

DISTRITO ESCOLAR 70 DEL CONDADO DE PUEBLO
SOLICITUD DE LICENCIA FMLA PARA EMPLEADOS

Nombre: _____ Fecha: _____

Lugar de trabajo: _____ Posición: _____

Solicito licencia de ausencia por el siguiente motivo (se requiere paquete FMLA):

Mi propio y grave estado de salud. (Máximo 12 semanas)

Mi propia discapacidad debido al embarazo, parto o condición médica relacionada.
(Máximo de 12 semanas)

Licencia de paternidad por el nacimiento de mi hijo o durante los 12 meses siguientes al nacimiento. (Máximo de 12 semanas)

Una condición de salud grave que afecta a mi: hijo_, cónyuge_ o padre __ y al que necesito brindar atención. (Máximo de 12 semanas)

La colocación de un niño conmigo para adopción o cuidado temporal. (Máximo de 12 semanas)

Una exigencia calificada relacionada con un llamado al servicio activo. (Máximo de 12 semanas)

La necesidad de cuidar a mi cónyuge, hijo, padre o pariente más cercano que sea un miembro del servicio en recuperación. (Máximo de 26 semanas)

Espero que esta licencia comience el _____ y termine el _____.

(Si ha proporcionado menos de 30 días de aviso, explique el motivo en el reverso de este formulario).

Entiendo que todas las licencias son sin goce de sueldo una vez agotado mi tiempo remunerado (anual o de vacaciones, según corresponda). También entiendo que se me podría exigir que presentara un certificado médico para respaldar mi solicitud de licencia, en cualquier momento durante la misma y al finalizarla para poder reincorporarme al trabajo. Certifico también que mi solicitud de ausencia es correcta, de conformidad con las disposiciones del Convenio Negociado de Condiciones de Empleo.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Condiciones: No podrá ejercer ningún otro empleo remunerado durante su licencia. Deberá notificar su intención de trabajar de acuerdo con el Convenio Negociado, que establece los términos y condiciones de empleo.

PUEBLO COUNTY SCHOOL DISTRICT 70

EMPLOYEE FMLA LEAVE REQUEST

Name: _____ Date: _____

Work Location: _____ Position: _____

I request leave of absence for the following reason (FMLA packet required):

My own serious health condition. (12 week maximum)

My own disability due to pregnancy, childbirth, or related medical condition. (12-week Maximum)

Paternity leave for the birth of y child or during the 12 months following birth. (12-week maximum)

A serious health condition affecting my: child_, spouse_, or parent __ for which I need to provide care for. (12-week maximum)

The placement of a child with me for adoption or foster care. (12-week maximum)

A qualifying exigency relating to a call to active duty. (12-week maximum)

The need to care for my spouse, child, parent, or next of kin who is a recovering service member. (26-week maximum)

I expect that this leave will begin on _____ and will end on _____.

(If you have provided less than 30 days' notice, please explain why on the reverse side of this form.)

I understand that all leaves of absence are without pay after my paid time (annual or vacation as appropriate) is depleted. I also understand that I may be required to provide medical certification to support my request for leave, at any time during my leave, and at the end of my leave for return to work purposes. I also certify that my request for absence is correct in accordance with the provisions of the Negotiated Agreement of documents covering terms and conditions of employment.

Signature of Employee: _____ Date: _____

Conditions: You shall not be otherwise gainfully employed while on leave. You shall give notice of intent to work in accordance with the Negotiated Agreement which covers the terms and conditions of

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: _____ 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: _____ La descripción del puesto se adjunta/ no se adjunta.

Horario de trabajo habitual 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.

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 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.

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.

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.

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 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.

(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.

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.

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 <ul style="list-style-type: none">• 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: <ul style="list-style-type: none">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.

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
<ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.

Sus derechos como empleado según la Ley de Licencia Médica y Familiar

¿Qué es una licencia de FMLA?

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que proporciona al personal elegible **licencias con protección del empleo** por razones familiares y médicas que califiquen. La División de Horas y Salarios (WHD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. hace cumplir la FMLA para la mayoría del personal.

El personal elegible puede tomarse licencias de FMLA de **hasta 12 semanas** de trabajo en un periodo de 12 meses por:

- El nacimiento, la adopción o la ubicación de hogar adoptivo de un niño o niña.
- Un problema grave de salud mental o físico que le impide trabajar.
- El cuidado de su cónyuge, hijos, hijas o padres con enfermedades mentales o físicas graves, y
- Ciertas razones que califican, relacionadas con la asignación de su cónyuge, hijo, hija, padre o madre en el servicio militar.

El personal que sea cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar cercano de una persona cubierta en el servicio militar con una lesión o enfermedad grave **puede tomarse una licencia de FMLA de hasta 26 semanas** de trabajo en un solo periodo de 12 meses para cuidar a la persona en servicio.

Puede que usted tenga derecho a usar la licencia de FMLA **en un bloque de tiempo**. Cuando haya una necesidad médica o se permita por otro motivo, puede tomar una licencia de FMLA **de forma intermitente en bloques separados, o con un horario reducido trabajando** menos horas al día o a la semana. Lea la hoja informativa #28M(c) para obtener más información.

La licencia de FMLA **no es una licencia paga**, pero usted puede elegir, o puede que su empresa le exija, utilizar cualquier licencia paga proporcionada por la empresa si la política de licencias de su empresa cubre el motivo por el cual necesita una licencia de FMLA.

¿Soy elegible para tomar una licencia de FMLA?

Usted es **elegible** si aplican **todas** las siguientes condiciones:

- Trabaja para una empresa cubierta, **y**
- Ha trabajado para su empresa durante al menos 12 meses, **y**
- Tiene al menos 1250 horas de servicio para su empresa durante los 12 meses previos a su licencia, **y**
- Su empresa tiene al menos 50 integrantes del personal dentro de las 75 millas desde su lugar de trabajo.

El personal de tripulación de vuelo tiene requisitos de "horas de servicio" diferentes.

Trabaja para una **empresa cubierta** si aplica **una** de las siguientes condiciones:

- Trabaja para una **empresa privada** que tiene al menos 50 integrantes del personal durante al menos 20 semanas laborales en el año actual o anterior, **o**
- Trabaja para una escuela primaria o secundaria pública o privada, **o**
- Trabaja para una **agencia pública**, como una agencia gubernamental local, estatal o federal. La mayoría del personal está cubierta por el Título II de la FMLA, administrada por la Oficina de Administración de Personal.



DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS EE. UU.
1-866-487-9243
dol.gov/agencias/whd/espanol

¿Cómo solicito una licencia de FMLA?

En general, **para solicitar una licencia de FMLA usted debe:**

- Seguir las políticas regulares de su empresa para solicitar licencias
- Avisar con al menos 30 días de anticipación que necesita una licencia de FMLA
- Si no es posible avisar con anticipación, avisar tan pronto sea posible

Usted **no tiene obligación de compartir un diagnóstico médico**, pero debe proporcionar información suficiente para que su empresa pueda determinar si la licencia califica para la protección de la FMLA. Usted **también debe informar a su empresa si se tomó una licencia de FMLA anteriormente** o se aprobó por el mismo motivo al solicitar una licencia adicional.

Su **empresa puede solicitar certificación** de un prestador de atención médica para verificar la licencia médica y puede solicitar certificación de una exigencia que califique.

La FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni invalida ninguna ley estatal o local o acuerdo colectivo que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

El personal estatal puede estar sujeto a ciertas limitaciones al buscar demandas directas con respecto a licencias por sus propias condiciones graves de salud. La mayor parte del personal federal y cierta parte del congresional también está cubierta por la ley, pero está sujeta a la jurisdicción de la Oficina de Administración de Personal de EE. UU. o al Congreso.

¿Qué debe hacer mi empresa?

Si usted es elegible para una licencia de FMLA, su empresa debe:

- Permitirle que se ausente del trabajo con su empleo protegido, por un motivo que califique, **y**
- Continuar su **plan de cobertura** grupal de salud mientras se encuentra de licencia, de la misma forma que si no estuviera de licencia, **y**
- Permitirle **regresar al mismo empleo**, o a un empleo virtualmente igual con el mismo salario, los mismos beneficios y otras condiciones de trabajo, incluidos los turnos y la ubicación, al finalizar su licencia

Su **empresa no puede interferir con sus derechos de la FMLA** ni amenazar ni castigarle por ejercer sus derechos en virtud de la ley. Por ejemplo, su empleador **no puede** tomar represalias contra usted por solicitar una licencia de FMLA o cooperar con una investigación de WHD.

Tras tomar conocimiento de que su necesidad de tomar una licencia es por un motivo que califica según la FMLA, su empresa debe confirmar si usted es elegible o no para la licencia de la FMLA. Si su empresa determina que usted es elegible, su empresa debe notificarle por escrito:

- Sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la FMLA, **y**
- Qué parte de su licencia solicitada, si la hubiera, será protegida por la FMLA

¿Dónde puedo encontrar más información?

Llame al 1-866-487-9243 o visite dol.gov/agencias/whd/fmla para conocer más.

Si cree que sus derechos según la FMLA han sido violados, puede presentar una denuncia ante la WHD o presentar una demanda privada contra su empresa en la corte. **Escanee el código QR para conocer más sobre el proceso de denuncias de la WHD.**



Your Employee Rights Under the Family and Medical Leave Act

What is FMLA leave?

The Family and Medical Leave Act (FMLA) is a federal law that provides eligible employees with **job-protected leave** for qualifying family and medical reasons. The U.S. Department of Labor's Wage and Hour Division (WHD) enforces the FMLA for most employees.

Eligible employees can take **up to 12 workweeks** of FMLA leave in a 12-month period for:

- The birth, adoption or foster placement of a child with you.
- Your serious mental or physical health condition that makes you **unable to work**.
- To care for your spouse, child or parent with a serious mental or physical health condition, and
- Certain qualifying reasons related to the foreign deployment of your spouse, child or parent who is a military servicemember.

An **eligible employee** who is the **spouse**, child, parent or next of kin of a covered servicemember with a serious injury or illness **may take up to 26 workweeks** of FMLA leave in a single 12-month period to care for the servicemember.

You have the right to use FMLA leave in **one block of time**. When it is medically necessary or otherwise permitted, you may take FMLA leave **intermittently in separate blocks of time, or on a reduced schedule** by working less hours each day or week. Read Fact Sheet #28M(c) for more information.

FMLA leave is **not paid leave**, but you may choose, or be required by your employer, to use any employer-provided paid leave if your employer's paid leave policy covers the reason for which you need FMLA leave.

Am I eligible to take FMLA leave?

You are an **eligible employee** if **all** of the following apply:

- You work for a covered employer.
- You have worked for your employer at least 12 months.
- You have at least 1,250 hours of service for your employer during the 12 months before your leave, and
- Your employer has at least 50 employees within 75 miles of your work location.

Airline flight crew employees have different "hours of service" requirements.

You work for a **covered employer** if **one** of the following applies:

- You work for a private employer that had at least 50 employees during at least 20 workweeks in the current or previous calendar year.
- You work for an elementary or public or private secondary school, or
- You work for a public agency, such as a local, state or federal government agency. Most federal employees are covered by Title II of the FMLA, administered by the Office of Personnel Management.

How do I request FMLA leave?

Generally, to request FMLA leave you **must**:

- Follow your employer's normal policies for requesting leave.
- Give notice at least 30 days before your need for FMLA leave, or
- If advance notice is not possible, give notice as soon as possible.

You do **not** have to share a medical diagnosis but must provide enough information to your employer so they can determine whether the leave qualifies for FMLA protection. You **must also inform your employer if FMLA leave was previously taken** or approved for the same reason when requesting additional leave.

Your employer **may request certification** from a health care provider to verify medical leave and may request certification of a qualifying exigency.

The FMLA does not affect any federal or state law prohibiting discrimination or supersede any state or local law or collective bargaining agreement that provides greater family or medical leave rights.

State employees may be subject to certain limitations in pursuit of direct lawsuits regarding leave for their own serious health conditions. Most federal and certain congressional employees are also covered by the law but are subject to the jurisdiction of the U.S. Office of Personnel Management or Congress.

What does my employer need to do?

If you are eligible for FMLA leave, your employer **must**:

- Allow you to take job-protected time off work for a qualifying reason.
- Continue your group health plan coverage while you are on leave on the same basis as if you had not taken leave, and
- Allow you to return to the same job, or a virtually identical job with the same pay, benefits and other working conditions including shift and location, at the end of your leave.

Your employer **cannot** interfere with your FMLA rights or threaten or punish you for exercising your rights under the law. For example, your employer cannot retaliate against you for requesting FMLA leave or cooperating with a WHD investigation.

After becoming aware that your need for leave is for a reason that may qualify under the FMLA, your employer **must confirm whether you are eligible or not eligible for FMLA leave**. If your employer determines that you are eligible, your employer **must notify you in writing**:

- About your FMLA rights and responsibilities, and
- How much of your requested leave, if any, will be FMLA-protected leave.

Where can I find more information?

Call 1-866-487-9243 or visit dol.gov/fmla to learn more.

If you believe your rights under the FMLA have been violated, you may file a complaint with WHD or file a private lawsuit against your employer in court. **Scan the QR code to learn about our WHD complaint process.**



WAGE AND HOUR DIVISION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR





Aviso del programa FAML I

Seguro de Licencia por Motivos Médicos y Familiares de Colorado (FAML I) Tiempo remunerado para los momentos que importan

Usted puede calificar para recibir una licencia remunerada de FAML I si obtuvo \$2,500 durante el año anterior y necesita:



Cuidar a un hijo nuevo por nacimiento, adopción o colocación en un hogar de crianza temporal.



Atender una afección de salud grave propia.



Cuidar a un familiar con una afección de salud grave.



Asistir a un familiar que se prepara para un despliegue militar.



Procurar seguridad o apoyo relacionados con violencia doméstica, acoso o agresión sexual.



Cuidar a un recién nacido internado en una unidad de cuidados intensivos neonatales o en un nivel de atención superior.

Qué paga usted

Para 2026, su empleador envía el 0.44 % de sus salarios al fondo de beneficios de FAML I. Esto figura en su recibo de sueldo como "prima de FAML I".

Sus derechos

- Si ha trabajado para su empleador durante 180 días, su puesto se encuentra protegido para el momento en que regrese.
- Su empleador no puede tomar represalias, interferir ni discriminarlo por usar los beneficios de FAML I.
- Si cree que algo es incorrecto, puede presentar una queja comunicándose con la División FAML I.
- Si se rechaza el reclamo, puede solicitar una reconsideración en myfamliplus.state.co.us.



COLORADO
Family and Medical Leave
Insurance Program (FAML I)
Department of Labor and Employment

Cuántos días de licencia puede tomar

12 semanas

Hasta 12 semanas por año.

4 semanas

Hasta 4 semanas adicionales por complicaciones del embarazo o parto.

12 semanas

Hasta 12 semanas adicionales por licencia para cuidados neonatales.

Puede tomar la licencia de una sola vez, de forma intermitente o con un horario reducido. La licencia FAML I puede reducir la licencia disponible conforme a la FMLA.

Qué recibirá



Pago semanal de hasta el 90 % de sus salarios (escala variable, en función de los ingresos).



Beneficios que no están sujetos a impuestos en Colorado. Pueden aplicarse impuestos federales.



Puede estimar el beneficio semanal en famli.colorado.gov.

Cómo presentar la solicitud



Presente la solicitud en: myfamliplus.state.co.us



Informe a su empleador con 30 días de anticipación cuando sea posible o notifíquelo tan pronto como pueda.

Obtenga más información en: famli.colorado.gov
Para recibir asistencia, llame al: 1-866-263-2654
Visite: 707 17th Street, Suite 150, Denver, CO.



FAMLI Program Notice

Colorado's Family and Medical Leave Insurance (FAMLI)
Paid time for the moments that matter

You may qualify for FAMLI paid leave if you earned \$2,500 over the previous year, and need to:



Care for a new child through birth, adoption, or foster placement



Care for your own serious health condition



Care for a family member with a serious health condition



Support a family member preparing for military deployment



Seek safety or support related to domestic violence, stalking, or sexual assault



Care for a newborn in a Neonatal Intensive Care Unit or higher level of care

What You Pay

For 2026, your employer sends 0.44% of your wages to the FAMLI benefit fund. This shows up on your paystub as "FAMLI premium."

Your Rights

- If you've worked for your employer for 180 days, your job is protected when you return.
- Your employer may not retaliate, interfere, or discriminate against you for using FAMLI benefits.
- If something feels wrong, you can file a complaint by contacting the FAMLI Division.
- If your claim is denied, you can file a reconsideration at myfamliplus.state.co.us.



COLORADO
Family and Medical Leave
Insurance Program (FAMLI)
Department of Labor and Employment

How Much Leave You Can Take

12 Weeks

Up to 12 weeks each year

4 Weeks

Up to 4 extra weeks for pregnancy or childbirth complications

12 Weeks

Up to 12 more weeks for Neonatal Care Leave

You can take leave all at once, intermittently, or on a reduced schedule. FAMLI leave may reduce your available FMLA leave.

What You'll Receive



Weekly payment of up to 90% of your wages (sliding scale, based on income)



Benefits that are not taxed by Colorado. Federal taxes may apply.



You can estimate your weekly benefit at famli.colorado.gov.

How To Apply



Apply at: myfamliplus.state.co.us



Give 30 days' notice when possible, or notify your employer as soon as you can.

Learn more: famli.colorado.gov
For assistance, call: 1-866-263-2654
Visit: 707 17th Street, Suite 150, Denver, CO.

DISTRITO ESCOLAR PUEBLO 70: CERTIFICACIÓN DE APTITUD PARA EL TRABAJO

NOMBRE DEL EMPLEADO (Por favor, escriba en letra de imprenta) FECHA

LUGAR DE TRABAJO POSICIÓN

Formulario que deberá ser completado por el proveedor de atención médica. Un empleado con licencia médica bajo la *Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA)* debe presentar esta Certificación de Aptitud para el Trabajo en el Centro de Servicios de Personal antes de regresar al trabajo.

Las directrices de la *Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)* se aplican a los empleados elegibles que se encuentran en licencia con o sin goce de sueldo. Este formulario es para fines de reincorporación al trabajo tras una licencia médica debido a una enfermedad o lesión, ya sea laboral o no relacionado con el trabajo. Debido a que los empleados son recursos valiosos, los proveedores de atención médica deben ayudarlos a regresar al trabajo lo antes posible.

Profesionales de la salud: Su paciente tiene tres opciones.

- **Autorización completa.** El paciente no tiene restricciones laborales. Puede regresar a su puesto anterior gracias a usted, el profesional de la salud, certificar que pueda desempeñar las funciones esenciales de su trabajo.
- **Deber modificado.** El paciente tiene algunas restricciones laborales. Estas restricciones deben detallarse específicamente a continuación. Cada solicitud de restricción laboral de turno modificado se revisará cuidadosamente para determinar si el empleado puede realizar las funciones esenciales del puesto y reincorporarse al trabajo.
- **No liberado.** El paciente no está autorizado a trabajar en ninguna capacidad debido a limitaciones físicas o de comportamiento.

1. Empleado / Paciente _____

2. Fecha del examen médico _____

3. Por favor, verifique el estado de la liberación del empleado para el trabajo.

- Deber pleno y sin restricciones en vigor _____
- Deber modificado en vigor _____ y próxima fecha de evaluación _____
- No liberado para ningún tipo de deber. El próximo la fecha de evaluación será _____

4. Restricciones, Consideraciones o Notas

Por la presente certifico que los hechos contenidos en este documento son verdaderos y correctos.

Nombre impresor
del proveedor de atención médica

Fecha

Número de teléfono

Pueblo School District No. 70 Fitness for Duty Certification

EMPLOYEE NAME (Please Print) _____

DATE _____

WORK SITE _____

POSITION _____

Form to be completed by health care provider. An employee on a medical leave under the Family and Medical Leave Act (FMLA) must present this Fitness for Duty Certification to the Personnel Services Center prior to returning to work.

The Family and Medical Leave Act (FMLA) guidelines are applied to eligible employees who are on paid or unpaid leave. This form is for return to work purposes of medical leave of absence due to an illness or injury, whether work or non-work related. Because employees are valuable resources, health care providers should assist employees in returning to work as soon as possible.

Health Care Professionals: Your patient has three return to work options.

- **Full Release.** The patient has no work restrictions. They can return to his or her prior position because you, the health care provider certify, that he or she can perform the essential functions of their job.
- **Modified Duty.** The patient has some work restrictions. Work restrictions must be specifically notated below. Each modified duty work restriction request will be reviewed carefully to determine if the employee can perform the essential functions of the job and return to work.
- **Not Released.** The patient is not released to work in any capacity due to physical or behavioral limitations.

1. **Employee / Patient** _____

2. **Date of Medical Examination** _____

3. **Please check the status of the employee's release for duty**

- Full, unrestricted duty effective _____
- Modified duty effective _____ and next evaluation date _____
- Not released for any type of duty. Next evaluation date will be _____

4. **Restrictions, Considerations, or Notes**

I hereby certify that the facts in this document are true and correct.

Printed Name of Health Care Provider

Date

Phone Number