

Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Milwaukee
PETICION PARA LICENCIA FAMILIAR O MEDICA u REVISION DEPARTAMENTAL
BAJO LA LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MEDICA FEDERAL Y/O DE WISCONSIN
 11/04/10

INFORMACION DEL EMPLEADO			
Nombre		Puesto	
Departamento		Email	
Teléfono		Mobile Phone	

TIPO DE LICENCIA

Licencia **médica por mi seria condición de salud: (especificar)**

Licencia **familiar para cuidar a un miembro de mi familia con una seria condicion de salud.**

Nombre del familiar: _____ Dirección: _____

Relacion familiar: Esposa Madre/Padre Hijo Hija Suegros (Ley FMLA de Wisconsin)

Si es hijo o hija, indicar fecha de nacimiento: _____

Licencia **familiar por :**

- Nacimiento de mi hijo
- Asignación de un niño conmigo para adopción
- Asignación de un niño conmigo como tutor sustituto (Ley FMLA Federal)

Fecha anticipada de nacimiento o asignacion: _____ Fecha anticipada de nacimiento o asignacion: _____

Licencia familiar para cuidar un familiar en servicio militar con una seria condición de salud:

Nombre del Familiar en servicio: _____ Relacion con el empleado: _____

Licencia familiar por exigencia de familiar en servicio militar:

Nombre del Familiar en servicio: _____ Relación con el empleado: _____

TIEMPO DE LICENCIA

(Listar Mes/Día/Año)	LICENCIA SIN SUELDO	VACACIONES	TIEMPO COMPENSATORIO	LICENCIA PORENFERMEDAD
DE:				
A:				
TOTAL HORAS:				

FIRMA Y DECLARACION DEL EMPLEADO

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la tergiversación de la razón de la licencia o cualquiera de los hechos que la respaldan dará lugar a su denegación y a acciones disciplinarias incluyendo el despido.

<i>Firma del empleado</i>	<i>Fecha</i>	<i>Iniciales del supervisor en el formulario de recepción</i>	<i>Fecha de recepcion</i>

REVISION DEPARTAMENTAL

El administrador del departamento de licencias FMLA completará las secciones adecuadas

Su petición para una licencia FMLA ha sido aprobada.

Su petición para una licencia FMLA como se indica en tu declaración ha sido aprobada por el siguiente periodo
De tiempo:

De acuerdo a la declaración, la duración y frecuencia autorizados para estar ausente del trabajo es:

**Por favor, tome nota que si necesita exceder el tiempo o la frecuencia mostrada arriba,
O extender mas alla del periodo aprobado, requerira proveer otra declaración.**

Se requiere información adicional.
Favor de proporcionar la información solicitada en no mas de _____ (al menos 7 días calendario) al menos de que
No sea posible bajo circunstancias particulares o la licencia será denegada. La declaración provista por usted no
Esta completa y no es suficiente para para determinar si elegible para la licencia. Por favor proporcione la
Siguiete información:

Otros:

Su petición para la licencia FMLA no ha sido aprobada porque :

- No cumple la cantidad de tiempo en servicio que la FMLA requiere..
- Ha agotado su tiempo de licencia FMLA aplicables en un periodo de 12 meses.
- Su petición para la licencia no está cubierta por la ley FMLA federal o de Wisconsin. Comentarios:

Otra:

Otra información:

- Ejercemos nuestro derecho a obtener una segunda o tercera declaración médica pagada por nosotros y daremos
Mas detalles en fecha posterior.
- Se le requerirá presentar una declaración de alta al trabajo de su proveedor de salud para que sea restaurado a su
empleo. Una lista de funciones esenciales de su trabajo es No es adjuntada. Si es adjuntada, la declaración
De alta debe mencionar la habilidad de desempeñar dichas funciones. Si dicha declaración no es recibida en tiempo
Y forma, su retorno a su puesto puede ser pospuesto hasta que dicha declaración sea provista.

Firma del funcionario de aprobaciones (administrador de licencias.)

Puesto del funcionario de aprobaciones

Fecha

Copia al supervisor
Del empleado:

Nombre del supervisor del empleado

Puesto del supervisor del empleado

Employee Name: _____ Date: _____