

Notificación del empleado sobre su intención de usar el permiso de ausencia laboral debido a enfermedad

PARA USO DEL EMPLEADO			
Fecha de la solicitud:			
Nombre del empleado:		N.º ID del empleado:	
Departamento/Grupo:		Gerente/Supervisor:	
Lugar:			
Le notifico mi intención de utilizar el permiso de ausencia laboral debido a enfermedad en la(s) siguiente(s) fecha(s) y horario(s):			
Fecha:		<input type="checkbox"/> Turno/día completo	<input type="checkbox"/> Desde ____: ____ a. m/p. m hasta ____: ____ a. m/p. m
Fecha:		<input type="checkbox"/> Turno/día completo	<input type="checkbox"/> Desde ____: ____ a. m/p. m hasta ____: ____ a. m/p. m
Fecha:		<input type="checkbox"/> Turno/día completo	<input type="checkbox"/> Desde ____: ____ a. m/p. m hasta ____: ____ a. m/p. m
Fecha:		<input type="checkbox"/> Turno/día completo	<input type="checkbox"/> Desde ____: ____ a. m/p. m hasta ____: ____ a. m/p. m
Firma del empleado			Fecha de la firma

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- USOS AUTORIZADOS:** Conforme a la Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Enfermedad de la Ciudad de Nueva York (Paid Sick Leave Law), se le permite utilizar el permiso de ausencia laboral por enfermedad para ausencia al trabajo debido a (1) necesidad de atención médica preventiva; (2) enfermedad mental o física, lesión o problema de salud; y (3) necesidad de diagnóstico médico, atención o tratamiento de una enfermedad mental o física, lesión o problema de salud para usted mismo o para un familiar. Su empleador le puede aplicar una medida disciplinaria, incluido el despido, si utiliza la ausencia laboral por enfermedad para fines distintos a los autorizados por la Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Enfermedad.
- PREAVISO:** Si su necesidad de ausencia laboral por enfermedad es previsible, el empleador puede solicitar una notificación previa razonable de hasta siete (7) días, por escrito, sobre su intención de utilizar el permiso de ausencia laboral por enfermedad. El requisito de su empleador de una notificación previa debe estar incluido por escrito en las políticas de permiso de ausencia laboral por enfermedad.
- INCREMENTO MÍNIMO:** La Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Enfermedad permite a su empleador establecer un incremento mínimo razonable por el uso de la ausencia laboral por enfermedad, pero este mínimo no puede ser de más de cuatro (4) horas por día, a menos que así lo permita la ley estatal o federal. El incremento mínimo de su empleador debe estar incluido por escrito en las políticas de permiso de ausencia laboral por enfermedad.
- CERTIFICADO MÉDICO:** Después de utilizar más de tres (3) días hábiles consecutivos de ausencia laboral por enfermedad, el empleador puede solicitar un certificado firmado por un médico con licencia que indique la necesidad de la cantidad de tiempo de ausencia laboral por enfermedad que utilizó. Su empleador no puede preguntarle la razón por la que está usando la ausencia laboral por enfermedad, con excepción de lo que requieren otras leyes estatales o federales. Los requisitos y procedimientos para la solicitud por parte del empleador de un certificado médico deben estar incluidos por escrito en las políticas de permiso de ausencia laboral por enfermedad.
- ENCONTRAR UN REEMPLAZO:** La Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Enfermedad prohíbe a su empleador exigirle buscar o encontrar un empleado que lo reemplace durante las horas en las que debería trabajar pero planea usar el permiso de ausencia laboral por enfermedad.
- SE PROHÍBEN LAS REPRESALIAS:** La Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Enfermedad prohíbe a su empleador tomar represalias en su contra por solicitar un permiso de ausencia laboral por enfermedad, por usar una ausencia laboral por enfermedad, o por su intención de ejercer cualquier otro derecho protegido por la Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Enfermedad. Si usted cree que su empleador ha tomado represalias ilegales contra usted, puede presentar una queja ante el Departamento de Asuntos del Consumidor de la Ciudad de Nueva York en línea en nyc.gov/consumers o llamando al 311.

PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR

Decisión:	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Denegado	Fecha de decisión:	
Decidido por:			Motivo, si es negado:	
Incremento mínimo:	<input type="checkbox"/> Requerido	<input type="checkbox"/> No corresponde	Fecha en que se reincorporó al trabajo:	
Certificado:	<input type="checkbox"/> Requerido	<input type="checkbox"/> No corresponde	Fecha de certificado presentado:	
Pago autorizado por:			Fecha de pago:	

Suministre una copia de este formulario completo al empleado mencionado anteriormente.