

Oficina de Cumplimiento

avance de la seguridad, la salud y los derechos laborales en la rama legislativa

Notificación de Responsabilidades y Derechos de Elegibilidad

(Ley de Licencia Familiar y Médica, según fuera aplicable por la Ley de Responsabilidad del Congreso)

Formulario C

En general, para ser elegible, un empleado debe haber trabajado para una oficina de empleo durante al menos 12 meses y haber trabajado al menos 1,250 horas en los 12 meses anteriores a la licencia. Aunque el uso de este formulario por parte de las oficinas de empleo es opcional, un formulario completo proporciona a los empleados la información requerida por las normativas de la FMLA emitidas por la Junta Directiva (la Junta) de la Oficina de Cumplimiento (OOC, por sus siglas en inglés) en 825.300(b), que debe proporcionarse dentro de los cinco días hábiles de la notificación de la necesidad del empleado de la licencia FMLA a la oficina de empleo. La Parte B proporciona a los empleados información con respecto a sus derechos y responsabilidades para tomar la licencia FMLA, según lo requerido por las normativas de FMLA de la Junta en 825.300(b), (c).

[Parte A - NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD]

PARA: _____
Empleado

DE: _____
Representante de la Oficina de Empleo

FECHA: _____

El día _____, usted nos informó que necesitaba una licencia a partir del _____ para:

- El nacimiento de un niño o la colocación de un niño con usted para adopción o acogimiento
- Su propia afección grave de salud
- Porque necesita cuidar a su Δ cónyuge; Δ hijo; Δ padre/madre debido a su afección grave de salud.
- Debido a una exigencia calificada que surja del hecho de que su Δ cónyuge; Δ hijo; Δ padre/madre está en servicio activo cubierto o fue llamado a servicio activo cubierto en las Fuerzas Armadas.
- Debido a que usted es el Δ cónyuge; Δ hijo; Δ padre/madre; Δ familiar más cercano de un militar cubierto con una lesión o enfermedad grave.

Esta notificación es para informarle que usted:

- Es elegible para la licencia FMLA (vea la Parte B a continuación para conocer los Derechos y Responsabilidades)
- No es elegible para la licencia FMLA porque (solo debe marcar una de las razones, aunque es posible que no sea elegible por otras razones):
 - No cumplió con los 12 meses de servicio que exige la FMLA. A partir del primer día de la licencia solicitada, usted habrá trabajado unos _____ meses hacia este requisito.
 - Usted no ha cumplido con las 1,250 horas trabajadas que exige la FMLA.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: _____.

[PARTE B-DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA TOMAR UNA LICENCIA FMLA]

Como se explica en la Parte A, usted cumple con los requisitos de elegibilidad para tomar una licencia FMLA y aún tiene una licencia FMLA disponible en el período de 12 meses aplicable. **Sin embargo, para que podamos determinar si su licencia califica como licencia FMLA, debe devolvernos la siguiente información antes del _____.** (Si se solicita una certificación, las oficinas de empleo deben proporcionarle al menos 15 días naturales desde la recepción de esta notificación; puede que se necesite tiempo adicional en algunas circunstancias). Si no se proporciona suficiente información de modo oportuno, su licencia podrá ser rechazada.

- Certificación suficiente para respaldar su solicitud de licencia FMLA. Un formulario de certificación que establece la información necesaria para respaldar su solicitud _____ **se adjunta/ _____ no se adjunta.**
- Documentación suficiente para establecer el vínculo necesario entre usted y su familiar.
- Otros datos necesarios (tales como documentación para licencia familiar militar): _____

- No se solicita información adicional.

Si su licencia califica como licencia FMLA, tendrá las siguientes **responsabilidades** mientras se encuentre con licencia FMLA (solo aplican los espacios marcados):

- Comuníquese con _____ al _____ para hacer arreglos a fin de continuar pagando su parte de las primas de su seguro de salud para mantener los beneficios médicos mientras está de licencia. Tiene un período de gracia mínimo de 30 días (o indique un período más largo, si procede) en el que debe hacer los pagos de primas. Si no paga a tiempo, su seguro colectivo de salud podrá cancelarse, siempre y cuando le notifiquemos por escrito al menos 15 días antes de la fecha en que su cobertura de salud quede sin efecto o, a nuestra opción, nosotros podremos pagar su parte de las primas durante la licencia FMLA y recuperar estos pagos a su regreso al trabajo.
- Se requerirá que utilice su licencia remunerada disponible por _____ **enfermedad,** _____ **vacaciones** u _____ **otra licencia** durante su licencia FMLA. Esto significa que usted recibirá su licencia remunerada y la licencia también se considerará licencia FMLA protegida y se computará a efectos de su derecho a licencia FMLA.
- Debido a su situación dentro de la empresa, se lo considera un "empleado clave" como se define en la FMLA. Como "empleado clave", es posible que se niegue una restitución al empleo luego de la licencia FMLA, con base en que dicha restauración nos causará daños económicos sustanciales y penosos. Nosotros _____ **hemos/ _____ no hemos** determinado que su restitución al empleo al término de la licencia FMLA nos causará un daño económico considerable y penoso.
- Durante la licencia, se le pedirá que nos proporcione informes periódicos de su situación y la intención de volver a trabajar cada _____. (Indique el intervalo de los informes periódicos, según corresponda a la situación específica de la licencia).

Si las circunstancias de su licencia cambian y usted puede volver a trabajar antes de la fecha indicada en este formulario, deberá notificarnos al menos dos días laborables antes de la fecha en que planea presentarse a trabajar.

Si su licencia califica como licencia FMLA, tendrá los siguientes **derechos** mientras se encuentre con licencia FMLA:

- Usted tiene derecho en virtud de la FMLA a un máximo de 12 semanas de licencia no remunerada en un período de 12 meses calculados como:
 - el año calendario (enero a diciembre).
 - un año de licencia fija sobre la base de _____.
 - el período de 12 meses medidos hacia adelante desde la fecha de su primer uso de licencia FMLA.
 - un período "continuo" de 12 meses medidos hacia atrás desde la fecha de cualquier uso de licencia FMLA.

- En virtud de la FMLA, usted tiene derecho hasta 26 semanas de licencia no remunerada en un solo período de 12 meses para cuidar a un militar cubierto con una lesión o enfermedad graves. Este período único de 12 meses comenzó el día _____.

- Sus beneficios médicos se deben mantener durante cualquier período de licencia no remunerada en las mismas condiciones que si hubiera continuado trabajando.

- A su regreso de una licencia protegida por la FMLA, usted debe ser reincorporado al mismo trabajo o a uno equivalente con la misma remuneración, beneficios y términos y condiciones de empleo. (Si su licencia se extiende más allá del final de su derecho a una licencia FMLA, no tiene derechos al regresar en virtud de la FMLA).

- Si no regresa al trabajo después de la licencia FMLA por una razón que no sea: 1) la continuación, recurrencia o aparición de una afección grave de salud daría derecho a una licencia FMLA; 2) la continuación, recurrencia o aparición de una lesión o enfermedad graves de un militar cubierto que darían derecho a una licencia FMLA; u 3) otras circunstancias fuera de su control; es posible que se requiera que nos reembolse nuestra parte de primas de seguro de salud pagadas en su nombre durante su licencia FMLA.

- Si no le hemos informado anteriormente que debe utilizar la licencia remunerada acumulada mientras se toma una licencia FMLA no remunerada, tiene derecho a tener otra licencia por _____ **enfermedad**, _____ **vacaciones** u _____ **otra licencia** ejecutada simultáneamente con su derecho a licencia no remunerada, siempre y cuando cumpla con los requisitos aplicables de la política de licencia. Las condiciones aplicables relacionadas con el reemplazo de la licencia remunerada se indican o establecen a continuación. Si no cumple con los requisitos para tomar una licencia remunerada, sigue teniendo derecho a tomar una licencia FMLA no remunerada.

Para obtener una copia de las condiciones aplicables al uso de una licencia por enfermedad/vacaciones/otra licencia, consulte _____ disponible en: _____.

Condiciones aplicables para el uso de una licencia remunerada: _____

Una vez que obtenemos la información de usted como se especificó anteriormente, se le informará, dentro de los 5 días hábiles, si su licencia será designada como licencia FMLA y cuenta para el derecho a la licencia FMLA. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con: _____ al _____.