Distrito Escolar Independiente Carroll
Solicitud de Licencia Médica Familiar

Los empleados que estarán ausentes por más de cinco días consecutivos, necesitan un permiso intermitente o cualquier otro evento calificado según lo definido por la Ley de Permiso Familiar y Médico deben presentar un "Formulario de Solicitud de Permiso" a la Oficina de Personal al menos 30 días antes del comienzo de la licencia. Esta solicitud debe enviarse lo antes posible si la ausencia prolongada no es previsible.

Si su ausencia se debe a una licencia por la condición de salud grave del empleado o la de un cónyuge, padre o hijo(a) o por un cuidador militar, complete la documentación correspondiente de la certificación de Licencia Médica Familiar. En cada caso, la certificación médica deberá ser realizada por un proveedor de atención médica según lo definido por la Ley de Licencia Médica y Familiar. Usted debe proporcionar una certificación médica antes del comienzo de su ausencia o tan pronto como sea posible si la ausencia no es previsible.

Las ausencias prolongadas posiblemente pueden tener un impacto financiero en los empleados. Por lo tanto, se requiere que todos los empleados se reúnan con el Coordinador de Servicios de Personal para discutir su saldo de licencia, certificación médica requerida, impacto financiero y procedimientos de reembolso del distrito.

Las citas para discutir los temas antes mencionados deben hacerse al menos **30 días antes del comienzo de la licencia o tan pronto como sea previsible** llamando al Coordinador de Servicios de Personal al (817) 949-8213.

No presentar la solicitud y asegurar una cita podría generar reducciones/dificultades en los pagos mensuales del salario al empleado.

Comuníquese con el Coordinador de Servicios de Personal si usted tiene alguna pregunta a este respecto.

Lauren Wurman
Directora Ejecutiva de Servicios de Personal
Lauren.Wurman@southlakecarroll.edu

Jaclyn Hemmila
Coordinadora de Servicios de Personal
Jaclyn.Hemmila@southlakecarroll.edu

Distrito Escolar Independiente Carroll
Formulario de Solicitud de Licencia

2400 N. Carroll Ave.
Southlake, TX 76092
Tel: 817.949.8218

Nombre: _____ Fecha:_____

Dirección:_____

_____

Teléfono:_____

Departamento/Escuela: _____ Fecha de Contrato: _____

Declaración del empleado:
Yo,_____, solicito una licencia para ausentarme desde _____ hasta _____
_____

Si su ausencia se debe a un evento calificado de la Ley de Licencia Médica Familiar, diligencie los documentos adicionales necesarios para la licencia FMLA. La licencia familiar y médica se extiende simultáneamente con la licencia acumulada por enfermedad y personal, licencia por incapacidad temporal, tiempo compensatorio, licencia por asalto y ausencias debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

Todas las licencias de ausencia deben ser aprobados por anticipado por su Director/Supervisor.

Firma del Empleado _____ Fecha_____

Aprobación:
Firma del Director/Supervisor _____ Fecha _____

Sustituto Requerido _____(debe ser aprobado por el Director y Personal)

Solo para Uso del Personal:

Administrador de Personal _____ Fecha _____

Superintendente/Designado (si no-FMLA) _____ Fecha _____

Sustituto asegurado por el empleado_____ Certificado en TX ____ Sí ___No

Pago a largo plazo aprobado por el sustituto _____ Sí _____ No

Copia: Director/Supervisor
Nómina
Empleado
Personal

Fecha y Hora _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE CARROLL

Solicitud de Licencia Médica Familiar

Nombre_____
Plantel/Departamento_____ Puesto: _____

DEBE SER ENVIADO A LA OFICINA DE PERSONAL NO MENOS DE 30 DÍAS ANTES DE COMENZAR LA FECHA DE SALIDA O LO MÁS PRONTO POSIBLE. ES RESPONSABILIDAD DE LOS EMPLEADOS CONTACTAR CON LA OFICINA DE PERSONAL PARA PROGRAMAR UNA CITA PARA DISCUTIR EL IMPACTO FINANCIERO DE LA LICENCIA.

Entiendo que el permiso que solicito es un permiso no remunerado, excepto donde se permite el uso de días de licencia por enfermedad o personal. Entiendo que, mientras estoy de licencia, conservo el estado actual de mi contrato y puedo usar la licencia acumulada por enfermedad cuando corresponda. Entiendo que mientras estoy de licencia, el Distrito continuará pagando su parte de mi prima médica siempre que yo esté usando la licencia por enfermedad o durante un máximo de doce semanas según lo cubierto por la Ley de Licencia Médica y Familiar. Soy responsable del pago continuo de mi parte de la prima médica. Soy consciente de que, después de completar este permiso, si no regreso al servicio, debo inscribirme en C.O.B.R.A. y debo pagar la prima médica total más el 2% para continuar como miembro del plan de seguro médico grupal del Distrito.

OBLIGACIONES DEL DISTRITO:

A. Permitirá que los empleados elegibles tengan licencia bajo FMLA.
B. Continuará pagando las primas de atención médica al plan de salud del empleado para que el empleado Permanezca cubierto durante el período de licencia.
C. Recibirá al empleado en la misma posición o equivalente al regresar al trabajo de la licencia FMLA.

OBLIGACIONES DEL EMPLEADO:

A. Debe tomar todas las vacaciones pagadas simultáneamente con la solicitud de licencia FMLA.
B. Debe proporcionar certificación médica de una condición de salud grave antes de la aprobación de la licencia FMLA y a intervalos de 30 días a partir de entonces.
C. Debe solicitar una licencia previsible no menos de 30 días antes de la fecha de inicio de la licencia o tan pronto Como sea posible.
D. Debe continuar pagando la parte del empleado de las primas de atención médica mientras está de permiso. Si el Empleado se atrasa 30 días en el pago de la prima, la cobertura de atención médica caducará.
E. Debe regresar a trabajar a la hora especificada en la solicitud. El personal de instrucción debe revisar la Política DEC (LEGAL) y DEC (LOCAL). Si no regresa según lo especificado, se puede terminar.
F. Se le puede solicitar que reembolse al Distrito las primas de atención médica pagadas durante el período de Licencia FMLA que no se pagó si el empleado no regresa al trabajo como se especifica y/o se termina el empleo.
G. El empleado debe proporcionar al Departamento de Personal un formulario de Autorización Médica antes de Regresar al servicio.

DILIGENCIE LAS SECCIONES APROPIADAS A CONTINUACIÓN:

PARTE I. ___ El nacimiento de un niño o la colocación de un niño con usted para adopción o cuidado de crianza;

Solicito un permiso bajo FMLA por el nacimiento/adopción de un niño. Entiendo que el Distrito permite el uso de licencia por enfermedad estatal acumulada, licencia por enfermedad local y licencia personal estatal solo durante mi período de licencia. Soy consciente de que, para fines de adopción, solo puedo usar días de licencia por enfermedad local y luego días de licencia personal estatal. Se requiere el alta médica, especificando la fecha en que el empleado es dado de alta para regresar al trabajo.

PARTE II. ____ Su propia condición grave de salud.

PARTE III. ____ Porque usted necesita cuidar a su cónyuge____; hijo (a) ____; padre____ debido a su grave estado de salud.

PARTE IV. ____ Debido a una exigencia calificada que surge del hecho de que su cónyuge___; hijo o hija____; padre____ está en servicio activo cubierto o se convoca al estado de servicio activo cubierto con las Fuerzas Armadas.

PARTE V. ____Porque usted es el cónyuge____; hijo o hija____; padre____; pariente más cercanos de un miembro del servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave.

La fecha de inicio aproximada de la licencia es: _____/_____/_____ *
Mes Día Año

* Generalmente, esta es la fecha de entrega anticipada o el primer día de licencia continua según lo requiera el médico, a menos que se documente lo contrario.

La fecha de inicio aproximada de la licencia es: _____/_____/_____ *
Mes Día Año

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LAS DECLARACIONES Y CONDICIONES ANTERIORES DE ESTA SOLICITUD DE LICENCIA.

Firma del Empleado_____ Fecha_____

Certification of Health Care Provider for Employee's Serious Health Condition under the Family and Medical Leave Act

U.S. Department of Labor
Wage and Hour Division

WAGE AND HOUR DIVISION

DO NOT SEND COMPLETED FORM TO THE DEPARTMENT OF LABOR. RETURN TO THE PATIENT.

OMB Control Number: 1235-0003
Expires: 6/30/2023

The Family and Medical Leave Act (FMLA) provides that an employer may require an employee seeking FMLA protections because of a need for leave due to a serious health condition to submit a medical certification issued by the employee's health care provider. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3); 29 C.F.R. § 825.305. The employer must give the employee **at least 15 calendar days** to provide the certification. If the employee fails to provide complete and sufficient medical certification, his or her FMLA leave request may be denied. 29 C.F.R. § 825.313. Information about the FMLA may be found on the WHD website at www.dol.gov/agencies/whd/fmla.

SECTION I – EMPLOYER

Either the employee or the employer may complete Section I. While use of this form is optional, this form asks the health care provider for the information necessary for a complete and sufficient medical certification, which is set out at 29 C.F.R. § 825.306. **You may not ask the employee to provide more information than allowed under the FMLA regulations, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308.** Additionally, you **may not** request a certification for FMLA leave to bond with a healthy newborn child or a child placed for adoption or foster care.

Employers must generally maintain records and documents relating to medical information, medical certifications, recertifications, or medical histories of employees created for FMLA purposes as confidential medical records in separate files/records from the usual personnel files and in accordance with 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), if the Americans with Disabilities Act applies, and in accordance with 29 C.F.R. § 1635.9, if the Genetic Information Nondiscrimination Act applies.

(1) Employee name: _____
First *Middle* *Last*

(2) Employer name: Carroll Independent School District Date: _____ *(mm/dd/yyyy)*
(List date certification requested)

(3) The medical certification must be returned by _____ *(mm/dd/yyyy)*
(Must allow at least 15 calendar days from the date requested, unless it is not feasible despite the employee's diligent, good faith efforts.)

(4) Employee's job title: _____ Job description (☐ is / ☐ is not) attached.
Employee's regular work schedule: _____
Statement of the employee's essential job functions: _____
_____
(*The essential functions of the employee's position are determined with reference to the position the employee held at the time the employee notified the employer of the need for leave or the leave started, whichever is earlier.)*

SECTION II - HEALTH CARE PROVIDER

Please provide your contact information, complete all relevant parts of this Section, and sign the form. Your patient has requested leave under the FMLA. The FMLA allows an employer to require that the employee submit a timely, complete, and sufficient medical certification to support a request for FMLA leave due to the serious health condition of the employee. For FMLA purposes, a "serious health condition" means an illness, injury, impairment, or physical or mental condition that involves *inpatient care* or *continuing treatment by a health care provider*. For more information about the definitions of a serious health condition under the FMLA, see the chart on page 4.

You may, but are **not required** to, provide other appropriate medical facts including symptoms, diagnosis, or any regimen of continuing treatment such as the use of specialized equipment. Please note that some state or local laws may not allow disclosure of private medical information about the patient's serious health condition, such as providing the diagnosis and/or course of treatment.

Employee Name: _____

Health Care Provider's name: *(Print)* _____

Health Care Provider's business address: _____

Type of practice / Medical specialty: _____

Telephone: (___) _____ Fax: (___) _____ E-mail: _____

PART A: Medical Information

Limit your response to the medical condition(s) for which the employee is seeking FMLA leave. Your answers should be your **best estimate** based upon your medical knowledge, experience, and examination of the patient. **After completing Part A, complete Part B to provide information about the amount of leave needed.** Note: For FMLA purposes, "incapacity" means the inability to work, attend school, or perform regular daily activities due to the condition, treatment of the condition, or recovery from the condition. Do not provide information about genetic tests, as defined in 29 C.F.R. § 1635.3(f), genetic services, as defined in 29 C.F.R. § 1635.3(e), or the manifestation of disease or disorder in the employee's family members, 29 C.F.R. § 1635.3(b).

(1) State the approximate date the condition started or will start: _____ *(mm/dd/yyyy)*

(2) Provide your **best estimate** of how long the condition lasted or will last: _____

(3) Check the box(es) for the questions below, as applicable. For all box(es) checked, the amount of leave needed must be provided in Part B.

☐ **Inpatient Care**: The patient (☐ has been / ☐ is expected to be) admitted for an overnight stay in a hospital, hospice, or residential medical care facility on the following date(s): _____

☐ **Incapacity plus Treatment**: *(e.g. outpatient surgery, strep throat)*
Due to the condition, the patient (☐ has been / ☐ is expected to be) incapacitated for *more than* three consecutive, full calendar days from _____ *(mm/dd/yyyy)* to _____ *(mm/dd/yyyy)*.

The patient (☐ was / ☐ will be) seen on the following date(s): _____
_____

The condition (☐ has / ☐ has not) also resulted in a course of continuing treatment under the supervision of a health care provider *(e.g. prescription medication (other than over-the-counter) or therapy requiring special equipment)*

☐ **Pregnancy**: The condition is pregnancy. List the expected delivery date: _____ *(mm/dd/yyyy)*.

☐ **Chronic Conditions**: *(e.g. asthma, migraine headaches)* Due to the condition, it is medically necessary for the patient to have treatment visits at least twice per year.

☐ **Permanent or Long Term Conditions**: *(e.g. Alzheimer's, terminal stages of cancer)* Due to the condition, incapacity is permanent or long term and requires the continuing supervision of a health care provider (even if active treatment is not being provided).

☐ **Conditions requiring Multiple Treatments**: (*e.g. chemotherapy treatments, restorative surgery)* Due to the condition, it is medically necessary for the patient to receive multiple treatments.

☐ **None of the above**: If none of the above condition(s) were checked, (i.e., inpatient care, pregnancy) no additional information is needed. Go to page 4 to sign and date the form.

Employee Name: _____

(4) If needed, briefly describe other appropriate medical facts related to the condition(s) for which the employee seeks FMLA leave. *(e.g., use of nebulizer, dialysis*) _____

_____

PART B: Amount of Leave Needed

For the medical condition(s) checked in Part A, complete all that apply. Several questions seek a response as to the frequency or duration of a condition, treatment, etc. Your answer should be your **best estimate** based upon your medical knowledge, experience, and examination of the patient. Be as specific as you can; terms such as "lifetime," "unknown," or "indeterminate" may not be sufficient to determine FMLA coverage.

(5) Due to the condition, the patient (☐ had / ☐ will have) **planned medical treatment(s)** (scheduled medical visits) *(e.g. psychotherapy, prenatal appointments)* on the following date(s): _____

_____

(6) Due to the condition, the patient (☐ was / ☐ will be) **referred to other health care provider(s)** for evaluation or treatment(s).

State the nature of such treatments: *(e.g. cardiologist, physical therapy)* _____

Provide your **best estimate** of the beginning date _____ *(mm/dd/yyyy)* and end date _____ *(mm/dd/yyyy)* for the treatment(s).

Provide your **best estimate** of the duration of the treatment(s), including any period(s) of recovery *(e.g. 3 days/week)*

_____

(7) Due to the condition, it is medically necessary for the employee to work a **reduced schedule**.

Provide your **best estimate** of the reduced schedule the employee is able to work. From _____ *(mm/dd/yyyy)* to _____ *(mm/dd/yyyy)* the employee is able to work: *(e.g., 5 hours/day, up to 25 hours a week)*

_____

(8) Due to the condition, the patient (☐ was / ☐ will be) **incapacitated for a continuous period of time**, including any time for treatment(s) and/or recovery.

Provide your **best estimate** of the beginning date _____ *(mm/dd/yyyy)* and end date _____ *(mm/dd/yyyy)* for the period of incapacity.

(9) Due to the condition, it (☐ was / ☐ is / ☐ will be) medically necessary for the employee to be absent from work on an **intermittent basis** (periodically), including for any episodes of incapacity i.e., episodic flare-ups. Provide your **best estimate** of how often (frequency) and how long (duration) the episodes of incapacity will likely last.

Over the next 6 months, episodes of incapacity are estimated to occur _____ times per (☐ day / ☐ week / ☐ month) and are likely to last approximately _____ (☐ hours / ☐ days) per episode.

Employee Name: _____

PART C: Essential Job Functions

If provided, the information in Section I question #4 may be used to answer this question. If the employer fails to provide a statement of the employee's essential functions or a job description, answer these questions based upon the employee's own description of the essential job functions. An employee who must be absent from work to receive medical treatment(s), such as scheduled medical visits, for a serious health condition is considered to be *not able* to perform the essential job functions of the position during the absence for treatment(s).

(10) Due to the condition, the employee (☐ was not able / ☐ is not able / ☐ will not be able) to perform *one or more* of the essential job function(s). Identify at least one essential job function the employee is not able to perform:

_____

_____

Signature of Health Care Provider _____ **Date** _____ *(mm/dd/yyyy)*

Definitions of a Serious Health Condition *(See 29 C.F.R. §§ 825.113-.115)*
Inpatient Care
• An overnight stay in a hospital, hospice, or residential medical care facility. • Inpatient care includes any period of incapacity or any subsequent treatment in connection with the overnight stay.
Continuing Treatment by a Health Care Provider (any one or more of the following)
Incapacity Plus Treatment: A period of incapacity of more than three consecutive, full calendar days, and any subsequent treatment or period of incapacity relating to the same condition, that also involves either: o Two or more in-person visits to a health care provider for treatment within 30 days of the first day of incapacity unless extenuating circumstances exist. The first visit must be within seven days of the first day of incapacity; or, o At least one in-person visit to a health care provider for treatment within seven days of the first day of incapacity, which results in a regimen of continuing treatment under the supervision of the health care provider. For example, the health provider might prescribe a course of prescription medication or therapy requiring special equipment.
Pregnancy: Any period of incapacity due to pregnancy or for prenatal care.
Chronic Conditions: Any period of incapacity due to or treatment for a chronic serious health condition, such as diabetes, asthma, migraine headaches. A chronic serious health condition is one which requires visits to a health care provider (or nurse supervised by the provider) at least twice a year and recurs over an extended period of time. A chronic condition may cause episodic rather than a continuing period of incapacity.
Permanent or Long-term Conditions: A period of incapacity which is permanent or long-term due to a condition for which treatment may not be effective, but which requires the continuing supervision of a health care provider, such as Alzheimer's disease or the terminal stages of cancer.
Conditions Requiring Multiple Treatments: Restorative surgery after an accident or other injury; or, a condition that would likely result in a period of incapacity of more than three consecutive, full calendar days if the patient did not receive the treatment.

DO NOT SEND COMPLETED FORM TO THE DEPARTMENT OF LABOR. RETURN TO THE PATIENT.

Notificación de Divulgación GINA

Adjunte a todos los formularios de certificación médica o solicitudes de información médica.

Fecha:

A: Proveedor de Atención Médica

_____ *(Empleado)*

De: Departamento de Servicios de Personal– Carroll ISD

La Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe que los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA soliciten o requieran información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto lo específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La 'información genética', según la definición de GINA, incluye el historial médico familiar de un individuo, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o un miembro de la familia, el hecho de que un individuo o un miembro de la familia del individuo buscó o recibió servicios genéticos e información genética de un feto llevado por un individuo o un miembro de la familia de un individuo o un embrión legalmente en poder de un individuo o miembro de la familia que recibe servicios de asistencia reproductiva.