

## 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 en el 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Marque una Opción	Razón de la Ausencia	Documentos Necesarios	Para completarse por el especialista de HR	
			Aprobado	Negado
	<b>Family &amp; Medical Leave (FMLA) – Ausencia Familiar y Medica</b> Empleados que han trabajado para su empresa por al menos 12 meses y han trabajado un mínimo de 1,250 horas dentro de los últimos doce meses de calendario. Corre simultáneamente con otros tipos de ausencias. Se puede usar por un máximo de 12 semanas. <b>Tipo de Ausencia:</b> <input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Intermitente <b>Evento:</b> <input type="checkbox"/> Su propia condición de salud seria <input type="checkbox"/> Nacimiento y cuidado de un niño <input type="checkbox"/> Colocación –Adopción/Foster Care <input type="checkbox"/> Cuidado para un miembro de la familia	<b>Certificación médica que tiene que ser completada por el proveedor de salud</b> – la forma es proveída por el especialista de HR después de verificar la elegibilidad del empleado.		
	<b>Temporary Disability Leave (TDL) - Ausencia de Incapacidad Temporal</b> Empleados No-certificados, que no son elegibles para FMLA, o quienes han agotado su FMLA y que medicamente no pueden regresar a trabajar. El tiempo máximo de TDL es 96 días de calendario. TDL corre simultáneamente con otras ausencias. <b>Evento:</b> <input type="checkbox"/> Su propia condición de salud seria <input type="checkbox"/> Nacimiento de un niño	<b>Certificación médica que tiene que ser completada por el proveedor de salud</b> – la forma es proveída por el especialista de HR después de verificar la elegibilidad del empleado.		

**Empleados en ausencia por su condición médica no podrá 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 niño, 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 días de enfermedad, días personales, días de vacaciones, tiempo compensatorio, 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 el uso de 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 su 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 de seguro 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 o sin adaptaciones razonables. Entiendo que, si no vuelvo al trabajo después de haber agotado mis 12 semanas de permiso bajo FMLA o incapacidad temporal, quizá tendré que 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 \_\_\_\_\_



**Aviso de Ausencia por Incapacidad Temporal  
(Notice of Temporary Disability Leave)**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Numero de ID # : \_\_\_\_\_

Posición con AISD: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Cuando un empleado no es elegible para el permiso de ausencia médica de FMLA tendrá derecho al permiso de Ausencia Medica por Incapacidad Temporal. Si el empleado va a estar fuera del trabajo por 3 días o más debido a una condición de salud seria o el nacimiento de un niño, puede solicitar este permiso de incapacidad temporal.

Una vez aprobado, los empleados pueden usar el permiso de Ausencia Medica por Incapacidad Temporal por hasta 96 días. Durante su ausencia, su posición ya no estará protegida con el distrito y podría ser remplazado(a). Si durante su ausencia medica usted es dado de alta para regresar a trabajar, se le asignara a trabajar en una posición similar a la que tenía con AISD, si es que dicha posición está disponible. Si su permiso de ausencia medica expira, y usted no ha sido dado de alta para regresar a trabajar, su posición con AISD puede ser recomendada para terminación.

Entiendo que, mientras que estoy en permiso de Ausencia por Incapacidad Temporal, AISD puede cancelar mis beneficios de seguro si no hago los pagos de las facturas de seguro médicas.

La solicitud de permiso de incapacidad temporal deberá obtenerse comunicándose con el Departamento de beneficios de AISD con al menos 30 días de anticipación (si la necesidad de permiso es previsible). Si los documentos para la ausencia medica no son solicitados y entregados dentro de un periodo de tiempo razonable desde cuándo empiezan sus ausencias, se le puede negar su solicitud y su empleo puede ser terminado.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido la información presentada con respecto al permiso de Ausencia Medica por Incapacidad Temporal y las circunstancias de mi trabajo durante el permiso.

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Por favor escriba su nombre

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Arlington Independent School District  
 Certificación Medica del Proveedor de Salud  
 Ausencia de Incapacidad Temporal (Temporary Disability Leave)

Nombre del empleado:	Nombre del paciente:
Departamento de AISD al que pertenece:	Posición del empleado:
<p>La sección de abajo debe ser completada por el <u>profesional médico</u> atendiendo al paciente:</p> <p>La información solicitada en este formulario es únicamente en relación con la <u>condición de salud grave</u> por la cual el empleado está solicitando usencia médica. <i>Por favor marque la categoría que aplica a la condición del paciente:</i></p>	
<input type="checkbox"/> Cuidado en Hospital Fecha de admisión al hospital: _____ Fecha que se dio de alta: _____	
<input type="checkbox"/> Condición seria de salud (Ausencia y tiempo adicional de tratamiento)	
<input type="checkbox"/> Nacimiento de un infante                      Estimada fecha de parto: _____	
<p>1. Periodo de tiempo que el paciente ha tenido la condición medica (Que le impide al empleado desempeñar las funciones de su trabajo):</p> <p>Fecha de comienzo: _____ Fecha cuando termina: _____</p>	
<p>2. Describa el estado de salud y régimen de tratamiento prescrito, indicando el número de visitas, la naturaleza y duración del tratamiento. Si el paciente es recomendado con otros profesionales médicos, por favor también incluya esa información.</p>	
Imprima o escriba el nombre del profesional medico:	
Tipo de práctica médica:	
Domicilio de la practica medica:	
Numero de teléfono:	Número de fax:
Firma del profesional medico:	Fecha:

Entregue la forma a:  
 Email: [hrleaves@aisd.net](mailto:hrleaves@aisd.net) o por Fax: (682) 867-4651  
 Arlington ISD Benefits, 1203 W. Pioneer Pkwy., Arlington, TX 76013

**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 EMPLEADO ESTÁ APTO PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SU TRABAJO? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO**

- El empleado está apto para trabajar tiempo completo, con un horario regular y sin restricciones,  
Comenzando en \_\_\_\_\_ (fecha)
- El empleado está apto para regresar a trabajar en un horario reducido por \_\_\_\_\_ horas al día  
Comenzando \_\_\_\_\_ (fecha) y hasta \_\_\_\_\_ (fecha)
- El empleado está apto para regresar a trabajar con restricciones comenzando \_\_\_\_\_ (fecha) y hasta \_\_\_\_\_ (fecha)

**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): \_\_\_\_\_

Cargar cosas (número de libras/kilos): \_\_\_\_\_ Movimiento repetitivo, empujar, jalar: \_\_\_\_\_

Restricción(es) adicional(es), si aplican: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Las restricciones son permanentes? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ No

Firma del profesional médico: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional médico: \_\_\_\_\_

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

**Por favor entregar la forma completa a: HR leaves e-mail: [hrleaves@aisd.net](mailto:hrleaves@aisd.net) Fax: 682-867-4651  
1203 W. Pioneer Pkwy, Arlington, TX 76013**

**ESTE ES UN RECORD CONFIDENCIAL Y DEBERÁ MANTENERSE DE ESA MANERA**



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo del empleado**

\_\_\_\_\_  
**Número de seguro social**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Número de ID de empleado**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad, Estado Código postal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Correo electrónico**

Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida como se describe a continuación.

1. La información específica que puede ser divulgada (por favor dé fechas de servicio si posible):

**Actualizaciones de FMLA o de Discapacidad Temporal**

2. La siguiente persona (o clase de personas) es autorizado para usar o revelar mi información de salud protegida:

**Distrito escolar independiente de Arlington beneficios Departamento**

3. La siguiente persona (o clase de personas) puede recibir divulgación de información protegida de salud acerca de mí:

**Distrito escolar independiente de Arlington beneficios Departamento**

Entiendo que el uso o divulgación de la información solicitada en esta autorización no resultara en compensación directa o indirecta al profesional de salud por una tercera entidad.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de tal notificación a **Beneficios de AISD en [hrleaves@aisd.net](mailto:hrleaves@aisd.net)**. También entiendo que mi revocación no es eficaz en la medida en que las personas que he autorizado a utilizar o divulgar mi información de salud protegida han actuado confiando en esta autorización.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y puedo, de hecho, negarme a hacerlo.

Yo puedo inspeccionar o copiar la información protegida de salud usada o divulgada en esta autorización, en la medida permitida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que la información usada o divulgada puede ser sujeta a re-divulgación por la persona o clase de personas o instalaciones que lo recibe y en ese caso la información ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Esta autorización vence en \_\_\_\_\_ (fecha). Si no indicado, caducará al año de la firma fecha.

\_\_\_\_\_  
**Firma del individuo o Personal representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso**

\_\_\_\_\_  
**Descripción de la autoridad del Representante Personal**