Aviso de designación conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

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

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

La licencia cubierta por la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) debe designarse como protegida por la FMLA y el empleador debe informar al empleado de la cantidad de licencia que se le descontará de su derecho de licencia de la FMLA. Para determinar si la licencia está cubierta por la FMLA, el empleador puede solicitar que la licencia esté respaldada por un certificado. Si el certificado está incompleto o es insuficiente, el empleador debe indicar por escrito qué información adicional es necesaria para que el certificado esté completo y sea suficiente. Aunque el uso de este formulario es opcional, un formulario WH-382 debidamente completado ofrece a los empleados la información exigida por 29 C.F.R. §§ 825.300(d), 825.301 y 825.305(c), que se debe entregar dentro de los cinco días hábiles después de que el empleador tenga suficiente información para determinar si la licencia es por un motivo que califica según la FMLA. Puede encontrar información sobre la FMLA en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla.

SECCIÓN I: EMPLEADOR

El empleador es responsable en **todas** las circunstancias de designar la licencia como calificada según la FMLA y de avisar al empleado. Una vez que un empleado elegible indica que necesita tomarse una licencia por un motivo que califica según la FMLA, el empleador no puede retrasar la designación de dicha licencia como licencia de la FMLA, y ni el empleado ni el empleador pueden rechazar la protección de la FMLA para esa licencia.

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

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

El _____ *(dd/mm/yyyy)* recibimos su información más reciente para respaldar su necesidad de licencia por: *(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
- ☐ La condición de salud grave de su cónyuge, hijo o padre/madre
- ☐ Una exigencia calificada que surge de que su cónyuge, hijo o padre/madre pertenece al servicio activo cubierto o se le ha avisado de un llamado u orden inminente para el servicio activo cubierto con las Fuerzas Armadas
- ☐ Una lesión o enfermedad grave de un miembro cubierto del servicio donde usted es el cónyuge, hijo, padre/madre o familiar más cercano del miembro del servicio *(licencia para cuidador de un militar)*

Revisamos la información relacionada con su necesidad de licencia conforme a la FMLA junto con toda la documentación de respaldo presentada y decidimos que su solicitud de licencia conforme a la FMLA está: *(Seleccione según corresponda)*

- ☐ **Aprobada.** Todas las licencias que se tomen por este motivo se designarán como licencias de la FMLA. Vaya a la Sección III para obtener más información.
- ☐ **No aprobada**: *(Seleccione según corresponda)*
  - ☐ La FMLA no aplica para su solicitud de licencia.
  - ☐ En el momento en que la licencia empiece, usted no tiene ninguna licencia de la FMLA disponible para usar.
  - ☐ Otro _____
- ☐ **S**e necesita **información adicional** para determinar si su solicitud de licencia califica como licencia de la FMLA. *(Vaya a la Sección II para obtener la información específica necesaria. Si se aprueba su solicitud de licencia de la FMLA y no se necesita información adicional, pase a la Sección III).*

SECCIÓN II: INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA

Necesitamos información adicional para determinar si su solicitud de licencia califica conforme a la FMLA. Una vez que obtengamos la información adicional solicitada, le avisaremos **en un plazo de 5 días hábiles** si su licencia se designará o no como licencia de la FMLA y si contará para la cantidad de licencia de la FMLA que tiene disponible. **Si no presenta la información adicional solicitada, es posible que se niegue su solicitud de licencia de la FMLA.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: _____ al _____
(Nombre del empleador representante de la FMLA) *(Información de contacto)*

Nombre del empleado: _____

Certificado incompleto o insuficiente

El certificado que ha entregado está incompleto o es insuficiente para determinar si la FMLA aplica para su solicitud de licencia. *(Seleccione según corresponda)*

☐ El certificado entregado está incompleto y no podemos determinar si la FMLA aplica para su solicitud de licencia. *"Incompleto" significa que una o más de las entradas correspondientes en el certificado no se han completado.*

☐ El certificado entregado es insuficiente para determinar si la FMLA aplica para su solicitud de licencia. *"Insuficiente" significa que la información presentada es confusa, poco clara, ambigua o carece de respuesta.*

Especifique la información necesaria para que el certificado esté completo o sea suficiente: _____

_____

Debe presentar la información solicitada a más tardar el *(preséntela al menos 7 días calendario)* _____ *(dd/mm/aaaa),* a menos que no sea posible bajo circunstancias particulares a pesar de sus esfuerzos diligentes de buena fe, o se le puede negar su permiso.

Segunda y tercera opinión

☐ Le solicitamos que obtenga un certificado médico de (☐ segunda/☐ tercera opinión) a nuestro cargo, y le daremos mayores detalles más adelante. *Nota: Es posible que se solicite al empleado o a un familiar suyo que autorice al proveedor de atención médica a revelar información relativa solo a la condición de salud grave en cuestión.*

SECCIÓN III: LICENCIA DE LA FMLA APROBADA

Como se explica en la Sección I, su solicitud de licencia de la FMLA está aprobada. Todas las licencias que se tomen por este motivo se designarán como licencias de la FMLA y se descontarán de la cantidad de licencias de la FMLA que tenga disponible para usar en el período aplicable de 12 meses. La FMLA exige que nos avise lo antes posible si las fechas de la ausencia programada cambian, se extienden o se desconocían en un inicio. De acuerdo con la información que nos ha dado hasta la fecha, presentamos la siguiente información sobre la cantidad de tiempo que se descontará de la **cantidad total de la licencia de la FMLA** que tiene disponible para usar en el período aplicable de 12 meses: *(Seleccione según corresponda)*

☐ Siempre que no haya cambios en su **calendario de licencia de la FMLA anticipado**, el siguiente número de horas, días o semanas se descontará de su derecho a licencia: _____.

☐ Debido a que la licencia que necesitará será **no programada**, no es posible indicar las horas, días o semanas que se descontarán de 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).

Tenga en cuenta: *(marque todo lo que corresponda)*

☐ **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 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.

☐ **De acuerdo con su solicitud, una parte o la totalidad de su licencia remunerada disponible** *(por ejemplo, enfermedad, vacaciones, PTO)* **se usará 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.

☐ **Otra:** _____
(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.

Requisitos de reincorporación al trabajo. Para reincorporarse al trabajo después de una licencia de la FMLA, (☐ se le exigirá/☐ no se le exigirá) que entregue un certificado de su proveedor de atención médica (certificado de aptitud laboral) que confirme que puede reincorporarse al trabajo. Esta solicitud de certificado de aptitud laboral se refiere *solo* a la condición de salud grave en particular que causó su necesidad de tomar una licencia de la FMLA. **Si dicho certificado no se recibe a tiempo, es posible que su reincorporación al trabajo se retrase hasta que se entregue el certificado.**

(☐ Se adjunta/☐ no se adjunta) una lista de las funciones esenciales de su puesto. Si se adjunta, el certificado de aptitud laboral debe

abordar su capacidad para realizar las funciones esenciales del trabajo.

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.