

FORMULARIO DE MUESTRA PARA ELEGIR LOS BENEFICIOS DE LICENCIA CON LA
COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
(SIN OFFSET)

Nombre _____ Número de empleado _____

Posición _____ Departamento/campus _____

Este empleado está ausente de su trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo que comenzó en *(fecha de la primera ausencia que se atribuye a enfermedad o lesión)*. Si fuera elegible, el seguro de compensación de los trabajadores puede comenzar a pagar un porcentaje de los salarios actuales del empleado en el octavo día de ausencia del trabajo, en caso de que se requiera una licencia extendida.

Firma autorizada de distrito

Fecha

Elección del empleado:

Me ausenté del trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Comprendo que no soy elegible para los beneficios de ingreso semanales de compensación para trabajadores hasta que mi ausencia exceda los siete días calendario. También comprendo que el distrito continuará abonando su aporte al costo de mi cobertura de seguros médicos (si fuera aplicable) siempre que esté en licencia **con goce de sueldo** y/o licencia familiar o médica (FMLA). Asimismo, comprendo que seré responsable de abonar todas las primas de seguros médicos si estoy de licencia **sin goce de sueldo** que no sea una licencia FMLA. Elijo la siguiente opción:

- Elijo utilizar solamente _____ días de licencia disponible con goce de sueldo en esta oportunidad.
- Elijo utilizar todas las licencias con goce de sueldo disponibles. Comprendo que no recibiré los beneficios de ingresos semanales de compensación de los trabajadores hasta que haya agotado toda mi licencia con goce de sueldo o en la medida en que la licencia con goce de sueldo no equivalga a mi sueldo previo a la enfermedad o a la lesión.
- Elijo **no** utilizar la licencia con goce de sueldo disponible en esta oportunidad. Comprendo que no recibiré pagos de salario regulares de _____ ISD mientras reciba los beneficios de ingreso semanales conforme a la compensación de los trabajadores. No se deducirá la licencia con goce de sueldo disponible de mi saldo de licencia. Asimismo, comprendo que, al seleccionar esta opción, recibiré solamente los beneficios de salario de compensación de los trabajadores para las ausencias que deriven de mi enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, a menos y hasta que comunique al distrito un cambio en mi decisión.

Firma del empleado

Fecha