Aviso de elegibilidad, derechos y responsabilidades conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
División de Horas y Salarios

WAGE AND HOUR DIVISION

NO LO ENVÍE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS.
ENTREGAR AL EMPLEADO.

Número de control de la OMB: 1235-0003
Vence: 8/31/2029

En general, para tener derecho a una licencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA), un empleado debe haber trabajado para un empleador durante al menos 12 meses, cumplir el requisito de horas de servicio en los 12 meses anteriores a la licencia y trabajar en un centro con al menos 50 empleados dentro de las 75 millas. Aunque el uso de este formulario es opcional, un formulario WH- 381 debidamente completado ofrece a los empleados la información exigida por 29 C.F.R. §§ 825.300(b), (c) que se debe entregar dentro de los cinco días hábiles después de que el empleado avise al empleador que necesita una licencia de la FMLA. Puede encontrar información sobre la FMLA en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla.

Fecha: _____ *(dd/mm/aaaa)*

De: _____ *(empleador)* Para: _____ *(empleado)*

El _____ *(dd/mm/aaaa)*, nos enteramos de que necesita una licencia *(a partir del)* _____ *(dd/mm/aaaa)* por uno de los siguientes motivos: *(Seleccione según corresponda)*

☐ El nacimiento de un hijo, o que le den un niño en adopción o en acogida temporal, y para crear un vínculo con el recién nacido o el niño recién adoptado

☐ Su propia condición de salud grave

☐ Lo necesitan para cuidar a su familiar por una condición de salud grave. Su familiar es su:

☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo menor de 18 años ☐ Hijo mayor de 18 años y no puede cuidar de sí mismo por una discapacidad mental o física

☐ Una exigencia calificada que surge de que su familiar pertenece a la cobertura de servicio activo o se le ha avisado de un llamado u orden inminente para estado de servicio activo cubierto. Su familiar que está en la cobertura de servicio activo es su:

☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo de cualquier edad

☐ Es necesario que cuide a un familiar que es un miembro del servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave. El miembro del servicio es su:

☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo ☐ Familiar más cercano

Por "cónyuge" se entiende el esposo o la esposa tal como se define o reconoce en el estado en el que la persona se casó, incluyendo un matrimonio de hecho o un matrimonio entre personas del mismo sexo. Los términos "hijo" y "padre/madre" incluyen relaciones de padre y madre en las que una persona asume las obligaciones de un padre/madre con un menor. Un empleado puede tomar una licencia de la FMLA para atender a una persona que asumió las obligaciones de padre/madre con el empleado cuando este era un niño. Un empleado también puede tomar una licencia de la FMLA para atender a un niño para el que ha asumido las obligaciones de un padre/madre. No es necesaria una relación legal ni biológica.

SECCIÓN I: AVISO DE ELEGIBILIDAD

Este aviso es para informarle de que usted es:

☐ **Elegible** para la licencia de la FMLA. *(Consulte la Sección II para obtener cualquier información adicional necesaria y la Sección III para obtener información sobre sus Derechos y Responsabilidades).*

☐ **No es elegible** para la licencia de la FMLA porque: *(Solo es necesario marcar un motivo)*

☐ No ha cumplido el requisito de antigüedad de 12 meses de servicio establecido por la FMLA. A partir de la primera fecha de la licencia solicitada, habrá trabajado aproximadamente: _____ *(meses)* para cumplir este requisito.

☐ No ha cumplido el requisito de 1,250 horas de servicio establecido por la FMLA. A partir de la primera fecha de la licencia solicitada, habrá trabajado aproximadamente: _____ *(horas de servicio)* para cumplir este requisito.

Nombre del empleado: _____

☐ Usted es un empleado de la tripulación de vuelo de una aerolínea y no ha cumplido los requisitos especiales de elegibilidad de horas de servicio para empleados de la tripulación de vuelo de una aerolínea a partir de la primera fecha de la licencia solicitada (es decir, trabajó o se le pagó por al menos el 60 % de su garantía mensual aplicable, y trabajó o se le pagó por al menos 504 horas de trabajo).

☐ No trabaja ni se presenta en un centro con 50 o más empleados dentro de las 75 millas a partir de la fecha de su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: _____ *(nombre del representante del empleador)*

a _____ *(información de contacto).*

SECCIÓN II: INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA

Como se explica en la Sección I, usted cumple los requisitos de elegibilidad para tomar una licencia de la FMLA. Revise la siguiente información para determinar si se necesita información adicional para que podamos determinar si su ausencia califica como licencia de la FMLA. Una vez que obtengamos la información adicional que se especifica abajo, le avisaremos, **en un plazo de 5 días hábiles**, si su licencia se considerará como licencia de la FMLA y contará para la licencia de la FMLA que tiene disponible. **Si no se entrega la información completa y suficiente de manera oportuna, es posible que se le niegue su licencia.**

(Seleccione según corresponda)

☐ No se solicita información adicional. Si no se solicita información adicional, pase a la Sección III.

☐ Solicitamos que la licencia esté respaldada por un certificado, como se indica abajo.

☐ Proveedor de atención médica para el empleado ☐ Proveedor de atención médica para el familiar del empleado

☐ Exigencia calificada ☐ Enfermedad o lesión *grave (licencia para cuidador de un militar)*

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

Si se solicita, el certificado médico se debe devolver antes del _____ *(dd/mm/aaaa) (Debe dejar pasar al menos 15 días calendario a partir de la fecha en que el empleador solicitó al empleado que entregara el certificado, a menos que no sea posible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado).*

☐ Le solicitamos que entregue documentación razonable o una declaración para establecer la relación entre usted y su familiar, incluyendo las relaciones *de padre y madre* (como se explica en la página uno). La información solicitada debe devolvérnosla antes del _____ *(dd/mm/aaaa).* Puede optar por entregar una declaración simple de la relación o entregar documentación como el certificado de nacimiento del niño, un documento judicial o documentos relacionados con la acogida temporal o las actividades relacionadas con la adopción. Se le devolverán los documentos oficiales presentados para este fin una vez que se hayan revisado.

☐ Otra información necesaria *(por ejemplo, documentación para la licencia familiar militar*): _____.

La información solicitada debe devolvérnosla antes del _____ *(dd/mm/aaaa).*

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: _____ *(nombre del representante del empleador)*

a _____ *(información de contacto).*

SECCIÓN III: AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Parte A: Derecho a la licencia de la FMLA

Bajo la FMLA, usted tiene derecho a tomar una licencia de la FMLA no remunerada y protegida por el trabajo en un período de 12 meses por ciertos motivos familiares y médicos, incluyendo hasta **12 semanas** de licencia no remunerada en un período de 12 meses por el nacimiento de un hijo o la entrega de un hijo en adopción o en acogida temporal, por una licencia relacionada con su propia condición de salud grave o la de un familiar, o por ciertas exigencias calificadas relacionadas con el despliegue de un miembro de las fuerzas armadas para una cobertura de servicio activo. También tiene derecho, bajo la FMLA, a tomar hasta **26 semanas** de licencia de la FMLA no remunerada y protegida por el trabajo en un solo período de 12 meses para cuidar a un miembro del servicio cubierto que tenga una lesión o enfermedad grave (*licencia para cuidador de un militar*).

Nombre del empleado: _____

El período de 12 meses para la licencia de la FMLA se calcula como: *(Seleccione según corresponda)*

- ☐ El año calendario (1 de enero - 31 de diciembre)
- ☐ Un año de licencia fijo basado en _____
  (por ejemplo, un año fiscal que inicia el 1 de julio y termina el 30 de junio)
- ☐ El período de 12 meses medido a partir de la fecha de su primer uso de la licencia de la FMLA.
- ☐ Un período "continuo" de 12 meses medido hacia atrás a partir de la fecha de cualquier uso de la licencia de la FMLA. *(Cada vez que un empleado toma una licencia de la FMLA, la licencia restante es lo que queda de las 12 semanas no usadas durante los 12 meses inmediatamente previos al inicio de la licencia de la FMLA).*

Si aplica, el período único de 12 meses para la *licencia para cuidador de un militar* inició el _____ *(dd/mm/aaaa)*.

Usted (☐ es / ☐ no es) considerado un empleado clave según la definición de la FMLA. No se le puede negar su licencia de la FMLA por este motivo; sin embargo, es posible que no lo reincorporemos a su empleo después de la licencia de la FMLA si dicha reincorporación nos causa un daño económico sustancial y grave.

Nosotros (☐ hemos / ☐ no hemos) determinado que reincorporarlo a su empleo cuando finalice la licencia de FMLA nos causará un daño económico sustancial y grave. Se dará más información por separado sobre su estado como empleado clave y su reincorporación.

Parte B: Sustitución de licencia remunerada – Cuando la licencia remunerada se usa al mismo tiempo que la licencia de la FMLA

Bajo la FMLA, usted tiene derecho a solicitar que su licencia remunerada acumulada se sustituya por su licencia de la FMLA. Esto significa que puede solicitar que su licencia remunerada acumulada se use al mismo tiempo que una parte o la totalidad de su licencia de la FMLA no remunerada, siempre y cuando cumpla los requisitos aplicables de nuestra política de licencias. El uso simultáneo de la licencia significa que la ausencia contará tanto para la licencia remunerada designada como para la licencia de la FMLA no remunerada al mismo tiempo. Si no cumple los requisitos para tomar una licencia remunerada, seguirá teniendo derecho a tomar la licencia de la FMLA no remunerada disponible en el período aplicable de 12 meses. Incluso si no lo solicita, la FMLA nos permite exigirle que use su licencia por enfermedad, vacaciones u otra licencia remunerada disponible durante su ausencia conforme a la FMLA.

(Marque todas las que correspondan)

- ☐ **No se pagará una parte o la totalidad de su licencia de la FMLA.** Cualquier licencia de la FMLA no remunerada que se tome se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el período aplicable de 12 meses.
- ☐ **Ha solicitado usar una parte o la totalidad de su licencia remunerada disponible** *(por ejemplo, enfermedad, vacaciones, PTO)* durante su licencia de la FMLA. Cualquier licencia remunerada que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el período aplicable de 12 meses.
- ☐ **Le exigimos que use una parte o la totalidad de su licencia remunerada disponible** *(por ejemplo, enfermedad, vacaciones, PTO)* durante su licencia de la FMLA. Cualquier licencia remunerada que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el período aplicable de 12 meses.
- ☐ **Otro:** *(por ejemplo, incapacidad a corto o largo plazo, compensación laboral, ley estatal de licencia médica, etc.)*_____
  Cualquier tiempo que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el período aplicable de 12 meses.

Las condiciones aplicables para el uso de la licencia remunerada incluyen: _____.

Para obtener más información sobre las condiciones aplicables al uso de licencia por enfermedad/vacaciones/otras licencias remuneradas, consulte _____ disponible en: _____.

Nombre del empleado: _____

Parte C: Mantenga los beneficios médicos

Sus beneficios médicos deben mantenerse durante cualquier período de licencia de la FMLA bajo las mismas condiciones como si siguiera trabajando. Durante cualquier parte remunerada de la licencia de la FMLA, su parte de las primas se pagará por el método usado de forma habitual durante cualquier licencia remunerada. Durante cualquier parte no remunerada de la licencia de la FMLA, usted debe seguir haciendo contribuciones normales al costo de las primas del seguro médico. Para hacer arreglos para seguir pagando la parte que le corresponde de las primas de su seguro médico mientras está de licencia de la FMLA no remunerada, contacte a _____ en _____.

Usted tiene un período de gracia mínimo de (☐ 30 días o ☐ _____ *indique un período más largo, si corresponde*) para hacer los pagos de las primas. Si el pago no se hace a tiempo, su seguro médico colectivo se puede cancelar, siempre y cuando le avisemos por escrito al menos 15 días antes de la fecha en que su cobertura médica caducará, o, según nuestro criterio, podemos pagar su parte de las primas durante la licencia de la FMLA, y cobrarle estos pagos cuando regrese al trabajo.

Es posible que tenga que reembolsarnos la parte que nos corresponde de las primas de seguro médico pagadas en su nombre durante su licencia de la FMLA si no se reincorpora al trabajo después de dicha licencia **no remunerada** por un motivo que no sea: la continuación, recurrencia o aparición de una condición de salud grave suya o de un familiar que le daría derecho a una licencia de la FMLA; o la continuación, recurrencia o aparición de una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio cubierto que le daría derecho a una licencia de la FMLA; u otras circunstancias fuera de su control.

Parte D: Otros beneficios para empleados

Cuando regrese de su licencia de la FMLA, sus otros beneficios de empleado, como pensiones o seguro de vida, deben reanudarse de la misma manera y en los mismos niveles que se ofrecieron cuando comenzó su licencia de la FMLA. Para hacer arreglos para continuar recibiendo sus beneficios de empleado mientras está de licencia de la FMLA, contacte a _____ en _____.

Parte E: Requisitos de reincorporación al trabajo

Cuando regrese de la licencia con protección de la FMLA, se lo debe reincorporar al mismo trabajo o a uno equivalente con el mismo salario, prestaciones y términos y condiciones de empleo. Un puesto equivalente es aquel que es prácticamente idéntico a su puesto anterior en cuanto a salario, prestaciones y condiciones de trabajo. Al final de su licencia de la FMLA, todos los beneficios también se deben reanudar de la misma manera y al mismo nivel establecido cuando comenzó la licencia. No tiene derecho a reincorporarse al trabajo según la FMLA si necesita una licencia que exceda la cantidad de licencia de FMLA que tiene disponible para usar.

Parte F: Otros requisitos durante la licencia de la FMLA

Mientras esté de licencia usted (☐ se le / ☐ no se le) pedirá que nos dé reportes periódicos de su estado e intención de reincorporarse al trabajo cada _____.

(Indique el intervalo de los reportes periódicos, según corresponda para la situación de licencia de la FMLA).

Si las circunstancias de su licencia cambian y puede reincorporarse al trabajo antes de lo esperado, deberá avisarnos al menos dos días hábiles antes de la fecha en que tiene previsto presentarse a trabajar.

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA

Es obligatorio que los empleadores comuniquen a los empleados su elegibilidad para la protección de la FMLA y sus derechos y responsabilidades. 29 U.S.C. § 2617; 29 C.F.R. § 825.300(b), (c). Es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos calcula que a las personas encuestadas les llevará un promedio de 10 minutos completar esta recopilación de información, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, envíelo al administrador en Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C., Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO.