

**FORM TO ELECT LEAVE BENEFITS WITH WORKERS' COMPENSATION
(OFFSET—ENGLISH VERSION)**

Name _____ Employee number _____

Position _____ Department/Campus _____

This employee is absent from duty because of a job-related illness or injury beginning on (date of first absence attributable to illness or injury). If eligible, workers' compensation insurance may begin paying a percentage of the employee's current wages on the eighth day of absence from duty if an extended absence is required.

District authorized signature

Date

Employee choice:

I am absent from duty because of a job-related illness or injury. I understand that I am not eligible for workers' compensation weekly income benefits until my absence exceeds seven calendar days. I also understand that Elgin ISD [employer name] will continue to pay its contribution toward the cost of my group health insurance coverage (if applicable) as long as I am on **paid** leave and/or family and medical leave (FMLA). I further understand that I will be responsible for paying all health insurance premiums if I am on **unpaid** leave that is not FMLA leave. I choose the following option:

- ☐ I choose to use only _____ days of available paid leave at this time.
- ☐ I choose to use all available paid leave. During the first seven days my leave will be used in full-day increments. I understand that once I begin to receive workers' compensation weekly income benefits my leave will be used in partial-day increments to supplement workers' compensation income benefits.
- ☐ I choose **not** to use any available paid leave at this time. I understand that I will not receive any regular salary payments from Elgin ISD [employer name] while receiving weekly income benefits under workers' compensation. No available paid leave will be deducted from my leave balance. I further understand that by selecting this option, I will receive only workers' compensation income benefits for any absences resulting from my work-related illness or injury, unless and until I communicate to the district a change in my decision.

Employee signature

Date

For Employer - Claims Reporting Purposes Only:

For all employees:

Amount of leave paid to employee: \$ ____.

Daily rate: \$ _____

Period of payment: from ____/____/____ through ____/____/____ for ____
days or ____ weeks

For hourly employees only:

Hourly rate: \$ ____.

Number of hours paid: _____



HR Services

**FORM TO ELECT LEAVE BENEFITS WITH WORKERS' COMPENSATION
(OFFSET—SPANISH VERSION)**

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

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 Elgin ISD [*Nombre del empleador*] 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 Elgin ISD [*Nombre del empleador*] 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 o lesión relacionada con el trabajo, a menos y hasta que comunique al distrito un cambio en mi decisión.

Firma del empleado

Fecha

For Employer - Claims Reporting Purposes Only:

For all employees:

Amount of leave paid to employee: \$ ____.

Daily rate: \$ ____

Period of payment: from ____/____/____ through ____/____/____ for ____
days or ____ weeks

For hourly employees only:

Hourly rate: \$ ____.

Number of hours paid: ____



HRServices