



Election of Leave Benefits with Workers' Compensation (Spanish)

Nombre _____ Número de empleado _____

Posición _____ Departamento/campus _____

Este empleado está ausente de su trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo que comenzó en (fecha de la primera ausencia que se atribuye a enfermedad o lesión). Si es elegible, el seguro de compensación de los trabajadores puede comenzar a pagar un porcentaje de los salarios actuales del empleado en el octavo día de ausencia del trabajo, en caso de que se requiera una ausencia prolongada.

Firma autorizada de distrito

Posición

Fecha

Elección del empleado:

Me ausenté del trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Comprendo que no soy elegible para los beneficios de ingreso semanales de compensación para trabajadores hasta que mi ausencia exceda los siete días calendario. También comprendo que el distrito continuará pagando su aporte hacia el costo de mi cobertura de seguros médicos (si es aplicable) siempre y cuando estoy en licencia **con goce de sueldo** y/o licencia familiar o médica (FMLA). Asimismo, comprendo que seré responsable de pagar todas las primas de seguros médicos si estoy en licencia **sin goce de sueldo** que no sea una licencia FMLA. Elijo la siguiente opción:

- Elijo utilizar solamente _____ días de licencia disponible con goce de sueldo en esta oportunidad.
- Elijo utilizar todas las licencias con goce de sueldo disponibles. Durante los primeros siete días, mi licencia se utilizará en aumentos de día completo. Comprendo que, una vez que comience a recibir los beneficios de ingresos semanales de compensación de los trabajadores, mi licencia se utilizará en aumentos de día parcial para complementar los beneficios de ingreso de compensación de los trabajadores.
- Elijo **no** utilizar la licencia con goce de sueldo disponible en esta oportunidad. Comprendo que no recibiré pagos de salario regulares de _____ ISD mientras reciba los beneficios de ingreso semanales conforme a la compensación de los trabajadores. No se deducirá la licencia con goce de sueldo disponible de mi saldo de licencia. Asimismo, comprendo que, al seleccionar esta opción, recibiré solamente los beneficios de ingreso de compensación de los trabajadores para las ausencias que deriven de mi enfermedad/lesión relacionada con el trabajo después del séptimo día de tiempo perdido, a menos y hasta que le comunique al distrito un cambio en mi decisión.

Firma del empleado _____

Fecha _____

<i>For Claims Reporting Purposes Only:</i>	
<i>For all employees:</i> Amount of leave paid to employee: \$ _____ Daily rate: \$ _____ Period of payment from ____/____/____ through ____/____/____ for _____ days or _____ weeks	<i>For hourly employee only:</i> Hourly rate: \$ _____ Number of hours paid: _____