FML Formulario de Solicitud

Enviar: Human Capital Office, Attn: Dr. Karen Gonzalez
karen.gonzalez@gpisd.org
2602 South Belt Line Road, Grand Prairie, Texas 75052
Office: 972-237-5369 Fax: 972-237-5318

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre Completo

Correo electrónico personal

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono Título

Supervisor

Campus o Departamento

TIPO DE LICENCIA

☐ Consecutivo

☐ Intermitente

FECHAS DE AUSENCIA

Fecha prevista de inicio de la ausencia # de semanas / # de días Fecha prevista de regreso al trabajo

Fecha de activación

RAZÓN

☐ Cirugía Fecha de la cirugía

☐ Condición médica grave Tipo de condición

☐ Nacimiento de hijo/vínculo afectivo Fecha de parto

☐ Adopción/Acogida familiar Fecha de procedimiento

SE SOLICITA PERMISO PARA ☐ Enfermedad propia ☐ Hijo(a) ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre

Nombre de familiar

ELEGIBILIDAD

¿Has trabajado para el Grand Prairie ISD durante al menos un año? ☐ Sí ☐ No

¿Has trabajado 1.250 horas durante los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha enviado la certificación médica a Recursos Humanos? ☐ Sí ☐ No

¿Esta licencia es el resultado de una lesión en el trabajo? ☐ Sí ☐ No

CONSENTIMIENTO - ponga sus iniciales en cada casilla

Si solicita una licencia consecutiva, el Departamento de Recursos Humanos desactivará temporalmente su acceso a los sistemas informáticos, correo electrónico y otras plataformas tecnológicas de GPISD durante su licencia. Una vez iniciada la licencia, la Coordinadora de Recursos Humanos se comunicará con usted a través de su correo electrónico personal. Antes de poder reincorporarse al trabajo, deberá dirigirse al Departamento de Recursos Humanos en el Centro Educativo y completar el proceso de autorización requerido. Su acceso al sistema no se restablecerá automáticamente; se reactivará una vez que se le haya autorizado a regresar.

Entiendo que la FMLA es una licencia sin sueldo.

Entiendo que, si normalmente pago mi seguro médico, debo seguir pagando tal como lo hacía antes de la licencia por FMLA.

Entiendo que debo comunicar cualquier cambio (dirección/número de teléfono) al departamento de Recursos Humanos.

Entiendo que el formulario para regresar al trabajo debe entregarse antes de mi fecha de regreso.

He leído la información anterior y cumpliré con los requisitos del proceso de la FMLA.

Firma del Empleado Fecha

Revised 2026/kg