

# Solicitud del empleado para recuperar el trabajo perdido como alternativa al uso de la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad o el permiso prenatal pagado

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS EMPLEADOS

- Según la Ley de Licencia Devengada debido a Seguridad y Enfermedad de la ciudad de Nueva York (Ley de Pago por Ausencia Laboral Debido a Seguridad y Enfermedad), usted puede solicitar recuperar las horas programadas que faltó o que faltará y no usar la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad ni el permiso prenatal pagado por la ausencia. Puede solicitar trabajar horas adicionales o intercambiar turnos con un compañero de trabajo dentro de los siete (7) días después de su ausencia. Si su ausencia es planificada, también puede solicitar trabajar horas adicionales o intercambiar turnos con un compañero de trabajo dentro de los siete (7) días antes de su ausencia planificada. (*Excepción:* Si es profesor asociado empleado en un instituto de educación superior, puede trabajar horas adicionales en cualquier momento durante el período académico). **Su empleador no puede exigirle que trabaje horas adicionales como alternativa o además de usar la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad o el permiso prenatal pagado.**
- BUSQUEDA DE UN REEMPLAZO:** La Ley de Pago por Ausencia Laboral Debido a Seguridad y Enfermedad **prohíbe a su empleador exigirle que busque o encuentre un empleado que lo reemplace** durante las horas que tiene programadas para trabajar y las que planea usar la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad o el permiso prenatal pagado.
- PROHIBICIÓN DE REPRESALIAS:** La Ley de Pago por Ausencia Laboral Debido a Seguridad y Enfermedad prohíbe que su empleador tome medidas negativas en su contra por solicitar o usar la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad o el permiso prenatal pagado, por intentar ejercer cualquier otro derecho protegido por la Ley de Pago por Ausencia Laboral Debido a Seguridad y Enfermedad o que lo disuadan de ejercer sus derechos bajo la ley.

Si cree que su empleador ha infringido la ley, puede presentar una queja ante el Departamento de Protección al Consumidor y al Trabajador (Department of Consumer and Worker Protection) de la ciudad de Nueva York en línea en [nyc.gov/workers](http://nyc.gov/workers) o llamando al 311.

## PARA USO DEL EMPLEADO

|                      |  |                           |  |
|----------------------|--|---------------------------|--|
| Nombre del empleado: |  | Fecha de la solicitud:    |  |
| Id. del empleado:    |  | Administrador/supervisor: |  |
| Departamento/grupo:  |  | Lugar:                    |  |

**En lugar de usar la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad o el permiso prenatal pagado, solicito voluntariamente:**

☐ Trabajar horas adicionales O ☐ Intercambiar turnos

**para las siguientes fechas y horas:**

|                                                       |                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                                     |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Fecha de ausencia:                                    |                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Día completo/turno                                  | De ____:____ a. m./p. m.<br>A ____:____ a. m./p. m. |
| Fecha de horas adicionales o de intercambio de turno: |                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Día completo/turno                                  | De ____:____ a. m./p. m.<br>A ____:____ a. m./p. m. |
| <b>Marque una opción.</b>                             | <input type="checkbox"/> Dentro de los 7 días antes de la ausencia (solo si está previsto)<br><input type="checkbox"/> Dentro de los 7 días después de la ausencia | <b>Nombre del empleado que intercambia el turno (si intercambia turnos):</b> |                                                     |

|                           |  |                              |  |
|---------------------------|--|------------------------------|--|
| <b>Firma del empleado</b> |  | <b>Fecha en que se firmó</b> |  |
|---------------------------|--|------------------------------|--|

## PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR

|                    |                                   |                                   |                            |  |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--|
| Determinación:     | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Denegado | Fecha de la determinación: |  |
| Determinación por: |                                   |                                   | Motivo, si se deniega:     |  |

**Dé una copia de este formulario completo al empleado que hace la solicitud.**