licencia FMLA, su aporte de las primas se pagará mediante el método normalmente usado durante cualquier licencia con goce de sueldo. Durante cualquier período sin goce de sueldo de licencia FMLA, debe pagar su aporte de las primas del seguro de salud. Para realizar los arreglos necesarios para continuar efectuando su parte de los pagos de primas del seguro médico para mantener los beneficios del seguro de salud mientras se encuentra en una licencia FMLA sin goce de sueldo, comuníquese con _____ al _____.

Tiene un período de gracia mínimo de ☐ 30 días o ☐ _____ (indique un período más largo, si corresponde) para realizar los pagos de las primas. Si no realiza el pago dentro del plazo establecido, podremos cancelar su seguro médico grupal, siempre que se lo notifiquemos por escrito como mínimo 15 días antes de la fecha de vencimiento de su cobertura de salud o, a opción de la empresa, podremos pagar su parte de las primas durante la licencia FMLA y solicitarle que nos reintegre los pagos cuando regrese al trabajo.

Le podremos exigir que nos reembolse el aporte que le corresponde de las primas del seguro de salud pagado en su nombre durante la licencia FMLA si no se reincorpora al trabajo al finalizar la licencia FMLA por un motivo distinto a los indicados a continuación: la continuidad, recurrencia o aparición de un problema grave de salud que le daría derecho a una licencia FMLA; o la continuidad, recurrencia o aparición de una enfermedad o lesión grave de un militar cubierto que le daría derecho a una licencia FMLA; o por otras circunstancias ajenas a su control.

Parte D: Otros beneficios de los Empleados

Al reincorporarse al trabajo tras finalizar una licencia FMLA, sus beneficios de empleado, como pensión o seguro de vida, deberán reanudarse de la misma manera y en los mismos niveles previos al inicio de la licencia FMLA. Para hacer los arreglos necesarios para mantener los beneficios de los empleados durante una licencia FMLA, comuníquese con _____ al _____.

Parte E: Requisitos de la reincorporación:

Al regresar de una licencia protegida por FMLA deberán reincorporarlo al mismo puesto o a uno similar con el mismo sueldo, los mismos beneficios y los mismos términos y condiciones de empleo. Un puesto equivalente es un puesto prácticamente idéntico al puesto que ocupaba en cuanto a paga, beneficios y condiciones de trabajo. Al finalizar la licencia FMLA, todos los beneficios deben reanudarse de la misma manera y al mismo nivel previo al inicio de la licencia. Si su licencia excedió la cantidad de licencia FMLA que le correspondía, no tendrá ningún derecho al reincorporarse al trabajo conforme a la FMLA.

Parte F: Otros requisitos durante la licencia FMLA

Mientras se encuentra de licencia ☐ deberá/ ☐ no tendrá obligación de presentarnos informes periódicos de su condición y de su intención de regresar al trabajo cada:

(Indique los intervalos de los informes periódicos, según corresponda para la situación de licencia particular)

El uso indebido o el abuso de la licencia FMLA autorizada puede dar lugar a la aplicación de medidas disciplinarias, incluido el despido.

Si las circunstancias de su licencia cambian y puede regresar al trabajo antes de la fecha prevista, deberá informarnos como mínimo dos días hábiles antes de la fecha prevista inicialmente para presentarse a trabajar.

Los empleadores deben conservar una copia de este aviso en sus registros durante tres años (29 U.S.C. 2616, 29 CFR 825.500). NO ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO A LA DIVISIÓN DE SALARIOS Y HORAS.

Formulario adaptado para su uso en California del Formulario WH-381 del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Revisado en junio de 2020 (Número de control OMB 1235-0003. Vigencia hasta el 6/30/2026).