# El Estado de Colorado

## Aviso de Elegibilidad Derechos y Responsabilidades (Family and Medical Leave Act)

Generalmente para ser elegible para la licencia de FMLA el empleado debe haber trabajado para el Estado por lo menos 12 meses. Los supervisores deben proporcionar el aviso de elegibilidad al empleado dentro de 5 días laborales después de la notificación de la necesidad de la licencia.

**Parte A - Aviso de elegibilidad**

Para: _____ # de identificación del empleado _____
Empleado

De: _____
Firma de la autoridad

Fecha: _____

El _____, usted nos informó que usted necesita salir en licencia de FMLA empezando el_____ por:

____ El nacimiento de un niño, o colocación de un niño con usted para la adopción o cuidado protectivo;

____ Su propia condición de salud grave;

____ Porque necesita cuidar a su ____ esposo/a; ____ niño/a; ____ padres debido a sus condiciónes graves de salud;

____ Debido a una exigencia calificada que se presento debido al hecho de que usted____ su esposo/a; ____ hija o hijo; ____ un padre que está en el servicio militar active o fue llamado/a al servicio militar active en apoyo de una operación de contingencia como miembro protector de el National Guard o el Reserves.

____ Porque usted es el ____ esposo/a; ____ hijo/a; ____ padre/madre ____ familiar directo de un miembro del servicio militar que sufrio una lesión o que tiene una enfermedad grave.

____ Por que se lastimo en el trabajo.

Este aviso es para informarle que usted:

____ Es elegible para la licencia de FMLA (Ve la parte B abajo para los derechos y las responsabilidades).

____ Usted no es elegible para la licencia de FMLA, porque usted no satisface los requisitos de la FMLA's que pide que usted tenga 12 meses del servicio con la organización. En la fecha que usted pidio la licencia, usted habrá trabajado con nosotros aproximadamente ____ meses hacia los requisitos necesarios.

___ Usted no es elegible para la licencia de FMLA en este tiempo, porque usted ha agotado sus derechos de FMLA en el período de 12 meses aplicables.

Si usted tiene preguntas, contacte a_____ o ve

el poster de FMLA localizado en _____.

**Parte B - Los derechos y las responsabilidades cuando se toma licencia de FMLA**

Deacuerdo con la explicacion ofrecido en la Parte A, usted cumple con los requisitos de elegibilidad para tomar licencia de FMLA y todavía tiene licencia de FMLA disponible en el período aplicable de 12 meses. **Sin embargo, para que nosotros determinemos si su ausencia califica para la licencia de FMLA, usted debe devolvernos la información siguiente en está fecha** _____ (15 días desde cuando recibio este aviso)**.** Si la información no es proporcionada con consuficiente tiempo, su licencia puede ser negada.

____ Suficiente certificación para apoyar su petición para Licencia de FMLA. Una forma de certificación que tiene la información necesaria para apoyar su petición ____**es** ____ **no es** incluido.

____ Suficiente documentación para establecer la relación entre usted y su miembro de familia es requerida.

____ Cualquier otra información necesaria: _____

_____

_____

____ No información adicional es requerida.

**Si su ausencia califica, por** la licencia de FMLA usted tendrá las **responsabilidades** siguientes cuando este en licencia de FMLA (solamente los espacios que son marcados son aplicables):

____ Contacte a_____ al _____ para tomar medidas necesarias para continuar los pagos de sus primas de seguros médicos para poder mantener los subsidios medicos durante el tiempo en que usted este en licencia. Durante las **vacaciones con sueldo**, su porción de los primas continuarán siendo deducidas. Durante la licencia o permiso **sin sueldo**, usted debe pagar su porción el primer día del mes de cobertura. Si el pago no se recibe en el plazo de 30 días de la fecha de vencimiento, sus seguros médicos pueden ser cancelados retroactivamente al ultimo mes por el cuál se recibio el pago complete, nosotros tenemos que notificar le en escrito por lo menos de 15 días antes de la fecha en que su cobertura de aseguranzas de salud caducará, o es nuestra opción, de pagar su parte de los primas de seguro durante su licencia de FMLA, y recuperar estos pagos una vez que usted vuelta al trabajo.

____ Es un requesito que usted utilize sus licencia pagada disponible de_____ **enfermedad,** _____ **anuales,** y _____ **otro tipo de** ausencia durante su licencia de FMLA. Esto significa que usted recibirá sus vacaciones pagadas y está licencia será considerada como licencia protegida de FMLA y sera contada en contra su derecho de la licencia de FMLA.

____ Durante el tiempo que este ausente en licencia de FMLA, es requerido comunicarce periódicamente con nosotros sobre su estado de salud y sus intenciones de regresar al trabajar cada _____ días.

**Si las circunstancias de su licencia cambian, y usted puede regresar a trabajar antes de la fecha anticipada de su regreso, es requerido notificar nos por lo menos dos días laborables antes de la fecha que usted intent regresar a el trabajo.**

**Si su ausencia califica por la licencia** de FMLA usted tendrá las **derechos** siguientes cuando este en licencia de FMLA:

- Usted tiene derecho hasta por 13 semanas de licencia en un año fiscal.
- Usted tiene derecho bajo la FMLA hasta por 26 semanas de licencia en un período de 12 meses para cuidar a un miembro del servicio militar active que protegida, por una lesión o una enfermedad seria. Este período singular de 12 meses comenzará el _____.

- Los subsidios de sus aseguranzas de salud se deben mantener durante cualquier período de tiempo que usted este en ausencia sin pago, bajo las mismas condiciónes como si usted estuviera trabajando.
- Usted debe ser restablecido al mismo trabajo o un trabajo equivalente y con el mismo pago, los mismos beneficios, y las condiciónes del empleo una vez que usted regrese al trabajo después de estar fuera en licencia protegida de FMLA. (Si usted extiende su licencia de FMLA más allá del derecho de su permiso de FMLA, usted no tendrá esos derechos de regreso bajo las regulaciones de FMLA.)
- Si usted no regresa a trabajar después de estar en licencia de FMLA por otras razones con la excepción de: 1) la continuación, la reaparición, o el inicio de una condición de salud seria que le daría derecho a la licencia de FMLA; 2) la continuación, la reaparición, o el inicio de una condición de salud seria o de una enfermedad de un soldado protegido/a por los derecho a la licencia de FMLA; o 3) otras circunstancias más allá de su control, usted puede ser abligado a reembolsarnos por nuestra parte de las primas de sus seguro médico pagados en su nombre durante el tiempo que estuvo fuera en licencia de FMLA.
- Si usted no cumple los requisitos para tomar vacaciones pagadas, usted sigue dado derecho para tomar licencia sin pagar de FMLA.

Para recibir una copia de las condiciónes que son pertinente a las licencia de enfermedad/ anuales/o al uso de otro tipo de licencia, referirse por favor al capítulo 5 de La Junta Directiva del Personal del Estado y las Reglas de Procedimientos Administrativos Personales de el Estado disponibles en el: http://www.colorado.gov/dpa/dhr/rules/rules.htm o la oficina de Recursos Humanos.

**Una vez que obtenemos la información de usted, según la especificación mencionada arriba, le informaremos, dentro de 5 días laborales, si su licencia será designadas como licencia de FMLA y contara en contra de sus derechos de la licencia de FMLA. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor no dude a contactarme al:**

_____al_____

Este aviso se ha discutido conmigo y he recibido una copia. Si con conocimiento el darnos falsa información directamente, o a través de una tercera persona, puede resultar en una acción correctiva o disciplinaria.

Firma del empleado _____ Fecha _____

O

La licencia ha comenzado y este aviso fue enviado (con certificado de recibo de vuelta) en esta fecha _____ a la dirección del empleado, según la información en los expedientes de la nómina de pago.

Firma autorizada _____ Fecha _____