

Family and Medical Leave Act

Lafayette School Corporation Do you qualify for FMLA?

- I have worked for my employer for at least 12 months (they do not have to be consecutive),
- I have worked a minimum of 1250 hours within the 12 months,
- My employer has 50 or more employees within 75 miles of my job site, &
- I have one of the following reasons:
 - Either I or an immediate family member has a serious health condition
 - My family has experienced childbirth, adoption, or foster care
 - I have a qualifying exigency caused by the military deployment of a spouse, child, or parent
 - I am a caregiver of a covered servicemember with a serious injury or illness

If you have answered yes to all statements above, you may qualify for FMLA and should complete [Certification Form WH 380-E.](#)

All FMLA paperwork needs to be submitted to Shelby Moudy, Benefit Specialist.

Paperwork can be emailed, dropped off in person, or faxed.

Shelby Moudy/ Benefits Specialist

(765) 771-6020

benefitspecialist@lsc.k12.in.us

Hiatt Administration Center: 2300 Cason St. Lafayette, IN 47904

Fax number: 765-771-6049

Qualifying reasons for FMLA as defined by the United States Department of Labor:

- Serious Health Condition:

- This can be a serious health condition for me or someone in my immediate family.
- “A serious health condition is one that makes the employee unable to perform the functions of their job” (Fact Sheet #28, Wage and Hour Division, United States Department of Labor)
- FMLA can be taken to care for my child, spouse, or parent who has a serious health condition and needs assistance
- “An FMLA serious health condition generally involves a period of incapacity” (Fact Sheet #28, Wage and Hour Division, United States Department of Labor).
 - The term incapacity refers to a serious health condition causing employees to miss work, school, or to perform any of their regular daily activities because they are getting treatment or recovering from the serious health condition. (Fact Sheet #28 Wage and Hour Division, United States Department of Labor).

- The birth of a child or placement of a child with the employee for adoption or foster care:

- FMLA can be used when my baby is born and to take time to bond with the baby during the 12 months.
- This applies to all parents regardless of sex.
- FMLA can also be taken when I have recently had a child placed with me, whether it's for foster care or adoption, and to bond with that newly placed child.
- If I need to be out before the child is placed with me, I can use my FMLA for situations that I may be required to attend or do.

- **Qualifying exigency:**
 - “Qualifying exigencies are situations caused by the military deployment of an employee’s spouse, child, or parent to a foreign country.” (Fact Sheet #28 Wage and Hour Division, United States Department of Labor)
 - FMLA can be used to assess any qualifying exigencies caused by a military deployment.
 - Qualifying exigency leave allows me to take FMLA to manage family affairs while my family member is called or on active duty.
 - Qualifying Exigencies:
 - Short-notice deployment
 - Military events and related activities
 - Childcare and school activities
 - Financial and legal arrangements
 - Counseling
 - Rest and recuperation
 - Post-deployment activities
 - Additional activities
- **Military Caregiver Leave:**
 - I am a caregiver of an active servicemember with a serious illness or injury.
 - Eligible employees are also able to take up to 26 workweeks of FMLA leave within a 12-month period to take care of a covered servicemember with a serious injury or illness if the employee is the spouse, child, parent, or next of kin of the servicemember who is ill or has an injury. (Fact Sheet #28 Wage and Hour Division, United States Department of Labor).

Qualifying Family Relationships as defined by the United States Department of Labor:

- **Spouse:** a husband or wife that is defined and recognized in the state in which the individual was married, and also includes those in same-sex or common law marriages. A spouse can also include a marriage that was validly entered outside of the United States if that marriage could have been entered into in at least one of the states.
- **Parent:** refers to a biological, adoptive, step, foster parent, or any other individual who may have stood in loco parentis to that employee during their childhood. It does not refer to any relative who is an “in-law.”
 - o **Loco parentis:** an individual who takes over the day-to-day responsibilities and steps into the role of a parent for the employee. They help to support the child in any way that they can, whether it be financially or by taking care of the employee when they were a child. The relationship with the employee does not have to be biological or legal.
- **Child:** refers to a biological, adoptive, step, or foster child, stepchild, legal ward, or a child of an individual who may be standing in loco parentis. The child is someone who is under the age of 18 or is older than 18 and incapable of self-care because of a mental or physical disability.
- **Next of Kin:** refers to the nearest blood relative other than a servicemember’s spouse, parent, or child.

FAMILY MEDICAL LEAVE ACT PROCESS FOR LSC EMPLOYEES:

Benefit Specialist (FMLA Coordinator): Shelby Moudy 765-771-6020

smoudy@lsc.k12.in.us

Employee instructions:

- If you are out for 3 full consecutive days, you will need to provide the Benefits Specialist with a doctor's note. If the doctor's note indicates that there is a serious health condition, the Benefit Specialist will move forward with an FMLA eligibility check.
- If you know in advance that you are going to be out or need to be out for an extended period of time, reach out to the [Benefits Specialist](#) to start the FMLA process at least 30 days in advance.
- If you need leave and it is less than 30 days in advance, notify the Benefits Specialist ASAP!
- The Benefits Specialist will run a time listing and employment check to see if you are eligible for FMLA.

Eligible

- Once you are confirmed to be eligible, you will receive the Notice of Eligibility & Rights and Responsibilities under the Family Medical Leave Act. The notice will include:
 - the day that your FMLA started or will start
 - the reason for your FMLA leave
 - the date the certification paperwork needs to be turned in
 - an explanation of the use of paid time off during FMLA leave
- If you are eligible, you will then receive:

- Certification of Health Care Provider for **Employee's** Serious Health Condition Form or a
 - Certification of Health Care Provider for **Family Member's** Serious Health Condition from the Benefits Specialist.
 - You will also receive an informational document that explains the FMLA
 - The certification form needs to be completed by the employee's physician and returned to the Benefits Specialist within **15 days** of receipt
- After you or the doctor has given the certification paperwork back to the Benefits Specialist, you will receive a Designation Notice from the Benefits Specialist that contains the following:
 - the time span of your leave based on the doctor's determination
 - number of hours of FMLA are you projected to use during
 - number of hours you will have left to use in the 12-month period
 - clarification of the coordination of any applicable PTO that will run concurrently with the FMLA leave
 - the potential need to supply checks to cover insurance premiums if compensation during FMLA doesn't cover the cost of insurance premiums
- It is your responsibility to keep the Benefits Specialist informed of which days you are taking FMLA and how many hours of FMLA leave you are using each day.
- If you are planning to return to work sooner than the date your doctor has indicated, you will need a new doctor's note that releases you to work with the revised date and any restrictions that are in effect. The Benefits Specialist will need to review the doctor's note releasing you to return before you are cleared to return to work.

Not Eligible

- If you are confirmed not eligible for FMLA, you will receive:
 - A notice that explains why you are not eligible for FMLA
 - A notice of Eligibility & Rights and Responsibilities under the Family Medical Leave Act.
- You are still required to provide doctor's notes for any time that you are absent for three consecutive full days.

The Notice of Eligibility & Rights and Responsibilities Paperwork (English)

Notice of Eligibility & Rights and Responsibilities under the Family and Medical Leave Act

U.S. Department of Labor
Wage and Hour Division



DO NOT SEND TO THE DEPARTMENT OF LABOR.
PROVIDE TO EMPLOYEE.

OMB Control Number: 1235-0003
Expires: 6/30/2026

In general, to be eligible to take leave under the Family and Medical Leave Act (FMLA), an employee must have worked for an employer for at least 12 months, meet the hours of service requirement in the 12 months preceding the leave, and work at a site with at least 50 employees within 75 miles. While use of this form is optional, a fully completed Form WH-381 provides employees with the information required by 29 C.F.R. §§ 825.300(b), (c) which must be provided within five business days of the employee notifying the employer of the need for FMLA leave. Information about the FMLA may be found [on the WHD website at www.dol.gov/agencies/whd/fmla](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla).

Date: _____ (mm/dd/yyyy)

From: _____ (Employer) To: _____ (Employee)

On _____ (mm/dd/yyyy), we learned that you need leave (beginning on) _____ (mm/dd/yyyy)
for one of the following reasons: (Select as appropriate)

- ☐ The birth of a child, or placement of a child with you for adoption or foster care, and to bond with the newborn or newly-placed child
- ☐ Your own serious health condition
- ☐ You are needed to care for your family member due to a serious health condition. Your family member is your:
 - ☐ Spouse ☐ Parent ☐ Child under age 18 ☐ Child 18 years or older and incapable of self-care because of a mental or physical disability
- ☐ A qualifying exigency arising out of the fact that your family member is on covered active duty or has been notified of an impending call or order to covered active duty status. Your family member on covered active duty is your:
 - ☐ Spouse ☐ Parent ☐ Child of any age
- ☐ You are needed to care for your family member who is a covered servicemember with a serious injury or illness. You are the servicemember's:
 - ☐ Spouse ☐ Parent ☐ Child ☐ Next of kin

Spouse means a husband or wife as defined or recognized in the state where the individual was married, including in a common law marriage or same-sex marriage. The terms "child" and "parent" include *in loco parentis* relationships in which a person assumes the obligations of a parent to a child. An employee may take FMLA leave to care for an individual who assumed the obligations of a parent to the employee when the employee was a child. An employee may also take FMLA leave to care for a child for whom the employee has assumed the obligations of a parent. No legal or biological relationship is necessary.

SECTION I – NOTICE OF ELIGIBILITY

This Notice is to inform you that you are:

- ☐ **Eligible** for FMLA leave. (See Section II for any Additional Information Needed and Section III for information on your Rights and Responsibilities.)
- ☐ **Not eligible** for FMLA leave because: (Only one reason need be checked)
 - ☐ You have not met the FMLA's 12-month length of service requirement. As of the first date of requested leave, you will have worked approximately: _____ towards this requirement.
(months)
 - ☐ You have not met the FMLA's 1,250 hours of service requirement. As of the first date of requested leave, you will have worked approximately: _____ towards this requirement.
(hours of service)

Employee Name: _____

- ☐ You are an airline flight crew employee and you have not met the special hours of service eligibility requirements for airline flight crew employees as of the first date of requested leave (i.e., worked or been paid for at least 60% of your applicable monthly guarantee, and worked or been paid for at least 504 duty hours.)
- ☐ You do not work at and/or report to a site with 50 or more employees within 75-miles as of the date of your request.

If you have any questions, please contact: _____ (Name of employer representative)
at _____ (Contact information).

SECTION II – ADDITIONAL INFORMATION NEEDED

As explained in Section I, you meet the eligibility requirements for taking FMLA leave. Please review the information below to determine if additional information is needed in order for us to determine whether your absence qualifies as FMLA leave. Once we obtain any additional information specified below we will inform you, within 5 business days, whether your leave will be designated as FMLA leave and count towards the FMLA leave you have available. If complete and sufficient information is not provided in a timely manner, your leave may be denied.

(Select as appropriate)

- ☐ No additional information requested. If no additional information requested, go to Section III.
- ☐ We request that the leave be supported by a certification, as identified below.
- | | |
|--|--|
| ☐ Health Care Provider for the Employee | ☐ Health Care Provider for the Employee's Family Member |
| ☐ Qualifying Exigency | ☐ Serious Illness or Injury (Military Caregiver Leave) |

Selected certification form is ☐ attached / ☐ not attached.

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

- ☐ We request that you provide reasonable documentation or a statement to establish the relationship between you and your family member, including *in loco parentis* relationships (as explained on page one). The information requested must be returned to us by _____ (mm/dd/yyyy). You may choose to provide a simple statement of the relationship or provide documentation such as a child's birth certificate, a court document, or documents regarding foster care or adoption-related activities. Official documents submitted for this purpose will be returned to you after examination.

- ☐ Other information needed (e.g. documentation for military family leave): _____
The information requested must be returned to us by _____ (mm/dd/yyyy).

If you have any questions, please contact: _____ (Name of employer representative)
at _____ (Contact information).

SECTION III – NOTICE OF RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Part A: FMLA Leave Entitlement

You have a right under the FMLA to take unpaid, job-protected FMLA leave in a 12-month period for certain family and medical reasons, including up to 12 weeks of unpaid leave in a 12-month period for the birth of a child or placement of a child for adoption or foster care, for leave related to your own or a family member's serious health condition, or for certain qualifying exigencies related to the deployment of a military member to covered active duty. You also have a right

Employee Name: _____

under the FMLA to take up to 26 weeks of unpaid, job-protected FMLA leave in a single 12-month period to care for a covered servicemember with a serious injury or illness (*Military Caregiver Leave*).

The 12-month period for FMLA leave is calculated as: (*Select as appropriate*)

- ☐ The calendar year (January 1st - December 31st)
- ☐ A fixed leave year based on _____
(*e.g., a fiscal year beginning on July 1 and ending on June 30*)
- ☐ The 12-month period measured forward from the date of your first FMLA leave usage.
- ☐ A "rolling" 12-month period measured backward from the date of any FMLA leave usage. (*Each time an employee takes FMLA leave, the remaining leave is the balance of the 12 weeks not used during the 12 months immediately before the FMLA leave is to start.*)

If applicable, the single 12-month period for *Military Caregiver Leave* started on _____ (mm/dd/yyyy).

You (☐ are / ☐ are not) considered a key employee as defined under the FMLA. Your FMLA leave cannot be denied for this reason; however, we may not restore you to employment following FMLA leave if such restoration will cause substantial and grievous economic injury to us.

We (☐ have / ☐ have not) determined that restoring you to employment at the conclusion of FMLA leave will cause substantial and grievous economic harm to us. Additional information will be provided separately concerning your status as key employee and restoration.

Part B: Substitution of Paid Leave – When Paid Leave is Used at the Same Time as FMLA Leave

You have a right under the FMLA to request that your accrued paid leave be substituted for your FMLA leave. This means that you can request that your accrued paid leave run concurrently with some or all of your unpaid FMLA leave, provided you meet any applicable requirements of our leave policy. Concurrent leave use means the absence will count against both the designated paid leave and unpaid FMLA leave at the same time. If you do not meet the requirements for taking paid leave, you remain entitled to take available unpaid FMLA leave in the applicable 12-month period. Even if you do not request it, the FMLA allows us to require you to use your available sick, vacation, or other paid leave during your FMLA absence.

(*Check all that apply*)

- ☐ Some or all of your FMLA leave will not be paid. Any unpaid FMLA leave taken will be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.
- ☐ You have requested to use some or all of your available paid leave (*e.g., sick, vacation, PTO*) during your FMLA leave. Any paid leave taken for this reason will also be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.
- ☐ We are requiring you to use some or all of your available paid leave (*e.g., sick, vacation, PTO*) during your FMLA leave. Any paid leave taken for this reason will also be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.
- ☐ Other: (*e.g., short- or long-term disability, workers' compensation, state medical leave law, etc.*) _____
Any time taken for this reason will also be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.

The applicable conditions for use of paid leave include: _____

For more information about conditions applicable to sick/vacation/other paid leave usage please refer to _____
_____ available at: _____

Employee Name: _____

Part C: Maintain Health Benefits

Your health benefits must be maintained during any period of FMLA leave under the same conditions as if you continued to work. During any paid portion of FMLA leave, your share of any premiums will be paid by the method normally used during any paid leave. During any unpaid portion of FMLA leave, you must continue to make any normal contributions to the cost of the health insurance premiums. To make arrangements to continue to make your share of the premium payments on your health insurance while you are on any unpaid FMLA leave, contact _____ at _____.

You have a minimum grace period of (☐ 30-days or ☐ _____ indicate longer period, if applicable) in which to make premium payments. If payment is not made timely, your group health insurance may be cancelled, provided we notify you in writing at least 15 days before the date that your health coverage will lapse, or, at our option, we may pay your share of the premiums during FMLA leave, and recover these payments from you upon your return to work.

You may be required to reimburse us for our share of health insurance premiums paid on your behalf during your FMLA leave if you do not return to work following unpaid FMLA leave for a reason other than: the continuation, recurrence, or onset of your or your family member's serious health condition which would entitle you to FMLA leave; or the continuation, recurrence, or onset of a covered servicemember's serious injury or illness which would entitle you to FMLA leave; or other circumstances beyond your control.

Part D: Other Employee Benefits

Upon your return from FMLA leave, your other employee benefits, such as pensions or life insurance, must be resumed in the same manner and at the same levels as provided when your FMLA leave began. To make arrangements to continue your employee benefits while you are on FMLA leave, contact _____ at _____.

Part E: Return-to-Work Requirements

You must be reinstated to the same or an equivalent job with the same pay, benefits, and terms and conditions of employment on your return from FMLA-protected leave. An equivalent position is one that is virtually identical to your former position in terms of pay, benefits, and working conditions. At the end of your FMLA leave, all benefits must also be resumed in the same manner and at the same level provided when the leave began. You do not have return-to-work rights under the FMLA if you need leave beyond the amount of FMLA leave you have available to use.

Part F: Other Requirements While on FMLA Leave

While on leave you (☐ will be / ☐ will not be) required to furnish us with periodic reports of your status and intent to return to work every _____.

(Indicate interval of periodic reports, as appropriate for the FMLA leave situation).

If the circumstances of your leave change and you are able to return to work earlier than expected, you will be required to notify us at least two workdays prior to the date you intend to report for work.

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE AND PUBLIC BURDEN STATEMENT

It is mandatory for employers to provide employees with notice of their eligibility for FMLA protection and their rights and responsibilities. 29 U.S.C. § 2617; 29 C.F.R. § 825.300(b), (c). It is mandatory for employers to retain a copy of this disclosure in their records for three years. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Persons are not required to respond to this collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The Department of Labor estimates that it will take an average of 10 minutes for respondents to complete this collection of information, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. If you have any comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection information, including suggestions for reducing this burden, send them to the Administrator, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

DO NOT SEND THE COMPLETED FORM TO THE DEPARTMENT OF LABOR. EMPLOYEE INFORMATION.

The Notice of Eligibility & Rights and Responsibilities Paperwork (Spanish)

Aviso de elegibilidad, derechos y responsabilidades
conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo
de los Estados Unidos
División de Horas y Salarios



NO LO ENVÍE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS.
ENTREGAR AL EMPLEADO.

Número de control de la OMB: 1235-0003
Vence: 6/30/2026

En general, para tener derecho a una licencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA), un empleado debe haber trabajado para un empleador durante al menos 12 meses, cumplir el requisito de horas de servicio en los 12 meses anteriores a la licencia y trabajar en un centro con al menos 50 empleados dentro de las 75 millas. Aunque el uso de este formulario es opcional, un formulario WH-381 debidamente completado ofrece a los empleados la información exigida por 29 C.F.R. §§ 825.300(b), (c) que se debe entregar dentro de los cinco días hábiles después de que el empleado avise al empleador que necesita una licencia de la FMLA. Puede encontrar información sobre la FMLA [en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla).

Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

De: _____ (empleador) Para: _____ (empleado)

El _____ (dd/mm/aaaa), nos enteramos de que necesita una licencia (a partir del) _____ (dd/mm/aaaa) por uno de los siguientes motivos: (Seleccione según corresponda)

- ☐ El nacimiento de un hijo, o que le den un niño en adopción o en acogida temporal, y para crear un vínculo con el recién nacido o el niño recién adoptado
- ☐ Su propia condición de salud grave
- ☐ Lo necesitan para cuidar a su familiar por una condición de salud grave. Su familiar es su:
- ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo menor de 18 años ☐ Hijo mayor de 18 años y no puede cuidar de sí mismo por una discapacidad mental o física
- ☐ Una exigencia calificada que surge de que su familiar pertenece a la cobertura de servicio activo o se le ha avisado de un llamado u orden inminente para estado de servicio activo cubierto. Su familiar que está en la cobertura de servicio activo es su:
- ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo de cualquier edad
- ☐ Es necesario que cuide a un familiar que es un miembro del servicio cubierto con una lesión o enfermedad grave. El miembro del servicio es su:
- ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo ☐ Familiar más cercano

Por "cónyuge" se entiende el esposo o la esposa tal como se define o reconoce en el estado en el que la persona se casó, incluyendo un matrimonio de hecho o un matrimonio entre personas del mismo sexo. Los términos "hijo" y "padre/madre" incluyen relaciones de padre y madre en las que una persona asume las obligaciones de un padre/madre con un menor. Un empleado puede tomar una licencia de la FMLA para atender a una persona que asumió las obligaciones de padre/madre con el empleado cuando este era un niño. Un empleado también puede tomar una licencia de la FMLA para atender a un niño para el que ha asumido las obligaciones de un padre/madre. No es necesaria una relación legal ni biológica.

SECCIÓN I: AVISO DE ELEGIBILIDAD

Este aviso es para informarle de que usted es:

- ☐ Elegible para la licencia de la FMLA. (Consulte la Sección II para obtener cualquier información adicional necesaria y la Sección III para obtener información sobre sus Derechos y Responsabilidades).
- ☐ No es elegible para la licencia de la FMLA porque: (Solo es necesario marcar un motivo)
- ☐ No ha cumplido el requisito de antigüedad de 12 meses de servicio establecido por la FMLA. A partir de la primera fecha de la licencia solicitada, habrá trabajado aproximadamente: _____ para cumplir este requisito.
(meses)
- ☐ No ha cumplido el requisito de 1,250 horas de servicio establecido por la FMLA. A partir de la primera fecha de la licencia solicitada, habrá trabajado aproximadamente: _____ para cumplir este requisito.
(horas de servicio)

Nombre del empleado: _____

- ☐ Usted es un empleado de la tripulación de vuelo de una aerolínea y no ha cumplido los requisitos especiales de elegibilidad de horas de servicio para empleados de la tripulación de vuelo de una aerolínea a partir de la primera fecha de la licencia solicitada (es decir, trabajó o se le pagó por al menos el 60 % de su garantía mensual aplicable, y trabajó o se le pagó por al menos 504 horas de trabajo).
- ☐ No trabaja ni se presenta en un centro con 50 o más empleados dentro de las 75 millas a partir de la fecha de su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: _____ (nombre del representante del empleador)
a _____ (información de contacto).

SECCIÓN II: INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA

Como se explica en la Sección I, usted cumple los requisitos de elegibilidad para tomar una licencia de la FMLA. Revise la siguiente información para determinar si se necesita información adicional para que podamos determinar si su ausencia califica como licencia de la FMLA. Una vez que obtengamos la información adicional que se especifica abajo, le avisaremos, en un plazo de 5 días hábiles, si su licencia se considerará como licencia de la FMLA y contará para la licencia de la FMLA que tiene disponible. Si no se entrega la información completa y suficiente de manera oportuna, es posible que se le niegue su licencia.

(Seleccione según corresponda)

- ☐ No se solicita información adicional. Si no se solicita información adicional, pase a la Sección III.
- ☐ Solicitamos que la licencia esté respaldada por un certificado, como se indica abajo.
- ☐ Proveedor de atención médica para el empleado ☐ Proveedor de atención médica para el familiar del empleado
- ☐ Exigencia calificada ☐ Enfermedad o lesión grave (licencia para cuidador de un militar)
- El formulario de certificado seleccionado ☐ se adjunta / ☐ no se adjunta.

Si se solicita, el certificado médico se debe devolver antes del _____ (dd/mm/aaaa) (Debe dejar pasar al menos 15 días calendario a partir de la fecha en que el empleador solicitó al empleado que entregara el certificado, a menos que no sea posible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado).

- ☐ Le solicitamos que entregue documentación razonable o una declaración para establecer la relación entre usted y su familiar, incluyendo las relaciones de padre y madre (como se explica en la página uno). La información solicitada debe devolvérsela antes del _____ (dd/mm/aaaa). Puede optar por entregar una declaración simple de la relación o entregar documentación como el certificado de nacimiento del niño, un documento judicial o documentos relacionados con la acogida temporal o las actividades relacionadas con la adopción. Se le devolverán los documentos oficiales presentados para este fin una vez que se hayan revisado.

- ☐ Otra información necesaria (por ejemplo, documentación para la licencia familiar militar): _____
- La información solicitada debe devolvérsela antes del _____ (dd/mm/aaaa).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: _____ (nombre del representante del empleador)
a _____ (información de contacto).

SECCIÓN III: AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Parte A: Derecho a la licencia de la FMLA

Bajo la FMLA, usted tiene derecho a tomar una licencia de la FMLA no remunerada y protegida por el trabajo en un período de 12 meses por ciertos motivos familiares y médicos, incluyendo hasta 12 semanas de licencia no remunerada en un período de 12 meses por el nacimiento de un hijo o la entrega de un hijo en adopción o en acogida temporal, por una licencia relacionada con su propia condición de salud grave o la de un familiar, o por ciertas exigencias calificadas relacionadas con el despliegue de un miembro de las fuerzas armadas para una cobertura de servicio activo. También tiene derecho, bajo la FMLA, a tomar hasta 26 semanas de licencia de la FMLA no remunerada y protegida por el trabajo en un solo período de 12 meses para cuidar a un miembro del servicio cubierto que tenga una lesión o enfermedad grave (licencia para cuidador de un militar).

Nombre del empleado: _____

El periodo de 12 meses para la licencia de la FMLA se calcula como: *(Seleccione según corresponda)*

- ☐ El año calendario (1 de enero - 31 de diciembre)
- ☐ Un año de licencia fijo basado en _____
(por ejemplo, un año fiscal que inicia el 1 de julio y termina el 30 de junio)
- ☐ El periodo de 12 meses medido a partir de la fecha de su primer uso de la licencia de la FMLA.
- ☐ Un periodo "continuo" de 12 meses medido hacia atrás a partir de la fecha de cualquier uso de la licencia de la FMLA. *(Cada vez que un empleado toma una licencia de la FMLA, la licencia restante es lo que queda de las 12 semanas no usadas durante los 12 meses inmediatamente previos al inicio de la licencia de la FMLA).*

Si aplica, el periodo único de 12 meses para la licencia para cuidador de un militar inició el _____ (dd/mm/aaaa).

Usted ☐ es / ☐ no es considerado un empleado clave según la definición de la FMLA. No se le puede negar su licencia de la FMLA por este motivo; sin embargo, es posible que no lo reincorporemos a su empleo después de la licencia de la FMLA si dicha reincorporación nos causa un daño económico sustancial y grave.

Nosotros ☐ hemos / ☐ no hemos determinado que reincorporarlo a su empleo cuando finalice la licencia de FMLA nos causará un daño económico sustancial y grave. Se dará más información por separado sobre su estado como empleado clave y su reincorporación.

Parte B: Sustitución de licencia remunerada – Cuando la licencia remunerada se usa al mismo tiempo que la licencia de la FMLA

Bajo la FMLA, usted tiene derecho a solicitar que su licencia remunerada acumulada se sustituya por su licencia de la FMLA. Esto significa que puede solicitar que su licencia remunerada acumulada se use al mismo tiempo que una parte o la totalidad de su licencia de la FMLA no remunerada, siempre y cuando cumpla los requisitos aplicables de nuestra política de licencias. El uso simultáneo de la licencia significa que la ausencia contará tanto para la licencia remunerada designada como para la licencia de la FMLA no remunerada al mismo tiempo. Si no cumple los requisitos para tomar una licencia remunerada, seguirá teniendo derecho a tomar la licencia de la FMLA no remunerada disponible en el periodo aplicable de 12 meses. Incluso si no lo solicita, la FMLA nos permite exigirle que use su licencia por enfermedad, vacaciones u otra licencia remunerada disponible durante su ausencia conforme a la FMLA.

(Marque todas las que correspondan)

- ☐ No se pagará una parte o la totalidad de su licencia de la FMLA. Cualquier licencia de la FMLA no remunerada que se tome se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.
- ☐ Ha solicitado usar una parte o la totalidad de su licencia remunerada disponible *(por ejemplo, enfermedad, vacaciones, PTO)* durante su licencia de la FMLA. Cualquier licencia remunerada que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.
- ☐ Le exigimos que use una parte o la totalidad de su licencia remunerada disponible *(por ejemplo, enfermedad, vacaciones, PTO)* durante su licencia de la FMLA. Cualquier licencia remunerada que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.
- ☐ Otro: *(por ejemplo, incapacidad a corto o largo plazo, compensación laboral, ley estatal de licencia médica, etc.)* _____
Cualquier tiempo que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.

Las condiciones aplicables para el uso de la licencia remunerada incluyen: _____.

Para obtener más información sobre las condiciones aplicables al uso de licencia por enfermedad/vacaciones/otras licencias remuneradas, consulte _____, disponible en: _____.

Nombre del empleado: _____

Parte C: Mantenga los beneficios médicos

Sus beneficios médicos deben mantenerse durante cualquier período de licencia de la FMLA bajo las mismas condiciones como si siguiera trabajando. Durante cualquier parte remunerada de la licencia de la FMLA, su parte de las primas se pagará por el método usado de forma habitual durante cualquier licencia remunerada. Durante cualquier parte no remunerada de la licencia de la FMLA, usted debe seguir haciendo contribuciones normales al costo de las primas del seguro médico. Para hacer arreglos para seguir pagando la parte que le corresponde de las primas de su seguro médico mientras está de licencia de la FMLA no remunerada, contacte a _____ en _____.

Usted tiene un período de gracia mínimo de (☐ 30 días o ☐ _____, indique un período más largo, si corresponde) para hacer los pagos de las primas. Si el pago no se hace a tiempo, su seguro médico colectivo se puede cancelar, siempre y cuando le avisemos por escrito al menos 15 días antes de la fecha en que su cobertura médica caducará, o, según nuestro criterio, podemos pagar su parte de las primas durante la licencia de la FMLA, y cobrarle estos pagos cuando regrese al trabajo.

Es posible que tenga que reembolsarnos la parte que nos corresponde de las primas de seguro médico pagadas en su nombre durante su licencia de la FMLA si no se reincorpora al trabajo después de dicha licencia no remunerada por un motivo que no sea: la continuación, recurrencia o aparición de una condición de salud grave suya o de un familiar que le daría derecho a una licencia de la FMLA; o la continuación, recurrencia o aparición de una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio cubierto que le daría derecho a una licencia de la FMLA; u otras circunstancias fuera de su control.

Parte D: Otros beneficios para empleados

Cuando regrese de su licencia de la FMLA, sus otros beneficios de empleado, como pensiones o seguro de vida, deben reanudarse de la misma manera y en los mismos niveles que se ofrecieron cuando comenzó su licencia de la FMLA. Para hacer arreglos para continuar recibiendo sus beneficios de empleado mientras está de licencia de la FMLA, contacte a _____ en _____.

Parte E: Requisitos de reincorporación al trabajo

Cuando regrese de la licencia con protección de la FMLA, se lo debe reincorporar al mismo trabajo o a uno equivalente con el mismo salario, prestaciones y términos y condiciones de empleo. Un puesto equivalente es aquel que es prácticamente idéntico a su puesto anterior en cuanto a salario, prestaciones y condiciones de trabajo. Al final de su licencia de la FMLA, todos los beneficios también se deben reanudar de la misma manera y al mismo nivel establecido cuando comenzó la licencia. No tiene derecho a reincorporarse al trabajo según la FMLA si necesita una licencia que exceda la cantidad de licencia de FMLA que tiene disponible para usar.

Parte F: Otros requisitos durante la licencia de la FMLA

Mientras esté de licencia usted (☐ se le / ☐ no se le) pedirá que nos dé reportes periódicos de su estado e intención de reincorporarse al trabajo cada _____.

(Indique el intervalo de los reportes periódicos, según corresponda para la situación de licencia de la FMLA).

Si las circunstancias de su licencia cambian y puede reincorporarse al trabajo antes de lo esperado, deberá avisarnos al menos dos días hábiles antes de la fecha en que tiene previsto presentarse a trabajar.

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA

Es obligatorio que los empleadores comuniquen a los empleados su elegibilidad para la protección de la FMLA y sus derechos y responsabilidades. 29 U.S.C. § 2617; 29 C.F.R. § 825.300(b), (c). Es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos calcula que a las personas encuestadas les llevará un promedio de 10 minutos completar esta recopilación de información, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, envíelo al administrador en Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C., Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO.

Certification for Health Care Provider for Employee's Serious Health Condition (English)

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



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

OMB Control Number: 1235-0003
Expires: 6/30/2026

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](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla) 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: 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 also 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.

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE AND PUBLIC BURDEN STATEMENT

If submitted, it is mandatory for employers to retain a copy of this disclosure in their records for three years. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Persons are not required to respond to this collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The Department of Labor estimates that it will take an average of 15 minutes for respondents to complete this collection of information, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. If you have any comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection information, including suggestions for reducing this burden, send them to the Administrator, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

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

Certification for Health Care Provider for Employee's Serious Health Condition (Spanish)

Certificado del proveedor de atención médica para la condición de salud grave de un empleado conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
División de Horas y Salarios



NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. DEVOLVER AL PACIENTE.

Número de control de la OMB: 1235-0003
Vence: 6/30/2026

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) establece que un empleador puede exigir a un empleado que busca la protección de la FMLA porque necesita una licencia por una condición de salud grave que entregue un certificado médico emitido por el proveedor de atención médica del empleado. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3); 29 C.F.R. § 825.305. El empleador debe darle al empleado al menos 15 días calendario para entregar el certificado. Si el empleado no entrega un certificado médico completo y suficiente, es posible que se le niegue su solicitud de licencia de la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313. Puede encontrar información sobre la FMLA en el [sitio web de la WHD](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla) en www.dol.gov/agencies/whd/fmla.

SECCIÓN I: EMPLEADOR

El empleado o empleador pueden completar la Sección I. Si bien el uso de este formulario es opcional, en el mismo se solicita al proveedor de atención médica la información necesaria para obtener un certificado médico completo y suficiente, como se establece en 29 C.F.R. § 825.306. **No puede pedir al empleado que dé más información de la permitida por las reglamentaciones de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308. Además, no puede solicitar un certificado de licencia de la FMLA para crear un vínculo con un recién nacido sano, un niño adoptado o en acogida temporal.**

Por lo general, los empleadores deben guardar los registros y documentos relacionados con información médica, certificados médicos, recertificaciones o historias médicas de los empleados creados para fines de la FMLA como registros médicos confidenciales en archivos/registros separados de los archivos personales habituales y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, y de conformidad con 29 C.F.R. § 1635.9, si se aplica la Ley de No Discriminación por Información Genética.

(1) Nombre del empleado:

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

(2) Nombre del empleador:

Nombre del empleador	Fecha: (dd/mm/aaaa)
----------------------	---------------------

(Indique la fecha de solicitud del certificado)

(3) El certificado médico se debe devolver antes del (dd/mm/aaaa)
(Debe dejar pasar al menos 15 días calendario a partir de la fecha solicitada, a menos que no sea posible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado).

(4) Cargo del empleado:

Cargo del empleado	La descripción del puesto ☐ se adjunta ☐ no se adjunta.
--------------------	---

Horario de trabajo habitual del empleado:

Horario de trabajo habitual del empleado
--

Declaración de las funciones esenciales del puesto del empleado:

Declaración de las funciones esenciales del puesto del empleado

(Las funciones esenciales del puesto del empleado se determinan con referencia al puesto que ocupaba el empleado en el momento en que notificó al empleador la necesidad de una licencia o en el momento en que esta inició, lo que ocurra primero).

SECCIÓN II: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Indique su información de contacto, complete todas las partes relevantes de esta Sección y firme el formulario. Su paciente ha solicitado una licencia conforme a la FMLA. La FMLA permite que un empleador exija que el empleado presente un certificado médico oportuno, completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por la condición de salud grave del empleado. Para fines de la FMLA, una "condición de salud grave" significa una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que implique atención hospitalaria o tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica. Para obtener más información sobre las definiciones de una condición de salud grave según la FMLA, consulte el cuadro en la página 4.

También puede, pero no es obligatorio, dar otros datos médicos adecuados, incluyendo síntomas, diagnóstico o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipo especializado. Tenga en cuenta que es posible que algunas leyes estatales o locales no permitan la revelación de información médica privada sobre la condición de salud grave del paciente, como ofrecer el diagnóstico o tratamiento.

Nombre del empleado: _____

Nombre del proveedor de atención médica: (letra de molde) _____

Dirección comercial del proveedor de atención médica: _____

Tipo de consultorio/especialidad médica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

PARTE A: Información médica

Limite su respuesta a la condición médica por la que el empleado solicita la licencia de la FMLA. Sus respuestas deben ser su mejor aproximación basada en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente. Después de completar la Parte A, complete la Parte B para dar información sobre la cantidad de licencia necesaria. Nota: Para fines de la FMLA, "incapacidad" significa no poder trabajar, ir a la escuela o hacer actividades diarias normales por la condición, el tratamiento o la recuperación de la misma. No dé información sobre pruebas genéticas, tal como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, tal como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de la enfermedad o trastorno en los familiares del empleado, 29 C.F.R. § 1635.3(b).

(1) Indique la fecha aproximada en que empezó o empezará la condición: _____ (dd/mm/aaaa)

(2) Indique su mejor aproximación de cuánto tiempo duró o durará la condición: _____

(3) Marque las casillas de las siguientes preguntas, según corresponda. Para todas las casillas marcadas, se debe indicar la cantidad de licencia necesaria en la Parte B.

☐ **Atención hospitalaria:** El paciente (☐ ha sido/ ☐ se espera que sea) ingresado para pasar la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en las siguientes fechas:

☐ **Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, cirugía ambulatoria, infección de garganta)

Por la condición, el paciente (☐ ha estado/ ☐ se espera que esté) incapacitado por más de tres días calendario completos y consecutivos desde el: _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa).

Al paciente (☐ se lo atendió/ ☐ se lo atenderá) en las siguientes fechas: _____

La condición también (☐ ha causado/ ☐ no ha causado) un tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (por ejemplo, medicamentos recetados [que no son de venta libre] o terapia que necesita equipo especial).

☐ **Embarazo:** La condición es un embarazo. Indique la fecha prevista del parto: _____ (dd/mm/aaaa).

☐ **Condiciones crónicas:** (por ejemplo, asma, migrañas). Por la condición, es médicamente necesario que el paciente reciba tratamiento al menos dos veces al año.

☐ **Condiciones permanentes o de largo plazo:** (por ejemplo, Alzheimer, cáncer en etapa terminal). Por la condición, la incapacidad es permanente o de largo plazo y necesita supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no recibe un tratamiento activo).

☐ **Condiciones que necesitan varios tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, cirugía de restauración). Por la condición, es médicamente necesario que el paciente reciba varios tratamientos.

☐ **Ninguna de las anteriores:** Si no se marcó ninguna de las condiciones anteriores, (es decir, atención hospitalaria, embarazo), no se necesita más información. Vaya a la página 4 para firmar y escribir la fecha en el formulario.

Nombre del empleado: _____

(4) Si es necesario, describa de forma breve otros datos médicos adecuados que estén relacionados con las condiciones por las que el empleado solicita la licencia de la FMLA. (Por ejemplo, uso de nebulizador, diálisis).

PARTE B: Cantidad de licencia necesaria

Para las condiciones médicas marcadas en la Parte A, complete todo lo que corresponda. Varias preguntas piden una respuesta sobre la frecuencia o duración de una condición, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su mejor aproximación basada en sus conocimientos médicos, experiencia y examen del paciente. Sea tan específico como pueda; términos como "de por vida", "desconocido" o "indeterminado" puede que no sean suficientes para determinar la cobertura de la FMLA.

(5) Por la condición, el paciente (☐ tuvo/☐ tendrá) **tratamientos médicos planificados** (consultas médicas programadas) (por ejemplo, psicoterapia, citas prenatales) en las siguientes fechas: _____

(6) Por la condición, el paciente (☐ fue/☐ será) remitido a otros proveedores de atención médica para una evaluación o tratamientos.

Indique la naturaleza de dichos tratamientos: (por ejemplo, cardiólogo, fisioterapia) _____

Indique su mejor aproximación de la fecha de inicio _____ (dd/mm/aaaa) y la fecha de finalización _____ (dd/mm/aaaa) de los tratamientos.

Indique su mejor aproximación de la duración de los tratamientos, incluyendo cualquier período de recuperación (por ejemplo, 3 días a la semana).

(7) Por la condición, es médicamente necesario que el empleado trabaje en un horario reducido.

Indique su mejor aproximación del horario reducido que el empleado puede trabajar. Del _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa) el empleado puede trabajar: (por ejemplo, 5 horas/día, hasta 25 horas a la semana)

(8) Por la condición, el paciente (☐ estuvo/☐ estará) **incapacitado por un periodo de tiempo continuo**, incluyendo cualquier tiempo para tratamientos o recuperación.

Indique su mejor aproximación de la fecha de inicio _____ (dd/mm/aaaa) y la fecha de finalización _____ (dd/mm/aaaa) del periodo de incapacidad.

(9) Por la condición, (☐ fue/☐ es/☐ será) médicamente necesario que el empleado se ausente del trabajo de forma intermitente (periódica), incluyendo cualquier episodio de incapacidad, es decir, brotes episódicos. Indique su mejor aproximación de la frecuencia y duración de los episodios de incapacidad.

Durante los próximos 6 meses, se estima que los episodios de incapacidad ocurrirán _____ veces por (☐ día ☐ semana ☐ mes) y es probable que duren aproximadamente _____ (☐ horas ☐ días) por episodio.

Nombre del empleado: _____

PARTE C: Funciones esenciales del puesto

Si se ofrece, la información de la pregunta n.º 4 de la Sección I se puede usar para responder a esta pregunta. Si el empleador no ofrece una declaración de las funciones esenciales del empleado o una descripción del puesto, responda estas preguntas basándose en la propia descripción del empleado de las funciones esenciales del puesto. Se considera que un empleado que debe ausentarse del trabajo para recibir tratamientos médicos, como visitas médicas programadas, por una condición de salud grave **no puede** desempeñar las funciones esenciales del puesto durante la ausencia para recibir tratamientos.

(10) Por la condición, el empleado (☐ no pudo/ ☐ no puede/ ☐ no podrá) desempeñar **una o más** de las funciones esenciales del puesto. Identifique al menos una función esencial del puesto que el empleado no puede desempeñar:

Firma del proveedor de atención médica _____

Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

Definiciones de una condición de salud grave (consulte 29 C.F.R. §§ 825.113-.115)

Atención hospitalaria

- Estancia de una noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial.
- La atención hospitalaria incluye cualquier período de incapacidad o cualquier tratamiento posterior relacionado con la estancia de una noche.

Tratamiento continuo por un proveedor de atención médica (alguno o varios de los siguientes)

Incapacidad más tratamiento: Un período de incapacidad de más de tres días calendario completos y consecutivos, y cualquier tratamiento o período de incapacidad posterior relacionado con la misma condición, que también implique:

- o Dos o más consultas en persona a un proveedor de atención médica para recibir tratamiento en un plazo de 30 días después del primer día de incapacidad, a menos que existan circunstancias atenuantes. La primera consulta debe hacerse en los siete días siguientes al primer día de incapacidad; o,
- o Al menos una consulta en persona con un proveedor de atención médica para recibir tratamiento en los siete días siguientes al primer día de incapacidad, lo que resulta en un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión del proveedor de atención médica. Por ejemplo, el proveedor de atención médica podría recetar un tratamiento con medicamentos recetados o una terapia que necesite un equipo especial.

Embarazo: Cualquier período de incapacidad por embarazo o por cuidados prenatales. _____

Condiciones crónicas: Cualquier período de incapacidad por una condición de salud crónica grave o su tratamiento, como diabetes, asma o migrañas. Una condición de salud crónica grave es el que necesita consultas con un proveedor de atención médica (o una enfermera supervisada por el proveedor) al menos dos veces al año y se repite durante un período de tiempo prolongado. Una condición crónica puede causar un período de incapacidad por episodios y no continuo.

Condiciones permanentes o de largo plazo: Un período de incapacidad permanente o de largo plazo por una condición para la que el tratamiento puede no ser eficaz, pero que necesita la supervisión continua de un proveedor de atención médica, como la enfermedad de Alzheimer o las etapas terminales del cáncer.

Condiciones que necesitan varios tratamientos: Cirugía de restauración después de un accidente u otra lesión; o, una condición que probablemente daría como resultado un período de incapacidad de más de tres días calendario completos y consecutivos si el paciente no recibiera el tratamiento.

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA

Si se presenta, es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos calcula que a las personas encuestadas les llevará un promedio de 15 minutos completar esta recopilación de información, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, envíelo al administrador a Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C., Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. DEVOLVER AL PACIENTE.

Certification For a Family Member's Serious Health Condition (English)

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

U.S. Department of Labor
Wage and Hour Division



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

OMB Control Number: 1235-0003
Expires: 6/30/2026

The Family and Medical Leave Act (FMLA) provides that an employer may require an employee seeking FMLA leave to care for a family member with a serious health condition to submit a medical certification issued by the family member'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](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla) 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 or employees' family members 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: 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.)

SECTION II - EMPLOYEE

Please complete and sign Section II before providing this form to your family member or your family member's health care provider. The FMLA allows an employer to require that you submit a timely, complete, and sufficient medical certification to support a request for FMLA leave due to the serious health condition of your family member. If requested by your employer, your response is required to obtain or retain the benefit of the FMLA protections. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). You are responsible for making sure the medical certification is provided to your employer within the time frame requested, which must be at least 15 calendar days. 29 C.F.R. §§ 825.305-825.306. Failure to provide a complete and sufficient medical certification may result in a denial of your FMLA leave request. 29 C.F.R. § 825.313.

(1) Name of the family member for whom you will provide care:

(2) Select the relationship of the family member to you. The family member is your:

- ☐ Spouse ☐ Parent ☐ Child, under age 18
☐ Child, age 18 or older and incapable of self-care because of a mental or physical disability

Spouse means a husband or wife as defined or recognized in the state where the individual was married, including in a common law marriage or same-sex marriage. The terms "child" and "parent" include in loco parentis relationships in which a person assumes the obligations of a parent to a child. An employee may take FMLA leave to care for an individual who assumed the obligations of a parent to the employee when the employee was a child. An employee may also take FMLA leave to care for a child for whom the employee has assumed the obligations of a parent. No legal or biological relationship is necessary.

Employee Name: _____

(3) Briefly describe the care you will provide to your family member: (Check all that apply)

- ☐ Assistance with basic medical, hygienic, nutritional, or safety needs ☐ Transportation
☐ Physical Care ☐ Psychological Comfort ☐ Other: _____

(4) Give your best estimate of the amount of leave needed to provide the care described:

(5) If a reduced work schedule is necessary to provide the care described, give your best estimate of the reduced schedule you are able to work. From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy). I am able to work _____ (hours per day) _____ (days per week)

Employee Signature  Date _____ (mm/dd/yyyy)

SECTION III - HEALTH CARE PROVIDER

Please provide your contact information, complete all relevant parts of this Section, and sign the form below. A family member of your patient has requested leave under the FMLA to care for your patient. 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 to care for a family member with a serious health condition. 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 at the end of the form.

You also 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.

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 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) Patient's Name: _____

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

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

(4) For FMLA to apply, care of the patient must be medically necessary. Briefly describe the type of care needed by the patient (e.g., assistance with basic medical, hygienic, nutritional, safety, transportation needs, physical care, or psychological comfort).

Employee Name: _____

(5) 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.

(6) 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 if the benefits and protections of the FMLA apply.

(7) 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): _____

(8) 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)

Employee Name: _____

(9) 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.

(10) Due to the condition, it (☐ was / ☐ is / ☐ will be) medically necessary for the employee to be absent from work to provide care for the patient 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.

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.

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE AND PUBLIC BURDEN STATEMENT

If submitted, it is mandatory for employers to retain a copy of this disclosure in their records for three years. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Persons are not required to respond to this collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The Department of Labor estimates that it will take an average of 15 minutes for respondents to complete this collection of information, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. If you have any comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection information, including suggestions for reducing this burden, send them to the Administrator, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

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

Certification For a Family Member's Serious Health Condition (Spanish)

Certificado del proveedor de atención médica para la condición de salud grave de un familiar conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos

División de Horas y Salarios



NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. DEVOLVER AL PACIENTE.

Número de control de la OMB: 1235-0003
Vence: 6/30/2026

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) establece que un empleador puede exigir a un empleado que solicita una licencia de la FMLA para atender a un familiar con una condición de salud grave que entregue un certificado médico emitido por el proveedor de atención médica del familiar. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3); 29 C.F.R. § 825.305. El empleador debe darle al empleado al menos 15 días calendario para entregar el certificado. Si el empleado no entrega un certificado médico completo y suficiente, es posible que se le niegue su solicitud de licencia de la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313. Puede encontrar información sobre la FMLA en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla.

SECCIÓN I: EMPLEADOR

El empleado o empleador pueden completar la Sección I. Si bien el uso de este formulario es opcional, en el mismo se solicita al proveedor de atención médica la información necesaria para obtener un certificado médico completo y suficiente, como se establece en 29 C.F.R. § 825.306. **No puede pedir al empleado que dé más información de la permitida por las reglamentaciones de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308.** Además, no puede solicitar un certificado de licencia de la FMLA para crear un vínculo con un recién nacido sano, un niño adoptado o en acogida temporal.

Por lo general, los empleadores deben guardar los registros y documentos relacionados con información médica, certificados médicos, recertificaciones o historiales médicos de los empleados o de sus familiares creados para fines de la FMLA como registros médicos confidenciales en archivos/registros separados de los archivos personales habituales y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, y de conformidad con 29 C.F.R. § 1635.9, si se aplica la Ley de No Discriminación por Información Genética.

(1) Nombre del empleado: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

(2) Nombre del empleador: _____ Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)
(Indique la fecha de solicitud del certificado)

(3) El certificado médico se debe devolver antes del _____ (dd/mm/aaaa)
(Debe dejar pasar al menos 15 días calendario a partir de la fecha solicitada, a menos que no sea posible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado).

SECCIÓN II: EMPLEADO

Complete y firme la Sección II antes de entregar este formulario a su familiar o al proveedor de atención médica de su familiar. La FMLA permite que un empleador exija que usted presente un certificado médico oportuno, completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de FMLA por la condición de salud grave de su familiar. Si su empleador lo solicita, su respuesta es necesaria para obtener o mantener el beneficio de las protecciones de la FMLA. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). Usted es responsable de asegurarse de que el certificado médico se entregue a su empleador en el plazo solicitado, que debe ser de al menos 15 días calendario. 29 C.F.R. §§ 825.305-825.306. Si no entrega un certificado médico completo y suficiente, es posible que se le niegue la solicitud de licencia de la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313.

(1) Nombre del familiar al que atenderá: _____

(2) Seleccione la relación que tiene el familiar con usted. El familiar es su:

- ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo, menor de 18 años
☐ Hijo, mayor de 18 años y no puede cuidar de sí mismo por una discapacidad mental o física

Por "cónyuge" se entiende el esposo o la esposa tal como se define o reconoce en el estado en el que la persona se casó, incluyendo un matrimonio de hecho o un matrimonio entre personas del mismo sexo. Los términos "hijo" y "padre/madre" incluyen relaciones de padre y madre en las que una persona asume las obligaciones de un padre/madre con un menor. Un empleado puede tomar una licencia de la FMLA para atender a una persona que asumió las obligaciones de padre/madre con el empleado cuando este era un niño. Un empleado también puede tomar una licencia de la FMLA para atender a un niño para el que ha asumido las obligaciones de un padre/madre. No es necesaria una relación legal ni biológica.

Nombre del empleado:

(3) Describa de forma breve la atención que prestará a su familiar: (Marque todas las que correspondan)

- ☐ Ayuda con necesidades médicas, higiénicas, nutricionales o de seguridad básicas ☐ Transporte
☐ Cuidado físico ☐ Bienestar psicológico ☐ Otro:

(4) Indique su mejor aproximación de la cantidad de días de licencia necesarios para dar la atención descrita:

(5) Si es necesario un horario de trabajo reducido para prestar la atención descrita, indique su mejor aproximación del horario reducido en el que pueda trabajar. Del (dd/mm/aaaa) al (dd/mm/aaaa), puedo trabajar (horas al día) (días a la semana)

Firma del empleado

Fecha (dd/mm/aaaa)

SECCIÓN III: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Indique su información de contacto, complete todas las partes relevantes de esta Sección y firme el siguiente formulario. Un familiar de su paciente solicitó una licencia bajo la FMLA para atenderlo. La FMLA permite que un empleador exija que el empleado presente un certificado médico oportuno, completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA para atender a un familiar con una condición de salud grave.

Para fines de la FMLA, una "condición de salud grave" significa una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que implique atención hospitalaria o tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica. Para obtener más información sobre las definiciones de una condición de salud grave según la FMLA, consulte el cuadro al final del formulario.

También puede, pero no es obligatorio, dar otros datos médicos adecuados, incluyendo síntomas, diagnóstico o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipo especializado. Tenga en cuenta que es posible que algunas leyes estatales o locales no permitan la revelación de información médica privada sobre la condición de salud grave del paciente, como ofrecer el diagnóstico o tratamiento.

Nombre del proveedor de atención médica: (letra de molde)

Dirección comercial del proveedor de atención médica:

Tipo de consultorio/especialidad médica:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

PARTE A: Información médica

Limite su respuesta a la condición médica por la que el empleado solicita la licencia de la FMLA. Sus respuestas deben ser su mejor aproximación basada en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente. Después de completar la Parte A, complete la Parte B para dar información sobre la cantidad de licencia necesaria. Nota: Para fines de la FMLA, "incapacidad" significa no poder trabajar, ir a la escuela o hacer actividades diarias normales por la condición, el tratamiento o recuperación de la misma. No dé información sobre pruebas genéticas, tal como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, tal como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de la enfermedad o trastorno en los familiares del empleado, 29 C.F.R. § 1635.3(b).

(1) Nombre del paciente:

(2) Indique la fecha aproximada en que empezó o empezará la condición: (dd/mm/aaaa)

(3) Indique su mejor aproximación de cuánto tiempo duró o durará la condición:

(4) Para que se aplique la FMLA, la atención del paciente debe ser médicamente necesaria. Describa de forma breve el tipo de atención que necesita el paciente (por ejemplo, ayuda con necesidades médicas, higiénicas, nutricionales, de seguridad, de transporte, cuidado físico o bienestar psicológico básicos).

Nombre del empleado: _____

(5) Marque las casillas de las siguientes preguntas, según corresponda. Para todas las casillas marcadas, se debe indicar la cantidad de licencia necesaria en la Parte B.

☐ **Atención hospitalaria:** El paciente (☐ ha sido/ ☐ se espera que sea) ingresado para pasar la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en las siguientes fechas: _____

☐ **Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, cirugía ambulatoria, infección de garganta)

Por la condición, el paciente (☐ ha estado/ ☐ se espera que esté) incapacitado por más de tres días calendario completos y consecutivos desde el: _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa).

Al paciente (☐ se lo atendió/ ☐ se lo atenderá) en las siguientes fechas: _____

La condición también (☐ ha causado/ ☐ no ha causado) un tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (por ejemplo, medicamentos recetados [que no son de venta libre] o terapia que necesita equipo especial).

☐ **Embarazo:** La condición es un embarazo. Indique la fecha prevista del parto: _____ (dd/mm/aaaa).

☐ **Condiciones crónicas:** (por ejemplo, asma, migrañas). Por la condición, es médicamente necesario que el paciente reciba tratamiento al menos dos veces al año.

☐ **Condiciones permanentes o de largo plazo:** (por ejemplo, Alzheimer, cáncer en etapa terminal). Por la condición, la incapacidad es permanente o de largo plazo y necesita supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no recibe un tratamiento activo).

☐ **Condiciones que necesitan varios tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, cirugía de restauración). Por la condición, es médicamente necesario que el paciente reciba varios tratamientos.

☐ **Ninguna de las anteriores:** Si no se marcó ninguna de las condiciones anteriores, (es decir, atención hospitalaria, embarazo), no se necesita más información. Vaya a la página 4 para firmar y escribir la fecha en el formulario.

(6) Si es necesario, describa de forma breve otros datos médicos adecuados que estén relacionados con las condiciones por las que el empleado solicita la licencia de la FMLA. (Por ejemplo, uso de nebulizador, diálisis).

PARTE B: Cantidad de licencia necesaria

Para las condiciones médicas marcadas en la Parte A, complete todo lo que corresponda. Varias preguntas piden una respuesta sobre la frecuencia o duración de una condición, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su mejor aproximación basada en sus conocimientos médicos, experiencia y examen del paciente. Sea tan específico como pueda; términos como "de por vida", "desconocido" o "indeterminado" puede que no sean suficientes para determinar si se aplican los beneficios y protecciones de la FMLA.

(7) Por la condición, el paciente (☐ tuvo/ ☐ tendrá) **tratamientos médicos planificados** (consultas médicas programadas)

(por ejemplo, psicoterapia, citas prenatales) en las siguientes fechas: _____

(8) Por la condición, el paciente (☐ fue/ ☐ será) remitido a otros proveedores de atención médica para una evaluación o tratamientos.

Indique la naturaleza de dichos tratamientos: (por ejemplo, cardiólogo, fisioterapia) _____

Indique su mejor aproximación de la fecha de inicio _____ (dd/mm/aaaa) y la fecha de finalización _____ (dd/mm/aaaa) de los tratamientos.

Indique su mejor aproximación de la duración de los tratamientos, incluyendo cualquier período de recuperación (por ejemplo, 3 días a la semana).

Nombre del empleado: _____

(9) Por la condición, el paciente (☐ estuvo/ ☐ estará) incapacitado por un período de tiempo continuo, incluyendo cualquier tiempo para tratamientos o recuperación.

Indique su mejor aproximación de la fecha de inicio _____ (dd/mm/aaaa) y la fecha de finalización _____ (dd/mm/aaaa) del período de incapacidad.

(10) Por la condición, (☐ fue/ ☐ es/ ☐ será) médicamente necesario que el empleado se ausente del trabajo para atender al paciente de forma intermitente (periódica), incluyendo cualquier episodio de incapacidad, es decir, brotes episódicos. Indique su mejor aproximación de la frecuencia y duración de los episodios de incapacidad.

Durante los próximos 6 meses, se estima que los episodios de incapacidad ocurrirán _____ veces por (☐ día ☐ semana ☐ mes) y es probable que duren aproximadamente _____ (☐ horas ☐ días) por episodio.

Firma del proveedor de atención médica _____

Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

Definiciones de una condición de salud grave (consulte 29 C.F.R. §§ 825.113-.115)

Atención hospitalaria

- Estancia de una noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial.
- La atención hospitalaria incluye cualquier período de incapacidad o cualquier tratamiento posterior relacionado con la estancia de una noche.

Tratamiento continuo por un proveedor de atención médica (alguno o varios de los siguientes)

Incapacidad más tratamiento: Un período de incapacidad de más de tres días calendario completos y consecutivos, y cualquier tratamiento o período de incapacidad posterior relacionado con la misma condición, que también implique:

- o Dos o más consultas en persona a un proveedor de atención médica para recibir tratamiento en un plazo de 30 días después del primer día de incapacidad, a menos que existan circunstancias atenuantes. La primera consulta debe hacerse en los siete días siguientes al primer día de incapacidad; o,
- o Al menos una consulta en persona con un proveedor de atención médica para recibir tratamiento en los siete días siguientes al primer día de incapacidad, lo que resulta en un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión del proveedor de atención médica. Por ejemplo, el proveedor de atención médica podría recetar un tratamiento con medicamentos recetados o una terapia que necesite un equipo especial.

Embarazo: Cualquier período de incapacidad por embarazo o por cuidados prenatales.

Condiciones crónicas: Cualquier período de incapacidad por una condición de salud crónica grave o su tratamiento, como diabetes, asma o migrañas. Una condición de salud crónica grave es el que necesita consultas con un proveedor de atención médica (o una enfermera supervisada por el proveedor) al menos dos veces al año y se repite durante un período de tiempo prolongado. Una condición crónica puede causar un período de incapacidad por episodios y no continuo.

Condiciones permanentes o de largo plazo: Un período de incapacidad permanente o de largo plazo por una condición para la que el tratamiento puede no ser eficaz, pero que necesita la supervisión continua de un proveedor de atención médica, como la enfermedad de Alzheimer o las etapas terminales del cáncer.

Condiciones que necesitan varios tratamientos: Cirugía de restauración después de un accidente u otra lesión; o, una condición que probablemente daría como resultado un período de incapacidad de más de tres días calendario completos y consecutivos si el paciente no recibiera el tratamiento.

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA

Si se presenta, es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos calcula que a las personas encuestadas les llevará un promedio de 15 minutos completar esta recopilación de información, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, envíelo al administrador, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C., Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. DEVOLVER AL PACIENTE.

Qualifying Exigency, Form WH-384 (English)

Certification for Military Family Leave for Qualifying Exigency under the Family and Medical Leave Act

U.S. Department of Labor
Wage and Hour Division



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

OMB Control Number:
1235-0003 Expires: 6/30/2026

The Family and Medical Leave Act (FMLA) provides that eligible employees may take FMLA leave for a qualifying exigency while the employee's spouse, child, or parent (the military member) is on covered active duty or has been notified of an impending call or order to covered active duty. The FMLA allows an employer to require an employee seeking FMLA leave due to a qualifying exigency to submit a certification. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). The employer must give the employee **at least 15 calendar days** to provide the certification. 29 C.F.R. § 825.305(b). If the employee fails to provide complete and sufficient certification, the employee's FMLA leave request may be denied. 29 C.F.R. § 825.313. Information about the FMLA may be found [on the WHD website at http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla](http://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, it asks the employer for the information necessary for a complete and sufficient qualifying exigency certification, which is set out at 29 C.F.R. § 825.309. **You may not ask the employee to provide more information than allowed under the FMLA regulations, 29 C.F.R. § 825.309.**

- (1) Employee name:
First Middle Last
- (2) Employer name: Date: (mm/dd/yyyy)
(List date certification requested)
- (3) This 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.)

SECTION II - EMPLOYEE

Please complete all Parts of Section II and sign the form before returning it to your employer. The FMLA allows an employer to require that you submit a timely, complete, and sufficient certification to support a request for FMLA leave due to a qualifying exigency. If requested by your employer, your response is required to obtain the benefits and protections of the FMLA. 29 C.F.R. § 825.309. Failure to provide a complete and sufficient certification may result in a denial of your FMLA leave request. A complete and sufficient certification to support a request for FMLA leave due to a qualifying exigency includes written documentation confirming a military member's covered active duty or call to covered active duty status. **You are responsible for making sure the certification is provided to your employer within the time frame requested, which must be at least 15 calendar days.** 29 C.F.R. § 825.313.

- (1) Provide the name of the military member on covered active duty or call to covered active duty status:

First Middle Last
- (2) Select your relationship of the military member. The military member is your:
- ☐ Spouse ☐ Parent ☐ Child, of any age

Spouse means a husband or wife as defined or recognized in the state where the individual was married, including a common law marriage or same-sex marriage. The terms "child" and "parent" include *in loco parentis* relationships in which a person assumes the obligations of a parent to a child. An employee may take FMLA leave for a qualifying exigency related a military member who assumed the obligations of a parent to the employee when the employee was a child. An employee may also take FMLA leave for a qualifying exigency related a military member for whom the employee has assumed the obligations of a parent. No legal or biological relationship is necessary.

Employee Name: _____

PART A: COVERED ACTIVE DUTY STATUS

Covered active duty or call to covered active duty in the case of a member of the Regular Armed Forces means duty during the deployment of the member with the Armed Forces to a foreign country. Covered active duty or call to covered active duty in the case of a member of the Reserve components means duty during the deployment of the member with the Armed Forces to a foreign country under a Federal call or order to active duty in support of a contingency operation pursuant to: Section 688 of Title 10 of the United States Code; Section 12301(a) of Title 10 of the United States Code; Section 12302 of Title 10 of the United States Code; Section 12304 of Title 10 of the United States Code; Section 12305 of Title 10 of the United States Code; Section 12406 of Title 10 of the United States Code; chapter 15 of Title 10 of the United States Code; or, any other provision of law during a war or during a national emergency declared by the President or Congress so long as it is in support of a contingency operation. 10 U.S.C. § 101(a)(13)(B).

An employer may require the employee to provide a copy of the military member's active duty orders or other documentation issued by the military which indicates that the military member is on covered active duty or call to covered active duty status, and the dates of the military member's covered active duty service. **This information need only be provided to the employer once, unless additional leave is needed for a different military member or different deployment.**

- (3) Provide the dates of the military member's covered active duty service: _____
- (4) Please check one of the following and attach the indicated written document to support that the military member is on covered active duty or call to covered active duty status:
- ☐ A copy of the military member's covered active duty orders
 - ☐ Other documentation from the military indicating that the military member is on covered active duty or has been notified of an impending call to covered active duty, such as official military correspondence from the military member's chain of command
 - ☐ I have previously provided my employer with sufficient written documentation confirming the military member's covered active duty or call to covered active duty status

PART B: APPROPRIATE FACTS

Under the FMLA, leave can be taken for a number of qualifying exigencies. 29 C.F.R. § 825.126(b). Complete and sufficient certification to support a request for FMLA leave due to a qualifying exigency includes available written documentation which supports the need for leave such as a copy of a meeting announcement for informational briefings sponsored by the military, a document confirming the military member's Rest and Recuperation leave, or other documentation issued by the military which indicates that the military member has been granted Rest and Recuperation leave, or a document confirming an appointment with a third party (e.g., a counselor or school official, or staff at a care facility, a copy of a bill for services for the handling of legal or financial affairs). Please provide appropriate facts related to the particular qualifying exigency to support the FMLA leave request, including information on the type of qualifying exigency and any available written documentation of the exigency event.

- (5) Select the appropriate **Qualifying Exigency Category** and, if needed, provide additional information related to the event:
- ☐ Short notice deployment (*i.e.*, deployment within seven or fewer days of notice)
 - ☐ Military events and related activities (*e.g.*, official ceremonies or events, or family support and assistance programs): _____
 - ☐ Childcare related activities for the child of the military member (*e.g.*, arranging for alternative childcare): _____

Employee Name: _____

- ☐ Care for the military member's parent (*e.g., admitting or transferring the parent to a new care facility*): _____
 - ☐ Financial and legal arrangements related to the deployment (*e.g., obtaining military identification cards*)
 - ☐ Counseling related to the deployment (*i.e., counseling provided by someone other than a health care provider*)
 - ☐ Military member's short-term, temporary Rest and Recuperation leave (R&R) (leave for this reason is limited to 15 calendar days for each instance of R&R)
 - ☐ Post deployment activities (*e.g., arrival ceremonies, or reintegration briefings and events*): _____
 - ☐ Any other event that the employee and employer agree is a qualifying exigency: _____
- (6) Available written documentation supporting this request for leave is (☐ attached / ☐ not attached / ☐ not available).

PART C: AMOUNT OF LEAVE NEEDED

Provide information concerning the amount of leave that will be needed. Several questions in this section seek a response as to the frequency or duration of the qualifying exigency leave needed. Be as specific as you can; terms such as "unknown" or "indeterminate" may not be sufficient to determine FMLA coverage.

- (7) List the approximate date exigency started or will start: _____ (mm/dd/yyyy)
- (8) Provide your best estimate of how long the exigency lasted or will last:
From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy)
- (9) Due to a qualifying exigency, I need to work a **reduced schedule**. Provide your **best estimate** of the reduced schedule you are able to work:
From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy)
I am able to work _____
(*e.g., 5 hours/day, up to 25 hours a week*)
- (10) Due to a qualifying exigency, I will need to be absent from work for a **continuous period of time**. Provide your **best estimate** of the beginning and ending dates for the period of absence:
From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy)

Employee Name: _____

- (11) Due to a qualifying exigency, I will need to be absent from work on an **intermittent basis** (periodically).

Provide your **best estimate** of the frequency (how often) and duration (how long) of each appointment, meeting, or leave event, including any travel time.

Over the next 6 months, absences on an **intermittent basis** are estimated to occur: _____ times per
(☐ day / ☐ week / ☐ month) and are likely to last approximately _____ (☐ hours / ☐ days) per episode.

- (12) My leave is due to a qualifying exigency that involves **Rest and Recuperation leave** (R & R) of the military member (leave for this reason is limited to 15 calendar days for each instance of R & R leave).

List the dates of the military member's R & R leave:

From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy)

PART D: THIRD PARTY INFORMATION

If applicable, please provide information below that may be used by your employer to verify meetings or appointments with a third party related to the qualifying exigency. Examples of meetings with third parties include: arranging for childcare or parental care, to attend non-medical counseling, to attend meetings with school, childcare or parental care providers, to make financial or legal arrangements, to act as the military member's representative before a federal, state, or local agency for purposes of obtaining, arranging or appealing military service benefits, or to attend any event sponsored by the military or military service organizations. This information may be used by your employer to verify that the information contained on this form is accurate.

Individual (e.g., name and title) or Entity / Organization: _____

Address: _____

Telephone: (____) _____

Fax: (____) _____

E-mail: _____

Describe purpose of meeting: _____

Employee
Signature _____

Date _____ (mm/dd/yyyy)

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE AND PUBLIC BURDEN STATEMENT

If submitted, it is mandatory for employers to retain a copy of this disclosure in their records for three years. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Persons are not required to respond to this collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The Department of Labor estimates that it will take an average of 15 minutes for respondents to complete this collection of information, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. If you have any comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection information, including suggestions for reducing this burden, send them to the Administrator, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

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

Qualifying Exigency, Form WH-384 (Spanish)

Certificado de licencia familiar militar por exigencias calificadas conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo de
los Estados Unidos
División de Horas y Salarios



NO ENVÍE EL FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS
ESTADOS UNIDOS. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO AL EMPLEADOR.

Número de control de la OMB:
1235-0003 Vence: 6/30/2026

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) establece que los empleados elegibles pueden tomar una licencia FMLA por una exigencia que califica mientras el cónyuge, hijo o padre/madre del empleado (el miembro de las fuerzas armadas) está en servicio activo cubierto o se le ha avisado de un llamado u orden inminente para servicio activo cubierto. La FMLA permite que un empleador exija a un empleado que solicita una licencia de la FMLA por una exigencia que califica que presente un certificado. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). El empleador debe darle al empleado **al menos 15 días calendario** para entregar el certificado. 29 C.F.R. § 825.305(b). Si el empleado no entrega un certificado completo y suficiente, es posible que se le niegue su solicitud de licencia de la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313. Puede encontrar información sobre la FMLA [en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla).

SECCIÓN I: EMPLEADOR

El empleado o el empleador pueden completar la Sección I. Aunque el uso de este formulario es opcional, se pide al empleado la información necesaria para obtener un certificado de exigencia calificada completo y suficiente, como se establece en 29 C.F.R. § 825.309. **No puede pedir al empleado que dé más información de la permitida por las reglamentaciones de la FMLA, 29 C.F.R. § 825.309.**

- (1) Nombre del empleado:
Nombre Segundo nombre Apellido
- (2) Nombre del empleador: Fecha: (dd/mm/aaaa)
(Indique la fecha de solicitud del certificado)
- (3) Este certificado se debe devolver antes del (dd/mm/aaaa).
(Debe dejar pasar al menos 15 días calendario a partir de la fecha solicitada, a menos que no sea posible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado).

SECCIÓN II: EMPLEADO

Complete todas las partes de la Sección II y firme el formulario antes de devolverlo a su empleador. La FMLA permite que un empleador exija que usted presente un certificado oportuno, completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por una exigencia calificada. Si su empleador lo solicita, su respuesta es necesaria para obtener los beneficios y protecciones de la FMLA. 29 C.F.R. § 825.309. Si no entrega un certificado médico completo y suficiente, es posible que se le niegue la solicitud de licencia de la FMLA. Un certificado completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por una exigencia que califica incluye documentación escrita que confirme el servicio activo cubierto de un miembro de las fuerzas armadas o su llamado al estado de servicio activo cubierto. **Usted es responsable de asegurarse de que el certificado se entregue a su empleador en el plazo solicitado, que debe ser de al menos 15 días calendario.** 29 C.F.R. § 825.313.

- (1) Indique el nombre del miembro de las fuerzas armadas en servicio activo cubierto o llamado al estado de servicio activo cubierto:

Nombre Segundo nombre Apellido
- (2) Seleccione su relación con el miembro de las fuerzas armadas. El miembro de las fuerzas armadas es su:
- ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Hijo de cualquier edad

Nombre del empleado: _____

Por "cónyuge" se entiende el esposo o la esposa tal como se define o reconoce en el estado en el que la persona se casó, incluyendo un matrimonio de hecho o un matrimonio entre personas del mismo sexo. Los términos "hijo" y "padre/madre" incluyen relaciones de padre y madre en las que una persona asume las obligaciones de un padre/madre con un menor. Un empleado puede tomar una licencia de la FMLA por una exigencia calificada relacionada con un miembro de las fuerzas armadas que asumió las obligaciones de padre/madre con el empleado cuando este era un niño. Un empleado también puede tomar una licencia de la FMLA por una exigencia calificada relacionada con un miembro de las fuerzas armadas para el que ha asumido las obligaciones de un padre/madre. No es necesaria una relación legal ni biológica.

PARTE A: ESTADO DE SERVICIO ACTIVO CUBIERTO

El servicio activo cubierto o llamado al servicio activo cubierto en el caso de un miembro de las Fuerzas Armadas Regulares significa el servicio durante el despliegue del miembro con las Fuerzas Armadas en un país extranjero. El servicio activo cubierto o llamado al servicio activo cubierto en el caso de un miembro de la Reserva significa el servicio durante el despliegue del miembro con las Fuerzas Armadas en un país extranjero por una llamada u orden federal al servicio activo en apoyo de una operación de contingencia de acuerdo con: la Sección 688 del Título 10 del Código de Estados Unidos; la Sección 12301(a) del Título 10 del Código de Estados Unidos; la Sección 12302 del Título 10 del Código de Estados Unidos; la Sección 12304 del Título 10 del Código de Estados Unidos; la Sección 12305 del Título 10 del Código de Estados Unidos; la Sección 12406 del Título 10 del Código de Estados Unidos; el capítulo 15 del Título 10 del Código de Estados Unidos; o, cualquier otra disposición de la ley durante una guerra o durante una emergencia nacional declarada por el presidente o el congreso siempre que sea en apoyo de una operación de contingencia. 10 U.S.C. § 101(a)(13)(B).

Un empleador puede exigir que el empleado entregue una copia de las órdenes de servicio activo del miembro de las fuerzas armadas u otra documentación emitida por las fuerzas armadas que indique que este está en servicio activo cubierto o llamado al estado de servicio activo cubierto, y las fechas de su servicio activo cubierto. **Esta información solo se debe entregar al empleador una vez, a menos que se necesite una licencia adicional para un miembro de las fuerzas armadas diferente o un despliegue diferente.**

- (3) Indique las fechas del servicio activo cubierto del miembro de las fuerzas armadas: _____
- (4) Marque una de las siguientes opciones y adjunte el documento escrito indicado para demostrar que el miembro de las fuerzas armadas está en servicio activo cubierto o se lo ha llamado al estado de servicio activo cubierto:
- ☐ Una copia de las órdenes de servicio activo cubierto del miembro de las fuerzas armadas.
 - ☐ Otra documentación del ejército que indique que el miembro de las fuerzas armadas está en servicio activo cubierto o se le ha avisado de un llamado inminente para servicio activo cubierto, como correspondencia militar oficial de la cadena de mando del miembro de las fuerzas armadas.
 - ☐ He entregado con anterioridad a mi empleador documentación escrita suficiente que confirma el servicio activo cubierto del miembro de las fuerzas armadas o el llamado al estado de servicio activo cubierto.

PARTE B: HECHOS PERTINENTES

Conforme a la FMLA, se puede tomar una licencia por una serie de exigencias calificadas. 29 C.F.R. § 825.126(b). El certificado completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por una exigencia calificada incluye documentación escrita disponible que apoye la necesidad de la licencia, como una copia del anuncio de una reunión para sesiones informativas organizadas por las fuerzas armadas, un documento que confirme la licencia de descanso y recuperación del miembro de las fuerzas armadas, u otra documentación emitida por el ejército que indique que al miembro de las fuerzas armadas se le ha concedido la licencia de descanso y recuperación, o un documento que confirme una cita con un tercero (*por ejemplo*, un consejero o funcionario de la escuela, o personal de un centro de atención, una copia de una factura de servicios para el manejo de asuntos legales o financieros). Presente los hechos adecuados relacionados con la exigencia particular calificada para apoyar la solicitud de licencia de la FMLA, incluyendo información sobre el tipo de exigencia calificada y cualquier documentación escrita disponible del evento de exigencia.

Nombre del empleado: _____

- (5) Seleccione la **categoría de exigencia calificada** adecuada y, si es necesario, dé información adicional relacionada con el evento:

- ☐ Despliegue con poca anticipación (*es decir*, despliegue en un plazo de siete días o menos desde el aviso)
- ☐ Eventos militares y actividades relacionadas (*por ejemplo*, ceremonias o eventos oficiales, o programas de apoyo y asistencia familiar): _____
- ☐ Actividades relacionadas con el cuidado infantil para el hijo del miembro de las fuerzas armadas (*por ejemplo*, buscar alternativas para cuidado infantil): _____
- ☐ Atención del padre/madre del miembro de las fuerzas armadas (*por ejemplo*, ingresar o trasladar al padre/madre a un nuevo centro de atención): _____
- ☐ Arreglos económicos y legales relacionados con el despliegue (*por ejemplo*, obtener tarjetas de identificación militar)
- ☐ Asesoramiento relacionado con el despliegue (*es decir*, asesoramiento por parte de alguien que no sea un proveedor de atención médica)
- ☐ Licencia de descanso y recuperación (R&R) temporal a corto plazo para el miembro de las fuerzas armadas (la licencia por este motivo se limita a 15 días calendario por cada caso de R&R)
- ☐ Actividades después del despliegue (*por ejemplo*, ceremonias de llegada o sesiones informativas y eventos de reintegración): _____
- ☐ Cualquier otro evento que el empleado y el empleador consideren una exigencia calificada: _____

- (6) La **documentación escrita disponible** que respalda esta solicitud de licencia (☐ se adjunta/☐ no se adjunta/☐ no está disponible).

PARTE C: CANTIDAD DE LICENCIA NECESARIA

Presente información sobre la cantidad de licencia que necesitará. Varias preguntas de esta sección piden una respuesta sobre la frecuencia o duración de la licencia por exigencia calificada que se necesita. Sea tan específico como pueda; términos como “desconocido” o “indeterminado” puede que no sean suficientes para determinar la cobertura de la FMLA.

- (7) Indique la fecha aproximada en que empezó o empezará la exigencia: _____ (dd/mm/aaaa)

- (8) Indique su mejor aproximación de cuánto tiempo duró o durará la exigencia:

Del _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa)

- (9) Por una exigencia calificada, necesito trabajar en un **horario reducido**. Indique su **mejor aproximación** del horario reducido en el que puede trabajar:

Del _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa)

Puedo trabajar _____

(*por ejemplo*, 5 horas al día, hasta 25 horas a la semana)

Nombre del empleado: _____

- (10) Por una exigencia calificada, necesitaré ausentarme del trabajo por un **período de tiempo continuo**. Indique su **mejor aproximación** de las fechas de inicio y finalización del período de ausencia:

Del _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa)

- (11) Por una exigencia calificada, necesitaré ausentarme del trabajo de **forma intermitente** (periódica).

Indique su **mejor aproximación** de la frecuencia (con qué frecuencia) y duración (cuánto tiempo) de cada cita, reunión o evento de licencia, incluyendo el tiempo de desplazamiento.

Durante los próximos 6 meses, se estima que ocurrirán ausencias de **forma intermitente**: _____ veces por
(☐ día/☐ semana/☐ mes) y es probable que dure aproximadamente _____ (☐ horas/ ☐ días) por episodio.

- (12) Mi licencia es por una exigencia calificada que implica una **licencia de descanso y recuperación (R&R)** del miembro de las fuerzas armadas (la licencia por este motivo se limita a 15 días calendario por cada caso de licencia de R&R).

Indique las fechas de la licencia de R&R del miembro de las fuerzas armadas:

Del _____ (dd/mm/aaaa) al _____ (dd/mm/aaaa)

PARTE D: INFORMACIÓN DE TERCEROS

Si corresponde, presente abajo información que su empleador pueda usar para verificar reuniones o citas con un tercero relacionadas con la exigencia calificada. Algunos ejemplos de reuniones con terceros son: buscar cuidado infantil o de los padres, asistir a asesoramiento no médico, asistir a reuniones con la escuela, los proveedores de cuidado de los hijos o de los padres, hacer arreglos económicos o legales, actuar como representante del miembro de las fuerzas armadas ante una agencia federal, estatal o local con el fin de obtener, gestionar o solicitar beneficios del servicio militar, o para asistir a cualquier evento organizado por las fuerzas armadas o las organizaciones del servicio militar. Su empleador puede usar esta información para verificar que la información incluida en este formulario es correcta.

Persona (por ejemplo, nombre y cargo) o entidad/organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____ Correo electrónico: _____

Describa el objetivo de la reunión: _____

Firma del empleado _____ Fecha _____ (dd/mm/aaaa)

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA

Si se presenta, es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos calcula que a las personas encuestadas les llevará un promedio de 15 minutos completar esta recopilación de información, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, envíelo al administrador en Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C., Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. DEVUELVA EL FORMULARIO AL EMPLEADOR.

Military Caregiver Leave of a Current Servicemember, Form WH-385 (English)

Certification for Serious Injury or Illness of a Current Servicemember for Military Caregiver Leave under the Family and Medical Leave Act

U.S. Department of Labor
Wage Hour Division



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

OMB Control Number: 1235-0003
Expires: 6/30/2026

The Family and Medical Leave Act (FMLA) provides that eligible employees may take FMLA leave to care for a covered servicemember with a serious illness or injury. The FMLA allows an employer to require an employee seeking FMLA leave for this purpose to submit a medical certification. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). The employer must give the employee **at least 15 calendar days** to provide the certification. If the employee fails to provide complete and sufficient 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](http://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, it asks the health care provider for the information necessary for a complete and sufficient medical certification. **You may not ask the employee to provide more information than allowed under the FMLA regulations, 29 C.F.R. § 825.310. Recertifications are not allowed for FMLA leave to care for a covered servicemember. Where medical certification is requested by an employer, an employee may not be held liable for administrative delays in the issuance of military documents, despite the employee's diligent, good-faith efforts to obtain such documents.** An employer requiring an employee to submit a certification for leave to care for a covered servicemember **must** accept as sufficient certification invitational travel orders (ITOs) or invitational travel authorizations (ITAs) issued to any family member to join an injured or ill servicemember at the servicemember's bedside. An ITO or ITA is sufficient certification for the duration of time specified in the ITO or ITA.

Employers must generally maintain records and documents relating to medical information, medical certifications, recertifications, or medical histories of employees or employees' family members 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: Date: (mm/dd/yyyy)
(List date certification requested)
- (3) This 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.)

SECTION II - EMPLOYEE and/or CURRENT SERVICEMEMBER

Please complete all Parts of Section II before having the servicemember's health care provider complete Section III. The FMLA allows an employer to require that an employee submit a timely, complete, and sufficient certification to support a request for FMLA leave due to a serious injury or illness of a covered servicemember. If requested by your employer, your response is required to obtain or retain the benefit of FMLA-protected leave.

PART A: EMPLOYEE INFORMATION

- (1) Name of the current servicemember for whom employee is requesting leave:

Employee Name: _____

(2) Select your relationship to the current servicemember. You are the current servicemember's:

☐ Spouse

☐ Parent

☐ Child

☐ Next of Kin

Spouse means a husband or wife as defined or recognized in the state where the individual was married, including a common law marriage or same-sex marriage. The terms "child" and "parent" include *in loco parentis* relationships in which a person assumes the obligations of a parent to a child. An employee may take FMLA leave to care for a covered servicemember who assumed the obligations of a parent to the employee when the employee was a child. An employee may also take FMLA leave to care for a covered servicemember for whom the employee has assumed the obligations of a parent. No biological or legal relationship is necessary. "Next of kin" is the servicemember's nearest blood relative, other than the spouse, parent, son, or daughter, in the following order of priority: (1) a blood relative as designated in writing by the servicemember for purposes of FMLA leave, (2) blood relatives granted legal custody of the servicemember, (3) brothers and sisters, (4) grandparents, (5) aunts and uncles, and (6) first cousins.

PART B: SERVICEMEMBER INFORMATION AND CARE TO BE PROVIDED TO THE SERVICEMEMBER

(3) The servicemember (☐ is / ☐ is not) a current member of the Regular Armed Forces, the National Guard or Reserves. If yes, provide the servicemember's military branch, rank and unit currently assigned to: _____

(4) The servicemember (☐ is / ☐ is not) assigned to a military medical treatment facility as an outpatient or to a unit established for the purpose of providing command and control of members of the Armed Forces receiving medical care as outpatients, such as a medical hold or warrior transition unit. If yes, provide the name of the medical treatment facility or unit: _____

(5) The servicemember (☐ is / ☐ is not) on the Temporary Disability Retired List (TDRL).

(6) Briefly describe the care you will provide to the servicemember: (Check all that apply)

☐ Assistance with basic medical, hygienic, nutritional, or safety needs

☐ Psychological Comfort

☐ Physical Care

☐ Transportation

☐ Other: _____

(7) Give your **best estimate** of the amount of leave needed to provide the care described: _____

(8) If a reduced work schedule is necessary to provide the care described, give your **best estimate** of the reduced work schedule you are able to work. From _____ (mm/dd/yyyy) to _____ (mm/dd/yyyy). I am

able to work: _____ (hours per day) _____ (days per week).

SECTION III - HEALTH CARE PROVIDER

Please provide your contact information, complete all Parts of this Section fully and completely, and sign the form below. The employee listed at Section I has requested leave under the FMLA to care for a family member who is a current member of the Regular Armed Forces, the National Guard, or the Reserves who is undergoing medical treatment, recuperation, or therapy, is otherwise in outpatient status, or is otherwise on the temporary disability retired list for a serious injury or illness. Note: For purposes of FMLA leave, a serious injury or illness is one that was incurred in the line of duty on active duty in the Armed Forces or that existed before the beginning of the member's active duty and was aggravated by service in the line of duty on active duty in the Armed Forces that may render the servicemember medically unfit to perform the duties of the servicemember's office, grade, rank, or rating. "Need for care" includes both physical and psychological care. It includes situations where, for example, due to his or her serious injury or illness, the servicemember is not able to care for his or her own basic medical, hygienic, or nutritional needs or safety, or needs transportation to the doctor. It also includes providing psychological comfort and reassurance which would be beneficial to the servicemember who is receiving inpatient or home

Employee Name: _____

care. A complete and sufficient certification to support a request for FMLA leave due to a current servicemember's serious injury or illness includes written documentation confirming that the servicemember's injury or illness was incurred in the line of duty on active duty or if not, that the current servicemember's injury or illness existed before the beginning of the servicemember's active duty and was aggravated by service in the line of duty on active duty in the Armed Forces, and that the current servicemember is undergoing treatment for such injury or illness by a health care provider listed above.

PART A: HEALTH CARE PROVIDER INFORMATION

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

Health Care Provider's business address: _____

Type of practice/Medical specialty: _____

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

Please select the type of FMLA health care provider you are:

- ☐ DOD health care provider
- ☐ VA health care provider
- ☐ DOD TRICARE network authorized private health care provider
- ☐ DOD non-network TRICARE authorized private health care provider
- ☐ Health care provider as defined in 29 C.F.R. § 825.125

PART B: MEDICAL INFORMATION

Please provide appropriate medical information of the patient as requested below. Limit your responses to the servicemember's condition for which the employee is seeking leave. If you are unable to make some of the military-related determinations contained below, you are permitted to rely upon determinations from an authorized DOD representative, such as a DOD recovery care coordinator. Do not provide information about genetic tests, as defined in 29 C.F.R. § 1635.3(f), or genetic services, as defined in 29 C.F.R. § 1635.3(e).

- (1) Patient's Name: _____
- (2) List the approximate date condition started or will start: _____ (mm/dd/yyyy)
- (3) Provide your **best estimate** of how long the condition will last: _____
- (4) The servicemember's injury or illness: *(Select as appropriate)*
 - ☐ Was incurred in the line of duty on active duty.
 - ☐ Existed before the beginning of the servicemember's active duty and was aggravated by service in the line of duty on active duty.
 - ☐ None of the above.
- (5) The servicemember (☐ is / ☐ is not) undergoing medical treatment, recuperation, or therapy for this condition. If yes, briefly describe the medical treatment, recuperation or therapy: _____

Employee Name: _____

(6) The current servicemember's medical condition is classified as: *(Select as appropriate)*

- ☐ **(VSI) Very Seriously Ill/Injured** Illness/Injury is of such a severity that life is imminently endangered. Family members are requested at bedside immediately. *Please note this is an internal DOD casualty assistance designation used by DOD healthcare providers.*
- ☐ **(SI) Seriously Ill/Injured** Illness/injury is of such severity that there is cause for immediate concern, but there is no imminent danger to life. Family members are requested at bedside. *Please note this is an internal DOD casualty assistance designation used by DOD healthcare providers.*
- ☐ **OTHER Ill/Injured** A serious injury or illness that may render the servicemember medically unfit to perform the duties of the member's office, grade, rank, or rating.
- ☐ **NONE OF THE ABOVE.** *Note to Employee: If this box is checked, you may still be eligible to take leave to care for a covered family member with a "serious health condition" under 29 C.F.R. § 825.113 of the FMLA. If such leave is requested, you may be required to complete DOL FORM WH-380-F or an employer-provided form seeking the same information.*

PART C: AMOUNT OF LEAVE NEEDED

For the medical condition checked in Part B, complete all that apply. Some 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.

- (7) Due to the condition, the servicemember will need care for a **continuous period of time**, including any time for treatment and recovery. Provide your **best estimate** of the beginning date _____ (mm/dd/yyyy) and end date _____ (mm/dd/yyyy) for this period of time.
- (8) Due to the condition, it is medically necessary for the servicemember to attend **planned medical treatment** appointments (scheduled medical visits). Provide your **best estimate** of the duration of the treatment(s), including any period(s) of recovery _____ (e.g. 3 days/week)
- (9) Due to the condition, it is medically necessary for the servicemember to receive care on an **intermittent basis** (periodically), such as the care needed because of episodic flare-ups of the condition or assisting with the servicemember's recovery. Provide your **best estimate** of how often (frequency) and how long (the duration) the intermittent episodes will likely last.

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

Signature of
Health Care Provider _____

Date _____ (mm/dd/yyyy)

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE AND PUBLIC BURDEN STATEMENT

If submitted, it is mandatory for employers to retain a copy of this disclosure in their records for three years, in accordance with 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Persons are not required to respond to this collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The Department of Labor estimates that it will take an average of 15 minutes for respondents to complete this collection of information, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. If you have any comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection information, including suggestions for reducing this burden, send them to the Administrator, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

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

Military Caregiver Leave of a Current Servicemember, Form WH-385 (Spanish)

Certificado de lesión o enfermedad grave de un miembro actual del servicio para la licencia de cuidador militar conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

**El Departamento de Trabajo
de los Estados Unidos
División de Horas y Salarios**



NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS. DEVOLVER AL PACIENTE.

Número de control de la OMB: 1235-0003
Vence: 6/30/2026

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) establece que los empleados elegibles pueden tomar una licencia de la FMLA para cuidar a un miembro del servicio cubierto protegido con una enfermedad o lesión grave. La FMLA permite que un empleador exija a un empleado que solicita una licencia de la FMLA para este propósito que presente un certificado médico. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). El empleador debe darle al empleado **al menos 15 días calendario** para entregar el certificado. Si el empleado no entrega un certificado completo y suficiente, es posible que se le niegue su solicitud de licencia de la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313. Puede encontrar información sobre la FMLA [en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla).

SECCIÓN I: EMPLEADOR

Tanto el empleado como el empleador pueden completar la Sección I. Aunque el uso de este formulario es opcional, en este se pide al proveedor de atención médica la información necesaria para obtener un certificado médico completo y suficiente. **No puede pedir al empleado que dé más información de la permitida por las reglamentaciones de la FMLA, 29 C.F.R. § 825.310. No se permiten recertificaciones para la licencia de la FMLA para cuidar a un miembro del servicio cubierto. Cuando un empleador solicita un certificado médico, no se puede responsabilizar a un empleado por retrasos administrativos en la emisión de documentos militares, a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado para obtener dichos documentos.** Un empleador que exige a un empleado que presente un certificado para obtener una licencia para atender a un miembro del servicio cubierto **debe** aceptar como certificado suficiente las órdenes de viaje por invitación (ITO) o las autorizaciones de viaje por invitación (ITA) emitidas a cualquier familiar para que se reúna con un militar herido o enfermo en el lugar donde este se encuentre. Una ITO o ITA es un certificado suficiente por el período de tiempo especificado en la ITO o ITA.

Por lo general, los empleadores deben guardar los registros y documentos relacionados con información médica, certificados médicos, recertificaciones o historiales médicos de los empleados o de sus familiares creados para fines de la FMLA como registros médicos confidenciales en archivos/registros separados de los archivos personales habituales y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, y de conformidad con 29 C.F.R. § 1635.9, si se aplica la Ley de No Discriminación por Información Genética.

- (1) Nombre del empleado: _____
Nombre Segundo nombre Apellido
- (2) Nombre del empleador: _____ Fecha: _____ (mm/dd/aaaa)
(Indique la fecha de solicitud del certificado)
- (3) Este certificado se debe devolver antes del: _____ (mm/dd/aaaa)
(Debe dejar pasar al menos 15 días calendario a partir de la fecha solicitada, a menos que no sea posible a pesar de los esfuerzos diligentes y de buena fe del empleado).

SECCIÓN II: EMPLEADO o MIEMBRO ACTUAL DEL SERVICIO

Complete todas las partes de la Sección II antes de que el proveedor de atención médica del miembro del servicio complete la Sección III. La FMLA permite que un empleador exija que un empleado presente un certificado oportuno, completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio cubierto. Si su empleador lo solicita, su respuesta es necesaria para obtener o conservar el beneficio de la licencia con protección de la FMLA.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

- (1) Nombre del miembro actual del servicio para quien el empleado solicita la licencia: _____

Nombre del empleado: _____

(2) Seleccione su relación con el miembro actual del servicio. El miembro actual del servicio es su:

☐ Cónyuge

☐ Padre/madre

☐ Hijo

☐ Familiar más cercano

Por "cónyuge" se entiende el esposo o la esposa tal como se define o reconoce en el estado en el que la persona se casó, incluyendo un matrimonio de hecho o un matrimonio entre personas del mismo sexo. Los términos "hijo" y "padre/madre" incluyen relaciones de padre y madre en las que una persona asume las obligaciones de un padre/madre con un menor. Un empleado puede tomar una licencia de la FMLA para atender a un miembro del servicio cubierto que asumió las obligaciones de padre/madre con el empleado cuando este era un niño. Un empleado también puede tomar una licencia de la FMLA para atender a un miembro del servicio cubierto por el que ha asumido las obligaciones de un padre/madre. No es necesaria una relación legal ni biológica. "Familiar más cercano" es el familiar consanguíneo más cercano del miembro del servicio, que no sea el cónyuge, padre o madre, hijo o hija, en el siguiente orden de prioridad: (1) un familiar consanguíneo designado por escrito por el miembro del servicio para fines de la licencia de la FMLA, (2) familiares consanguíneos a quienes se les concedió la custodia legal del miembro del servicio, (3) hermanos y hermanas, (4) abuelos, (5) tíos y tías, y (6) primos hermanos.

PARTE B: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL SERVICIO Y ATENCIÓN QUE SE LE DARÁ

(3) El miembro del servicio (☐ es / ☐ no es) un miembro actual de las Fuerzas Armadas Regulares, la Guardia Nacional o Reservas. Si la respuesta es sí, indique la rama militar, el rango y la unidad a la que está asignado en este momento: _____

(4) El miembro del servicio (☐ está / ☐ no está) asignado a un centro de tratamiento médico militar como paciente ambulatorio o a una unidad establecida con el fin de ofrecer orden y control a los miembros de las Fuerzas Armadas que reciben atención médica como pacientes ambulatorios, como una unidad de hospitalización médica o de transición de guerra. Si la respuesta es sí, indique el nombre del centro o unidad de tratamiento médico: _____

(5) El miembro del servicio (☐ está / ☐ no está) en la Lista de Retirados por Incapacidad Temporal (TDRL).

(6) Describa de forma breve la atención que prestará al miembro del servicio: *(Marque todas las que correspondan)*

☐ Ayuda con necesidades médicas, higiénicas, nutricionales o de seguridad básicas

☐ Bienestar psicológico

☐ Cuidado físico

☐ Transporte

☐ Otro: _____

(7) Indique su **mejor aproximación** de la cantidad de días de licencia necesarios para prestar la atención descrita: _____

(8) Si es necesario un horario de trabajo reducido para prestar la atención descrita, indique su **mejor aproximación** del horario de trabajo reducido en el que puede trabajar. Del _____ (mm/dd/aaaa) al _____ (mm/dd/aaaa),
puedo trabajar: _____ (horas al día) _____ (días a la semana).

SECCIÓN III: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Indique su información de contacto, llene todas las partes de esta Sección en su totalidad y firme el siguiente formulario. El empleado que aparece en la Sección I ha solicitado una licencia conforme a la FMLA para atender a un familiar que es miembro actual de las Fuerzas Armadas Regulares, la Guardia Nacional o Reservas que está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia, está en estado de paciente ambulatorio o está en la lista de retirados por incapacidad temporal por una lesión o enfermedad grave. Nota: Para fines de la licencia de la FMLA, una lesión o enfermedad grave es aquella que ocurrió en el cumplimiento del deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas o que existía antes del inicio del servicio activo del miembro y se agravó por el servicio durante el cumplimiento del deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas que pudo incapacitar médicamente al miembro del servicio para desempeñar las funciones del cargo, grado, rango o clasificación del miembro del servicio. La "necesidad de atención" incluye tanto la atención física como la psicológica. Incluye situaciones en las que, por ejemplo, por su lesión o enfermedad grave, el miembro del

Nombre del empleado: _____

servicio no puede ocuparse de sus propias necesidades médicas, higiénicas, de nutrición o seguridad básicas, o necesita que lo lleven al médico. También incluye dar apoyo y consuelo psicológico, lo que sería beneficioso para el miembro del servicio que recibe atención en el hospital o en casa. Un certificado completo y suficiente para respaldar una solicitud de licencia de la FMLA por una lesión o enfermedad grave de un miembro actual del servicio incluye documentación escrita que confirme que la lesión o enfermedad del miembro del servicio ocurrió en el cumplimiento del deber durante el servicio activo o, si no, que la lesión o enfermedad del miembro actual del servicio existía antes del inicio del servicio activo del miembro del servicio y se agravó por el servicio en el cumplimiento del deber durante el servicio activo en las Fuerzas Armadas, y que el miembro actual del servicio está recibiendo tratamiento para dicha lesión o enfermedad por un proveedor de atención médica mencionado arriba.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del proveedor de atención médica: *(letra de molde)* _____

Dirección comercial del proveedor de atención médica: _____

Tipo de consultorio/especialidad médica: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____ Correo electrónico: _____

Seleccione el tipo de proveedor de atención médica de la FMLA que es:

- ☐ Proveedor de atención médica del DOD
- ☐ Proveedor de atención médica de VA
- ☐ Proveedor de atención médica privado autorizado de la red TRICARE del DOD
- ☐ Proveedor de atención médica privado autorizado por TRICARE fuera de la red del DOD
- ☐ Proveedor de atención médica según se define en 29 C.F.R. § 825.125

PARTE B: INFORMACIÓN MÉDICA

Presente la información médica adecuada del paciente que se solicita abajo. Limite sus respuestas a la condición del miembro del servicio por la que el empleado solicita la licencia. Si no puede hacer algunas determinaciones relacionadas con las fuerzas armadas incluidas abajo, se le permite confiar en las determinaciones de un representante autorizado del DOD, como un Coordinador de atención de recuperación del DOD. No presente información sobre pruebas genéticas, como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), o servicios de genética, como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e).

(1) Nombre del paciente: _____

(2) Indique la fecha aproximada en que empezó o empezará la condición: _____ (mm/dd/aaaa)

(3) Indique su **mejor aproximación** de cuánto tiempo durará la condición: _____

(4) La lesión o enfermedad del miembro del servicio: *(Seleccione según corresponda)*

- ☐ Ocurrió en el cumplimiento del deber en servicio activo.
- ☐ Existía antes del inicio del servicio activo del miembro del servicio y se agravó por el servicio en el cumplimiento del deber en servicio activo.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

(5) El miembro del servicio (☐ recibe/☐ no recibe) tratamiento médico, recuperación ni terapia para esta condición. Si la respuesta es sí, describa de forma breve el tratamiento médico, la recuperación o terapia: _____

Nombre del empleado: _____

(6) La condición médica del miembro actual del servicio se clasifica como: *(Seleccione según corresponda)*

- ☐ **(VSI) Muy gravemente enfermo/herido.** La enfermedad/lesión es de tal gravedad que la vida está en peligro inminente. Se solicita la presencia inmediata de los familiares en el lugar donde este se encuentre. *Tenga en cuenta que esta es una designación interna de asistencia a víctimas del DOD que usan los proveedores de atención médica del DOD.*
- ☐ **(SI) Gravemente enfermo/herido.** La enfermedad/lesión es de tal gravedad que es motivo de preocupación inmediata, pero no hay peligro inminente para la vida. Se solicita la presencia de los familiares en el lugar donde este se encuentre. *Tenga en cuenta que esta es una designación interna de asistencia a víctimas del DOD que usan los proveedores de atención médica del DOD.*
- ☐ **OTRO tipo de enfermo/herido.** Una lesión o enfermedad grave que puede incapacitar médicamente al miembro del servicio para desempeñar las funciones de su cargo, grado, rango o calificación.
- ☐ **NINGUNA DE LAS ANTERIORES.** *Nota para el empleado: Si se marca esta casilla, es posible que aún sea elegible para tomar una licencia para cuidar a un familiar protegido con una "condición de salud grave" según 29 C.F.R. § 825.113 de la FMLA. Si solicita dicha licencia, es posible que deba completar el formulario WH-380-F del DOL o un formulario enviado por el empleador en el que se solicita la misma información.*

PARTE C: CANTIDAD DE LICENCIA NECESARIA

Para la condición médica marcada en la Parte B, complete todo lo que corresponda. Algunas preguntas piden una respuesta sobre la frecuencia o duración de una condición, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su **mejor aproximación** basada en sus conocimientos médicos, experiencia y examen del paciente. Sea tan específico como pueda; términos como "de por vida", "desconocido" o "indeterminado" puede que no sean suficientes para determinar la cobertura de la FMLA.

- (7) Por la condición que padece, el miembro del servicio necesitará atención durante un **período de tiempo continuo**, incluyendo el tiempo necesario para el tratamiento y la recuperación. Indique su **mejor aproximación** de la fecha de inicio _____ (mm/dd/aaaa) y la fecha de finalización _____ (mm/dd/aaaa) para este período de tiempo.
- (8) Por la condición, es médicamente necesario que el miembro del servicio vaya a las citas de **tratamiento médico planificadas** (visitas médicas programadas). Indique su **mejor aproximación** de la duración de los tratamientos, incluyendo cualquier período de recuperación _____ (por ejemplo, 3 días a la semana).
- (9) Por la condición, es médicamente necesario que el miembro del servicio reciba atención de **forma intermitente** (periódica), como la atención necesaria por brotes episódicos de la condición o para ayudar con la recuperación del miembro del servicio. Indique su **mejor aproximación** de la frecuencia y duración de los episodios intermitentes.

Durante los próximos 6 meses, se calcula que la atención intermitente se prestará _____ veces por
(☐ día/☐ semana/☐ mes) y es probable que dure aproximadamente _____ (☐ horas/☐ días) por episodio.

Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha _____ (mm/dd/aaaa)

AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA

Si se envía, es obligatorio que los empleadores guarden una copia de esta revelación en sus registros durante tres años, conforme a 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos calcula que a las personas encuestadas les llevará un promedio de 15 minutos completar esta recopilación de información, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre este cálculo de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, envíelo al administrador en Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C., Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

**NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS.
DEVOLVERLO AL PACIENTE.**

Designation Notice (English)

Designation Notice under the Family and Medical Leave Act

U.S. Department of Labor
Wage and Hour Division



DO NOT SEND TO THE DEPARTMENT OF LABOR.
PROVIDE TO EMPLOYEE.

OMB Control Number: 1235-0003
Expires: 6/30/2026

Leave covered under the Family and Medical Leave Act (FMLA) must be designated as FMLA-protected and the employer must inform the employee of the amount of leave that will be counted against the employee's FMLA leave entitlement. In order to determine whether leave is covered under the FMLA, the employer may request that the leave be supported by a certification. If the certification is incomplete or insufficient, the employer must state in writing what additional information is necessary to make the certification complete and sufficient. While use of this form is optional, a fully completed Form WH-382 provides employees with the information required by 29 C.F.R. §§ 825.300(d), 825.301, and 825.305(c), which must be provided within five business days of the employer having enough information to determine whether the leave is for an FMLA-qualifying reason. Information Close the FMLA may be found [on the WHD website at \[www.dol.gov/agencies/whd/fmla\]\(https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla\)](https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla).

SECTION I - EMPLOYER

The employer is responsible in all circumstances for designating leave as FMLA-qualifying and giving notice to the employee. Once an eligible employee communicates a need to take leave for an FMLA-qualifying reason, an employer may not delay designating such leave as FMLA leave, and neither the employee nor the employer may decline FMLA protection for that leave.

Date: (mm/dd/yyyy)

From: (Employer) To: (Employee)

On (mm/dd/yyyy) we received your most recent information to support your need for leave due to:
(Select as appropriate)

- ☐ The birth of a child, or placement of a child with you for adoption or foster care, and to bond with the newborn or newly-placed child
- ☐ Your own serious health condition
- ☐ The serious health condition of your spouse, child, or parent
- ☐ A qualifying exigency arising out of the fact that your spouse, child, or parent is on covered active duty or has been notified of an impending call or order to covered active duty with the Armed Forces
- ☐ A serious injury or illness of a covered servicemember where you are the servicemember's spouse, child, parent, or next of kin (Military Caregiver Leave)

We have reviewed information related to your need for leave under the FMLA along with any supporting documentation provided and decided that your FMLA leave request is: (Select as appropriate)

- ☐ **Approved.** All leave taken for this reason will be designated as FMLA leave. Go to Section III for more information.
- ☐ **Not Approved:** (Select as appropriate)
 - ☐ The FMLA does not apply to your leave request.
 - ☐ As of the date the leave is to start, you do not have any FMLA leave available to use.
 - ☐ Other
- ☐ **Additional information** is needed to determine if your leave request qualifies as FMLA leave. (Go to Section II for the specific information needed. If your FMLA leave request is approved and no additional information is needed, go to Section III.)

SECTION II - ADDITIONAL INFORMATION NEEDED

We need additional information to determine whether your leave request qualifies under the FMLA. Once we obtain the additional information requested, we will inform you within 5 business days if your leave will or will not be designated as FMLA leave and count towards the amount of FMLA leave you have available. Failure to provide the additional information as requested may result in a denial of your FMLA leave request.

If you have any questions, please contact: at
(Name of employer FMLA representative) (Contact information)

Incomplete or Insufficient Certification

The certification you have provided is incomplete and/or insufficient to determine whether the FMLA applies to your leave request. (Select as applicable)

- ☐ The certification provided is incomplete and we are unable to determine whether the FMLA applies to your leave request. "Incomplete" means one or more of the applicable entries on the certification have not been completed.

Employee Name: _____

- ☐ The certification provided is insufficient to determine whether the FMLA applies to your leave request. "Insufficient" means the information provided is vague, unclear, ambiguous or non-responsive.

Specify the information needed to make the certification complete and/or sufficient: _____

You must provide the requested information no later than (provide at least 7 calendar days) _____ (mm/dd/yyyy), unless it is not practicable under the particular circumstances despite your diligent good faith efforts, or your leave may be denied.

Second and Third Opinions

- ☐ We request that you obtain a (☐ second / ☐ third opinion) medical certification at our expense, and we will provide further details at a later time. *Note: The employee or the employee's family member may be requested to authorize the health care provider to release information pertaining only to the serious health condition at issue.*

SECTION III – FMLA LEAVE APPROVED

As explained in Section I, your FMLA leave request is approved. All leave taken for this reason will be designated as FMLA leave and will count against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period. The FMLA requires that you notify us as soon as practicable if the dates of scheduled leave change, are extended, or were initially unknown. Based on the information you have provided to date, we are providing the following information about the amount of time that will be counted against the total amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period: (Select as appropriate)

- ☐ Provided there is no change from your anticipated FMLA leave schedule, the following number of hours, days, or weeks will be counted against your leave entitlement: _____.
- ☐ Because the leave you will need will be **unscheduled**, it is not possible to provide the hours, days, or weeks that will be counted against your FMLA entitlement at this time. You have the right to request this information once in a 30-day period (if leave was taken in the 30-day period).

Please be advised: (check all that apply)

- ☐ Some or all of your FMLA leave will not be paid. Any unpaid FMLA leave taken will be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.
- ☐ Based on your request, some or all of your available paid leave (e.g., sick, vacation, PTO) will be used during your FMLA leave. Any paid leave taken for this reason will also be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.
- ☐ We are requiring you to use some or all of your available paid leave (e.g., sick, vacation, PTO) during your FMLA leave. Any paid leave taken for this reason will also be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.
- ☐ Other: _____
(e.g., Short- or long-term disability, workers' compensation, state medical leave law, etc.) Any time taken for this reason will also be designated as FMLA leave and counted against the amount of FMLA leave you have available to use in the applicable 12-month period.

Return-to-work requirements. To be restored to work after taking FMLA leave, you (☐ will be / ☐ will not be) required to provide a certification from your health care provider (fitness-for-duty certification) that you are able to resume work. This request for a fitness-for-duty certification is *only* with regard to the particular serious health condition that caused your need for FMLA leave. If such certification is not timely received, your return to work may be delayed until the certification is provided.

A list of the essential functions of your position (☐ is / ☐ is not) attached. If attached, the fitness-for-duty certification must address your ability to perform the essential job functions.

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE AND PUBLIC BURDEN STATEMENT

It is mandatory for employers to inform employees in writing whether leave requested under the FMLA has been determined to be covered under the FMLA. 29 U.S.C. § 2617; 29 C.F.R. § 825.300(d), (e). It is mandatory for employers to retain a copy of this disclosure in their records for three years. 29 U.S.C. § 2616; 29 C.F.R. § 825.500. Persons are not required to respond to this collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The Department of Labor estimates that it will take an average of 10 minutes for respondents to complete this collection of information, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. If you have any comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection information, including suggestions for reducing this burden, send them to the Administrator, Wage and Hour Division, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

DO NOT SEND THE COMPLETED FORM TO THE DEPARTMENT OF LABOR. EMPLOYEE INFORMATION.

Designation Notice (Spanish)

Aviso de designación
conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Departamento de Trabajo
de los Estados Unidos
División de Horas y Salarios



NO LO ENVÍE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS.
ENTREGAR AL EMPLEADO.

Número de control de la OMB: 1235-0003

Vence: 6/30/2026

La licencia cubierta por la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) debe designarse como protegida por la FMLA y el empleador debe informar al empleado de la cantidad de licencia que se le descontará de su derecho de licencia de la FMLA. Para determinar si la licencia está cubierta por la FMLA, el empleador puede solicitar que la licencia esté respaldada por un certificado. Si el certificado está incompleto o es insuficiente, el empleador debe indicar por escrito qué información adicional es necesaria para que el certificado esté completo y sea suficiente. Aunque el uso de este formulario es opcional, un formulario WH-382 debidamente completado ofrece a los empleados la información exigida por 29 C.F.R. §§ 825.300(d), 825.301 y 825.305(c), que se debe entregar dentro de los cinco días hábiles después de que el empleador tenga suficiente información para determinar si la licencia es por un motivo que califica según la FMLA. Puede encontrar información sobre la FMLA [en el sitio web de la WHD en www.dol.gov/agencies/whd/fmla](http://www.dol.gov/agencies/whd/fmla).

SECCIÓN I: EMPLEADOR

El empleador es responsable en todas las circunstancias de designar la licencia como calificada según la FMLA y de avisar al empleado. Una vez que un empleado elegible indica que necesita tomarse una licencia por un motivo que califica según la FMLA, el empleador no puede retrasar la designación de dicha licencia como licencia de la FMLA, y ni el empleado ni el empleador pueden rechazar la protección de la FMLA para esa licencia.

Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

De: _____ (empleador) Para: _____ (empleado)

El _____ (dd/mm/yyyy) recibimos su información más reciente para respaldar su necesidad de licencia por:
(Seleccione según corresponda)

- ☐ El nacimiento de un hijo, o que le den un niño en adopción o en acogida temporal, y para crear un vínculo con el recién nacido o el niño recién adoptado
- ☐ Su propia condición de salud grave
- ☐ La condición de salud grave de su cónyuge, hijo o padre/madre
- ☐ Una exigencia calificada que surge de que su cónyuge, hijo o padre/madre pertenece al servicio activo cubierto o se le ha avisado de un llamado u orden inminente para el servicio activo cubierto con las Fuerzas Armadas
- ☐ Una lesión o enfermedad grave de un miembro cubierto del servicio donde usted es el cónyuge, hijo, padre/madre o familiar más cercano del miembro del servicio (licencia para cuidador de un militar)

Revisamos la información relacionada con su necesidad de licencia conforme a la FMLA junto con toda la documentación de respaldo presentada y decidimos que su solicitud de licencia conforme a la FMLA está: (Seleccione según corresponda)

- ☐ Aprobada. Todas las licencias que se tomen por este motivo se designarán como licencias de la FMLA. Vaya a la Sección III para obtener más información.
- ☐ No aprobada: (Seleccione según corresponda)
 - ☐ La FMLA no aplica para su solicitud de licencia.
 - ☐ En el momento en que la licencia empiece, usted no tiene ninguna licencia de la FMLA disponible para usar.
 - ☐ Otro _____
- ☐ Se necesita información adicional para determinar si su solicitud de licencia califica como licencia de la FMLA. (Vaya a la Sección II para obtener la información específica necesaria. Si se aprueba su solicitud de licencia de la FMLA y no se necesita información adicional, pase a la Sección III).

SECCIÓN II: INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA

Necesitamos información adicional para determinar si su solicitud de licencia califica conforme a la FMLA. Una vez que obtengamos la información adicional solicitada, le avisaremos en un plazo de 5 días hábiles si su licencia se designará o no como licencia de la FMLA y si contará para la cantidad de licencia de la FMLA que tiene disponible. Si no presenta la información adicional solicitada, es posible que se niegue su solicitud de licencia de la FMLA.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: _____ al _____
(Nombre del empleador representante de la FMLA) (Información de contacto)

Nombre del empleado: _____

Certificado incompleto o insuficiente

El certificado que ha entregado está incompleto o es insuficiente para determinar si la FMLA aplica para su solicitud de licencia.
(Seleccione según corresponda)

- ☐ El certificado entregado está incompleto y no podemos determinar si la FMLA aplica para su solicitud de licencia. "Incompleto" significa que una o más de las entradas correspondientes en el certificado no se han completado.
- ☐ El certificado entregado es insuficiente para determinar si la FMLA aplica para su solicitud de licencia. "Insuficiente" significa que la información presentada es confusa, poco clara, ambigua o carece de respuesta.

Especifique la información necesaria para que el certificado esté completo o sea suficiente: _____

Debe presentar la información solicitada a más tardar el (preséntela al menos 7 días calendario) _____ (dd/mm/aaaa), a menos que no sea posible bajo circunstancias particulares a pesar de sus esfuerzos diligentes de buena fe, o se le puede negar su permiso.

Segunda y tercera opinión

- ☐ Le solicitamos que obtenga un certificado médico de (☐ segunda/☐ tercera opinión) a nuestro cargo, y le daremos mayores detalles más adelante. Nota: Es posible que se solicite al empleado o a un familiar suyo que autorice al proveedor de atención médica a revelar información relativa solo a la condición de salud grave en cuestión.

SECCIÓN III: LICENCIA DE LA FMLA APROBADA

Como se explica en la Sección I, su solicitud de licencia de la FMLA está aprobada. Todas las licencias que se tomen por este motivo se designarán como licencias de la FMLA y se descontarán de la cantidad de licencias de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses. La FMLA exige que nos avise lo antes posible si las fechas de la ausencia programada cambian, se extienden o se desconocen en un inicio. De acuerdo con la información que nos ha dado hasta la fecha, presentamos la siguiente información sobre la cantidad de tiempo que se descontará de la cantidad total de la licencia de la FMLA que tiene disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses: (Seleccione según corresponda)

- ☐ Siempre que no haya cambios en su calendario de licencia de la FMLA anticipado, el siguiente número de horas, días o semanas se descontará de su derecho a licencia: _____.
- ☐ Debido a que la licencia que necesitará será no programada, no es posible indicar las horas, días o semanas que se descontarán de su derecho a la FMLA en este momento. Tiene derecho a solicitar esta información una vez en un periodo de 30 días (si se tomó la licencia en el periodo de 30 días).

Tenga en cuenta: (marque todo lo que corresponda)

- ☐ No se pagará una parte o la totalidad de su licencia de la FMLA. Cualquier licencia de la FMLA no remunerada que se tome se designará como licencia de FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.
- ☐ De acuerdo con su solicitud, una parte o la totalidad de su licencia remunerada disponible (por ejemplo, enfermedad, vacaciones, PTO) se usará durante su licencia de la FMLA. Cualquier licencia remunerada que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.
- ☐ Le exigimos que use una parte o la totalidad de su licencia remunerada disponible (por ejemplo, enfermedad, vacaciones, PTO) durante su licencia de la FMLA. Cualquier licencia remunerada que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.
- ☐ Otra: _____
(por ejemplo, incapacidad a corto o largo plazo, compensación laboral, ley estatal de licencia médica, etc.) Cualquier tiempo que se tome por este motivo también se designará como licencia de la FMLA y se descontará de la cantidad de la licencia de la FMLA que tenga disponible para usar en el periodo aplicable de 12 meses.

Requisitos de reincorporación al trabajo. Para reincorporarse al trabajo después de una licencia de la FMLA, (☐ se le exigirá ☐ no se le exigirá) que entregue un certificado de su proveedor de atención médica (certificado de aptitud laboral) que confirme que puede reincorporarse al trabajo. Esta solicitud de certificado de aptitud laboral se refiere solo a la condición de salud grave en particular que causó su necesidad de tomar una licencia de la FMLA. Si dicho certificado no se recibe a tiempo, es posible que su reincorporación al trabajo se retrase hasta que se entregue el certificado.

(☐ Se adjunta/☐ no se adjunta) una lista de las funciones esenciales de su puesto. Si se adjunta, el certificado de aptitud laboral debe

Helpful links:

[The Employee's Guide to the Family and Medical Leave Act](#)

[Family and Medical Leave Act \(Wage and Hour Division website\)](#)

[Family and Medical Leave Act Forms online](#)

[Family and Medical Leave Act \(U.S Department of Labor Website\)](#)

[Family and Medical Leave Act \(U.S Office of Personnel Management Website\)](#)

[Family and Medical Leave Act \(Code of Federal Regulations\)](#)

[Family and Medical Leave Qualifying Exigency Leave](#)