

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE EAST CENTRAL

Permiso de Ausencia de Compensación de Trabajadores

Nombre de empleado _____

Número de Seguro Social _____ Escuela _____

Fecha de Herida _____

Fecha de Ausencia inicio _____

Fecha aproximada que ausencia termino _____

Estoy ausente del deber a causa de una enfermedad o herida de trabajo-relacionado. Comprendo que yo no soy elegible para la compensación de trabajadores beneficios temporarios de ingresos hasta que mi ausencia exceda **siete (7) días** de calendario. Escojo la opción siguiente:

_____ Escojo usar sólo _____ días de permiso de ausencia pagado disponible en este momento.

_____ Escojo usar todo permiso de ausencia pagado disponible. Comprendo que yo no recibiré la compensación de trabajador beneficios temporarios de ingresos hasta que haya agotado todo mi permiso de ausencia pagado.

_____ Escojo **no** hacer uso de cualquier permiso de ausencia pagado disponible en este momento. Comprendo que yo no recibiré ningún pago regular de East Central ISD mientras recibo beneficios temporarios de ingresos bajo la compensación de trabajadores. Ningún permiso de ausencia pagado será descontado de my balance de permiso de ausencia. Comprendo aún más que seleccionando esta opción, yo sólo recibiré beneficios de sueldo de la compensación de trabajadores por cualquier ausencia que resulta de mi enfermedad o la herida de trabajo-relacionado, a menos que o hasta que comunico (por escrito) a la oficina de la nómina del distrito un cambio en mi decisión.

Contacte la oficina de nómina si tiene cualquier pregunta con respecto al impacto de beneficios de ingresos temporarios (la Compensación de Trabajadores) en su estatus de Sistema de Jubilación de Maestro.

Firma de Empleado

05/00

Fecha