

## Solicitud para FMLA y Ausencia Paternal – Maternidad, Paternidad y Adopcion

Informacion del Empleado(a)	
Nombre	UID#
Domicilio	Ciudad, Estado, y C.P.
Correo Electronico	Telefono
Departamento	Numero de Trabajo
Nombre de Supervisor(a)	Telefono del Supervisor(a)
Nombre del Reportero de Nomina	Numero del Reportero de Nomina

Ausencia de Maternidad, Paternidad, o Adopcion	Use of Vacation Accruals
<p>Fecha en que empezara la ausencia:</p> <p>_____</p> <p><i>El tiempo de ausencia debe ser tomado en un bloque de tiempo a menos que el departamento del empleado autorize el uso intermitente del tiempo de ausencia. Se debe entregar una autorizacion medica para regresar al trabajo si el empleado regresa antes de 6 semanas (parto natural) u 8 semanas (cesarea).</i></p>	<p>De acuerdo a poliza de la Universidad de Utah, un empleado puede sustituir horas de vacaciones y/o enfermedad por horas de ausencia familiar y medica sin paga. Un empleado puede retener hasta 10 dias de horas de vacaciones. Al agotar todas las horas de vacaciones o enfermedad, el resto de la ausencia bajo FMLA es sin paga.</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo usar todas mis horas de vacaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo retener _____ dias/horas (circule uno) de vacaciones</p>

Solicitud de Beneficios de Ausencia de Paternidad	
<p>De acuerdo a la Poliza 5-200, Ausencias de Trabajo (Relacionadas a la Salud) y Regla 5-200A, empleados de la Universidad elegibles pueden recibir Beneficios de Ausencia de Paternidad en la forma de 50% de paga de sus horas regulares de trabajo, por un periodo de hasta 6 semanas, para cuidar de un hijo recién nacido o adoptado el 1 de Enero del 2019, o despues.</p> <p>Empleados elegibles deben entregar esta solicitud 90 dias antes de la fecha en que planean empezar la ausencia.</p>	<p><input type="checkbox"/> Elijo recibir 6 semanas de Beneficios de Ausencia de Paternidad</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo recibir _____ semanas de Beneficios de Ausencia de Paternidad y permito _____, para recibir el resto de las semanas de Beneficios de Ausencia de Paternidad <i>(su conyuge o pareja domestica debe completar una solicitud aparte)</i></p>

### Certificacion del Empleado(a)

Por la presente, certifico lo siguiente:

- Por la presente, solicito ausencia de maternidad, paternidad, o adopcion, que califica para ausencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Medica ("FMLA"). Yo certifico que mi Ausencia de Paternidad y de FMLA correran al mismo tiempo.
- Yo he estado empleado en la Universidad por al menos los ultimos 12 meses consecutivos y en una posicion de tiempo completo, elegible para beneficios, y califico para FMLA, asi como para Beneficios de Ausencia de Paternidad.
- Como se requiere de Beneficios de Ausencia de Paternidad, yo proveere la mayoria de mis horas de contacto con mi recién nacido, el recién nacido de mi pareja domestica, o nuevo hijo de adopcion, durante las horas regulares de trabajo.
- Yo entiendo que si mi conyuge/pareja domestica esta tambien empleado en la Universidad, solo uno o el otro podemos recibir beneficios de ausencia de paternidad, o nos podemos dividir los beneficios entre los dos.
- Yo entiendo que debo usar horas de enfermedad o vacaciones por horas regulares de trabajo que no sean compensadas por medio de Beneficios de Ausencia de Paternidad, antes de tomar ausencia sin paga, excepto cuando sea permitido por poliza cuando tomo ausencia de FMLA.
- Yo entiendo que el Beneficio de Ausencia de Paternidad no empezara antes de la fecha de nacimiento (a menos que mi proveedor medico certifique que una fecha antes es medicamente necesaria), o fecha de adopcion del niño(a), y que esta ausencia de FMLA y de Paternidad se deben completar antes de que se cumplan 12 meses despues del nacimiento o adopcion del niño(a).
- Yo entiendo que mi Ausencia de Paternidad nunca se extendera mas alla de cualquier ausencia proveida or la FMLA.
- Yo entiendo que si termino mi empleo y no regreso a trabajar, el monto de Beneficio de Ausencia de Paternidad debiera ser repagada a la Universidad y autorizo a la Universidad para deducir el monto de mis horas de vacaciones, si hay algunas. Si regreso a trabajar por al menos 30 dias naturales despues de mi Ausencia de Paternidad y cualquier ausencia aprobada subsecuentemente, yo entiendo que no tendre que repagar el Beneficio de Ausencia de Paternidad.
- Yo entiendo que regresare a la misma posicion que tuve antes de empezar mi ausencia, o a una posicion equivalente, con paga, beneficios, y condiciones de empleo equivalentes, siempre y cuando pueda realizar las funciones esenciales, y que aun estoy sujeto a reduccion de fuerza laboral o reasignacion de posicion de trabajo que hubiera ocurrido si estuviera trabajando.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado(a)**

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

### Reconocimiento del Supervisor(a)

Yo he revisado esta Solicitud y la he discutido con el empleado(a).

Mi firma confirma mi conocimiento de la solicitud del empleado para ausencia de FMLA y Beneficios de Ausencia de Paternidad, pero no aprueba la solicitud.

Costos de Reemplazo (por favor elija una de las siguientes situaciones):

- Yo anticipo que se necesitara pagar un reemplazo para cubrir el trabajo del empleado(a) mientras este ausente. Yo reportare la informacion al equipo de Absence Management para que ellos puedan tener un registro de los costos de Beneficios de Ausencia de Paternidad, tal cual requerido por la poliza.
- Yo anticipo que el departamento podra cubrir el trabajo del empleado durante la ausencia, sin tener que pagar por un reemplazo. Yo le avisare al equipo de Absence Management si la situacion cambia.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Supervisor**

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