

Aviso de uso de ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad o permiso prenatal pagado

PARA USO DEL EMPLEADO			
Fecha de la solicitud:		Lugar:	
Nombre del empleado:		Id. del empleado:	
Departamento/grupo:		Administrador/supervisor:	
Le informo de mi intención de usar una ausencia laboral en las siguientes fechas y horarios:			
Fecha:	☐ Ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad O ☐ Permiso prenatal pagado	☐ Día completo/turno	☐ De ____:____ a. m./p. m. A ____:____ a. m./p. m.
Fecha:	☐ Ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad O ☐ Permiso prenatal pagado	☐ Día completo/turno	☐ De ____:____ a. m./p. m. A ____:____ a. m./p. m.
Fecha:	☐ Ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad O ☐ Permiso prenatal pagado	☐ Día completo/turno	☐ De ____:____ a. m./p. m. A ____:____ a. m./p. m.
Fecha:	☐ Ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad O ☐ Permiso prenatal pagado	☐ Día completo/turno	☐ De ____:____ a. m./p. m. A ____:____ a. m./p. m.
Firma del empleado		Fecha en que se firmó	
INFORMACIÓN IMPORTANTE USOS AUTORIZADOS: 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), se le permite usar la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad para ausentarse del trabajo debido a (1) su enfermedad mental o física, lesión o condición médica; (2) la necesidad de atención médica preventiva o diagnóstico, atención o tratamiento médico de una enfermedad mental o física, lesión o condición médica para usted o un familiar; (3) el cierre de la empresa de su empleador debido a una emergencia de salud pública o la necesidad de cuidar a un menor debido a que la escuela o el proveedor de cuidado infantil cerraron debido a una emergencia de salud pública; (4) si usted o un familiar han sido víctimas de cualquier acto o amenaza de violencia doméstica o contacto sexual no deseado, acoso o trata de personas y necesita obtener servicios o tomar otras medidas necesarias para su salud o seguridad o la de su familiar. Se le permite usar el permiso prenatal pagado para recibir atención médica durante su embarazo o relacionada con su embarazo. Su empleador puede tomar medidas disciplinarias contra usted, incluyendo el despido, si usa la ausencia laboral para un fin no autorizado por la Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Seguridad y Enfermedad. INCREMENTO MÍNIMO: Su empleador puede establecer un incremento mínimo razonable para el uso de la ausencia laboral, pero este mínimo no puede ser superior a cuatro (4) horas por día para la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad o (1) hora por día para el permiso prenatal pagado. DOCUMENTACIÓN: Después de usar más de tres (3) días hábiles consecutivos de ausencia laboral, su empleador puede pedirle documentación por escrito, pero no puede exigirle ningún detalle, excepto las fechas en que necesitó usar la ausencia laboral. POLÍTICA ESCRITA: Los empleadores deben mantener políticas escritas sobre la ausencia laboral debido a seguridad y enfermedad, y el permiso prenatal pagado, y distribuir las cuando un empleado comienza a trabajar, dentro de los 14 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio en la política, y cuando el empleado lo solicite. La política debe incluir cualquier aviso previo, documentación o requisitos de incremento mínimo, y cualquier otra condición sobre el uso de la ausencia laboral. BUSCAR 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. PROHIBICIÓN DE REPRESALIAS: Es ilegal sancionar, despedir o tomar cualquier medida laboral en contra usted por ejercer o intentar ejercer sus derechos. Si cree que su empleador ha infringido la Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Seguridad y Enfermedad, 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 o llamando al 311.			
PARA USO EXCLUSIVO DEL EMPLEADOR			
Incremento mínimo:	☐ Obligatorio ☐ No corresponde	Fecha de reincorporación al trabajo:	
Documentación:	☐ Obligatorio ☐ No corresponde	Fecha en que se dio la documentación:	
Revisado por:		Fecha:	
Dé una copia de este formulario completo al empleado mencionado arriba.			