
**Empleado Solicitud de Ausencia Familiar y Médica (FMLA-en sus siglas en inglés)
y/o Licencia Familiar de Oregon (OFLA)**

Familia Federal de Ausencia Médica ("FMLA") está disponible para los empleados que han completado por lo menos un (1) año de servicio y que hayan trabajado por lo menos 1,250 horas durante el año anterior. En general, Licencia Familiar de Oregon ("OFLA") está disponible para los empleados que hayan completado un mínimo de 180 días de trabajo, con un promedio mínimo de 25 horas por semana.

Usted debe hacer una solicitud de permiso de 30 días antes del comienzo previsto de la ausencia a menos que exista una emergencia. En cualquier caso, debe proporcionar el aviso de la necesidad de la ausencia. Leave puede retrasarse o reducirse si la debida notificación no se da. Si el permiso es aprobado por FMLA / OFLA, usted debe tratar de programar dejar de ser por lo menos tan perjudicial para Friendsview.

Por favor complete el frente y el reverso de este formulario y entréguelo al Departamento de Recursos Humanos.

Nombre (Imprima): _____ Fecha: _____

Solicito ausencia familiar o médica por una o más de las siguientes razones (**Por favor, marque la casilla correspondiente** si no está seguro, consulte las definiciones en la última página o consulte con el departamento de recursos humanos.):

- Mi condición de salud seria —FMLA, OFLA;
- Mi embarazo (incluye náuseas por la mañana, reposo en cama, la atención prenatal, el parto y la recuperación)—FMLA, OFLA
- El cuidado de mi hijo recién nacido, recién adoptado o hijo adoptivo recién llegado menor de 18 años (a menos que no tenga la capacidad de su propio cuidado personal debido a alguna discapacidad)—FMLA, OFLA;
- El cuidado de mi familiar (hijo, padre, esposo legal) con una condición de salud seria —FMLA, OFLA;
- El cuidado de mi suegro o suegra, abuelo, nieto, o pareja del mismo sexo con una condición de salud seria —OFLA;
- Cuidar a mi hijo enfermo que no tiene una condición de salud seria, pero requiere cuidado en el hogar —OFLA;
- Una "exigencia calificada" que surja de un cónyuge, hijo, hija o el servicio activo de los padres o llamar al servicio activo en la Guardia Nacional o la Reserva —FMLA; or
- El cuidado de un familiar calificado que esté enfermo o lesionado incurridos en el cumplimiento de su deber en el servicio militar activo —FMLA.

Si la ausencia es por un miembro de la familia, sírvase dar los nombres y parentesco con usted: _____

¿Es esta una condición calificada previamente aprobada FMLA / OFLA? Sí No

Fecha de inicio del permiso _____ fecha de regreso al trabajo: _____

FIRMA DEL EMPLEADO**(REQUERIDO PARA CUALQUIER CLASE DE TIEMPO médica completan el cual cae bajo FMLA / OFLA)**

- Yo entiendo **ÚNICAMENTE**, MI responsabilidad de proporcionar la certificación médica correspondiente que se describe en las pólizas de la Compañía en la mayoría de las circunstancias **ANTES DE** comenzar o regresar de mi ausencia.
- Yo entiendo que si no proporciono la certificación médica correspondiente al Departamento de Recursos Humanos, mi permiso puede demorarse, mi permiso para faltar al trabajo OFLA puede acortarse o mi permiso puede ser considerado sin protección y mi ausencia puede ser tomada como injustificada en virtud de las reglas de la Compañía en referencia con presentarse a trabajar.
- Yo entiendo que **PODRÍA NO** serme permitido regresar a trabajar hasta que presenten un certificado médico apropiado al Departamento de Recursos Humanos.
- He leído la Póliza de Ausencia Médica y para familiares, junto con las definiciones mostradas enseguida.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono # _____ Correo Electrónico: _____

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**“Condición de salud seria”** significa una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental:

- Eso requiere atención hospitalaria en un centro de atención médica, como un hospital, hospicio o residencial, como un hogar de ancianos.
- Que los jueces tratan de proveedores de cuidado de salud para plantear un peligro inminente de muerte o de que es terminal en el pronóstico con una posibilidad razonable de muerte en un futuro próximo.
- Eso requiere un cuidado constante o continua (por ejemplo, atención en el hogar administrado por un profesional de la salud).
- Eso implica cualquier período de incapacidad o discapacidad debido al embarazo o el parto o el período de ausencia por cuidado prenatal.
- Esto da lugar a un período de incapacidad o tratamiento para una enfermedad crónica seria que requiere visitas periódicas para el tratamiento por parte de un proveedor de atención de la salud, continúa durante un período prolongado de tiempo, y puede causar episodios en lugar de un período continuo de incapacidad (por ejemplo, asma, diabetes, o la epilepsia).
- Esto implica un período de incapacidad. Incapacidad es la incapacidad para realizar por lo menos una función esencial del trabajo o asistir a la escuela o realizar las actividades diarias regulares por más de tres días consecutivos y cualquier tratamiento posterior necesario o período de recuperación en relación con la misma condición. Esta incapacidad debe incluir dos o más tratamientos por parte de un proveedor de atención médica o tratamiento uno, más un régimen de atención continuada.
- Eso implica incapacidad permanente o de largo plazo debido a una afección para la cual el tratamiento puede no ser eficaz, tal como la enfermedad de Alzheimer, un movimiento severo o etapa terminal de una enfermedad. El empleado o miembro de la familia debe estar bajo el cuidado continuo de un proveedor de atención médica pero no tiene que estar recibiendo tratamiento activo.
- Que implica múltiples tratamientos para la cirugía reparadora o para una condición que podría resultar en un período de incapacidad de más de tres días en ausencia de intervención o tratamiento médico (tal como quimioterapia para el cáncer, la terapia física para la artritis, o diálisis para la enfermedad renal).

(HR sólo) Date Received/HR Initials: _____