

# Oficina de Cumplimiento

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

## Notificación de Designación

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

### Formulario D

La licencia cubierta en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), según fuera aplicable por la Ley de Responsabilidad del Congreso (CAA, por sus siglas en inglés), debe designarse como protegida por la FMLA y la oficina de empleo debe informar al empleado la cantidad de licencia que se computará a efectos de su derecho a licencia FMLA. Con el fin de determinar si la licencia está cubierta por la FMLA, la oficina de empleo puede solicitar que la licencia esté respaldada por una certificación. Si la certificación está incompleta o es insuficiente, la oficina de empleo debe declarar por escrito la información adicional necesaria para que la certificación sea completa y suficiente. Aunque el uso de este formulario por parte de las oficinas de empleo es opcional, un formulario completo proporciona un método fácil de proporcionar a los empleados la información escrita requerida por las normativas emitidas por la Junta Directiva (la Junta) de la Oficina de Cumplimiento (OOC, por sus siglas en inglés) en 825.300(d), 825.301 y 825.305(c).

Para: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hemos revisado su solicitud de licencia FMLA y la documentación de respaldo que nos ha proporcionado. Hemos recibido su información más reciente sobre \_\_\_\_\_ y decidimos:

\_\_\_\_\_ Su solicitud de licencia FMLA está aprobada. Toda licencia tomada por este motivo se designará como licencia FMLA.

La FMLA requiere que nos notifique tan pronto como sea posible si se cambian o amplían las fechas de licencia programada, o si se desconocían en el inicio. Con base en la información que ha proporcionado hasta la fecha, estamos proporcionando la siguiente información sobre la cantidad de tiempo que se computará a efectos de su derecho a licencia:

\_\_\_\_\_ Siempre que no haya desviación de su cronograma anticipado de licencia, se computará la siguiente cantidad de horas, días o semanas a efectos de su derecho a licencia: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Dado que la licencia que necesitará no será programada, no es posible proporcionar las horas, días o semanas que se computarán a efectos de su derecho a licencia FMLA en este momento. Usted tiene derecho a solicitar esta información una vez en un período de 30 días (si la licencia fue tomada en el período de 30 días).

#### Tenga en cuenta (marque si es pertinente):

\_\_\_\_\_ Ha solicitado utilizar licencia remunerada durante su licencia FMLA. Cualquier licencia remunerada tomada por este motivo se computará a efectos de su derecho a licencia FMLA.

\_\_\_\_\_ Requerimos que usted sustituya o utilice licencia remunerada durante su licencia FMLA.

\_\_\_\_\_ Deberá presentar un certificado de aptitud para el trabajo para ser reincorporado al empleo. Si dicha certificación no se recibe a tiempo, su regreso al trabajo podrá retrasarse hasta que se proporcione la certificación. No se adjunta una lista de las funciones esenciales de su puesto. Si se adjunta, la certificación de aptitud para el trabajo debe abordar su capacidad para realizar estas funciones.

\_\_\_\_\_ Se necesita información adicional para determinar la aprobación de su solicitud de licencia FMLA:

\_\_\_\_\_ La certificación que nos ha proporcionado no es completa ni suficiente para determinar si se aplica la FMLA a su solicitud de licencia. Debe proporcionar la siguiente información a más tardar el \_\_\_\_\_

(Proporcionar al menos siete días naturales)

a menos que no sea posible bajo las circunstancias particulares a pesar de sus diligentes esfuerzos de buena fe, o su licencia podría negarse. \_\_\_\_\_

(Especifique la información necesaria para que la certificación sea completa y suficiente)

\_\_\_\_\_ Estamos ejerciendo nuestro derecho a que usted obtenga una segunda o tercera certificación médica a nuestra costa, y vamos a brindar más información más adelante.

---

\_\_\_\_\_ Su solicitud de licencia FMLA No Fue Aprobada.

\_\_\_\_\_ La FMLA no aplica a su solicitud de licencia.

\_\_\_\_\_ Usted ha agotado su derecho a licencia FMLA en el período de 12 meses aplicable.