

Forma de Solicitud de Ausencia Medica: No certificado

Todas las solicitudes de permiso para ausencia medica deben hacerse al menos 30 días antes de la fecha que el permiso comience (si es posible).
Cualquier permiso de ausencia medica que sea aprobado requiere que el empleado use sus balances de tiempo acumulado

Nombre _____ Teléfono _____

Puesto de trabajo _____ Fecha de contratación _____

Ubicación/Escuela _____ Numero de ID# _____

Fecha de la solicitud _____ Supervisor _____

Fecha de Comienzo ____/____/____ Fecha estimada de regreso al trabajo ____/____/____

Empleados en ausencia por condición médica no podrán reanudar su trabajo con el distrito hasta que documentación de que se le ha dado de alta médica se haya entregado al Departamento de beneficios de recursos humanos. Si usted está en ausencia para cuidar a un cónyuge, padre o madre, usted debe notificar a su supervisor de su fecha de retorno y al Departamento de beneficios de recursos humanos antes de su regreso.

Entiendo que el permiso que solicito es un permiso sin sueldo excepto en uso de mis balances de enfermedad, días personales, días de vacaciones, tiempo compensatorio o compensación del trabajador o pago por asalto son requeridos. Días de ausencia en los que no tengo balances de tiempos no son pagados. Entiendo que el Distrito requiere balances de días de enfermedad acumulada del estado, días locales de enfermedad, días locales de estado, vacaciones y tiempo libre compensatorio durante la ausencia médica. Entiendo que mi ausencia comienza en la fecha especificada y correrá simultáneamente con FMLA y la ausencia de incapacidad temporal (TDL) tal como se aplica. Entiendo que mientras estoy en FMLA, el distrito continuará pagando contribución hacia mi prima de seguro médico por un máximo de doce semanas como se especifica en la ley de FMLA y que soy responsable por la continuación del pago de mi parte por mis primas médicas. Entiendo que mientras estoy en la TDL, el distrito puede terminar mis beneficios de seguro si no pago mis primas médico. Entiendo que no se permitirá retomar mi posición con el distrito hasta proporcionar la certificación de que he sido dado de alta por un médico para volver a trabajar con adaptaciones razonables. Entiendo que si no vuelvo al trabajo después de haber agotado mis 12 semanas de permiso bajo FMLA o incapacidad temporal, podré renunciar. He leído y entiendo las regulaciones del distrito DEC(LOCAL). Testifico que la información anterior es verdadera y correcta. He leído y entiendo los términos y condiciones de mi permiso.

Firma _____ Fecha _____

I acknowledge receiving this notification that the above employee is requesting to take a medical leave of absence under FMLA or Temporary Disability and understand that the request is subject to the approval of the HR Benefits Department.

Principal/Supervisor Signature _____ Date TT20 /C2_3D9t% e.\$A\$, "] ÖV•

Una vez completa la forma se puede mandar por fax a: (687-8651) o escaneada & por correo electrónico a leaves@aisd.net Departamento de Ausencias y Retiro

~~A~~le Ausencia por Incapacidad Temporal
(Notice of Temporary Disability Leave)

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

. Por favor marque la categoría que aplica a la condición del por5()13.6:[PSí p:61(i87TJ 0 Tc: 8

ARLINGTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
CERTIFICACIÓN DE APTITUD PARA EL LABOR
(Forma requerida antes de regresar a trabajar)

Nombre de empleado: _____ Posición: _____

Campus/Departamento: _____

Condición seria de salud del empleado(a) que causo el permiso de ausencia medica:

Fecha cuando la ausencia comenzó: _____ Fecha cuando la ausencia termino: _____

Professional Medico: He revisado la descripción del trabajo que realiza el empleado. _____ Inicial

¿EL/ELLA es capaz de realizar sus deberes de trabajo de manera regular y sin restricciones comenzando _____ (fecha) y hasta _____

Por favor indique las restricciones, si aplican, en la siguiente sección:

Estar de pie (número de horas): _____ Caminar (número de horas): _____

Estar sentado (número de horas): _____ Levantar peso (número de libras/kilos): _____

