Antes de comenzar su solicitud, en la medida de lo posible, asegúrese de tener los documentos de respaldo requeridos completos y disponibles para enviar. Se proporciona una lista de los documentos requeridos al final de esta solicitud. Imprima, escanee o tome una fotografía clara del frente y el reverso de sus documentos completos y envíelos como un archivo adjunto al final de esta solicitud. Tenga en cuenta que no podrá enviar su solicitud si no tiene los documentos de respaldo requeridos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN DE EMPLEO** | |  | **2. INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | |
| **Agencia** | | **Apellido** | | **Segundo nombre** | | | | **Primer nombre** | | |
| **Número de identificación del empleado** | | **Dirección** | | | **Apto.#** | **Ciudad** | | | **Estado** | **Código Postal** |
|  | | **Dirección de correo electrónico** | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
| **3. MOTIVO DE LA SOLICITUD DE LICENCIA** | | | | | | | | | | | |
| **a. Seleccione una opción.**  Cuidarme  Cuidar a un familiar (no militar)  Requiero licencia militar  Requiero licencia debido a la COVID-19 | | | | | | | | | | | |
| **b. Si seleccionó licencia militar en (a), especifique el tipo de licencia militar que necesita.**  Licencia militar por exigencia  Licencia de cuidado militar | | | | | | | | | | | |
| **c. Si seleccionó “Requiero licencia debido a la COVID-19” en (a), especifique el evento calificador.**  Se me ordenó ponerme en cuarentena o aislarme de conformidad con una orden de aislamiento o cuarentena federal, estatal o local.  Se me ordenó ponerme en cuarentena de acuerdo con el asesoramiento de un proveedor de atención médica.  Tengo síntomas de la COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico.  Estoy cuidando a una persona que cumple una orden de cuarentena o aislamiento o está en autocuarentena por recomendación de un proveedor de atención médica.  Necesito cuidar a mi hijo/a porque su escuela o proveedor de cuidado infantil no está disponible. | | | | | | | | | | | |
| **d. Si está solicitando licencia por la enfermedad COVID, ¿puede teletrabajar?**  Sí  No (explique brevemente por qué no puede teletrabajar a continuación).   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **4. DETALLES DE LA LICENCIA** | | | | | | | | | | | |
| **a. ¿Qué tipo de licencia solicita? (Seleccione todas las que correspondan).**  Licencia familiar con goce de sueldo (PFL)  Ley de Ausencia Familiar y Médica del DC (DC FMLA)  Licencia por Declaración de Emergencia (DOE)  Licencia por COVID  FMLA Federal | | | | **b. Indique la cantidad de horas que desea usar para cada programa de licencia.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **PFL** |  | **FMLA** | |  |  |  | | **Licencia por COVID** |  | **Licencia por DOE** | |  |  |  | | | | | **c. Estime la fecha de inicio y finalización de su período de licencia.**     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Fecha de inicio** |  | **Fecha de finalización** | |  |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **5. DOCUMENTOS DE RESPALDO REQUERIDOS** | | | | | | | | | | | |
| **CIRCUNSTANCIA** | **DEBE PROPORCIONAR** | | | | | | | | | | |
| **Licencia médica por una condición de salud personal** | Certificado del proveedor de atención médica por la enfermedad grave del empleado ([DOH-WH-380-E](https://www.dol.gov/whd/forms/WH-380-E.pdf)) | | | | | | | | | | |
| **Cuidado de un familiar enfermo (no militar)** | Certificado del proveedor de atención médica por la enfermedad grave del familiar ([DOH-WH-380-E](https://www.dol.gov/whd/forms/WH-380-F.pdf)) | | | | | | | | | | |
| **Cuidado de un familiar enfermo que actualmente es un miembro del servicio o un veterano** | Certificación de lesión o enfermedad grave del miembro actual del servicio –Licencia familiar militar ([DOH-WH-385](https://www.dol.gov/whd/forms/WH-385.pdf)) o Certificación de lesión o enfermedad grave de un veterano para licencia de cuidado militar ([DOH-WH-385-V](https://dchr.in.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/DCHR/publication/attachments/wh385V.pdf)) | | | | | | | | | | |
| **Nacimiento de su hijo** | Certificado médico de nacimiento anticipado o certificado de nacimiento | | | | | | | | | | |
| **Adopción de un niño u otra colocación legal** | Orden(es) judicial(es) de asignación certificada(s) | | | | | | | | | | |
| **Asunción de deberes parentales para un niño** | Registros oficiales de responsabilidades parentales | | | | | | | | | | |
| **Licencia por exigencia militar** | Certificación de exigencia que califica para licencia familiar militar ([DOL-WH-384](https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHD/legacy/files/WH-384.pdf)) | | | | | | | | | | |
| **Licencia de cuidado militar** | Certificación de lesión o enfermedad grave del miembro actual del servicio –Licencia familiar militar ([DOH-WH-385](https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHD/legacy/files/WH-385.pdf)) o Certificación de lesión o enfermedad grave de un veterano para licencia de cuidado militar ([DOH-WH-385-V](https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHD/legacy/files/wh385V.pdf)) | | | | | | | | | | |
| **Licencia por COVID** | 1) Para empleados en cuarentena o aislamiento debido a una orden del Distrito, federal o estatal relacionada con la COVID-19, o la recomendación de un proveedor de atención médica:  a) Una copia de la orden o recomendación específica; y  b) Si realiza teletrabajo, documentación de un proveedor de atención médica o certificación del empleado de su incapacidad para teletrabajar debido a síntomas relacionados con la COVID-19.  2) Para los empleados que cuidan a una persona que está sujeta a una orden del Distrito, federal o estatal relacionada con la COVID-19 o a una recomendación de un proveedor de atención médica para entrar en autocuarentena:  a) Una copia de la orden específica sobre esa persona; o  b) Documentación de un proveedor de atención médica o certificación del empleado de que la persona especificada en la orden requiere atención; Y  c) Certificación del empleado de que no puede teletrabajar y el motivo.  3) Para un empleado que cuida a un niño cuya escuela o proveedor de cuidado infantil no está disponible debido a COVID-19:  a) Documentación que establezca la relación parental del empleado con el niño: registros de dependencia mantenidos en PeopleSoft; copia de un certificado de nacimiento; decreto de divorcio; o decreto de adopción;  b) Una copia de la notificación de cierre de la escuela o del proveedor de cuidado infantil;  c) Comprobante de inscripción para el niño/los niños que asisten a la escuela o al proveedor de cuidado infantil; y  d) Certificación del empleado de que no puede teletrabajar y el motivo.  4) Para un empleado que busca un diagnóstico médico relacionado con síntomas consistentes con la COVID-19:  a) Documentación médica que muestre que el empleado fue atendido por un proveedor de atención médica. Esta documentación debe presentarse dentro de las 24 horas de haber sido atendido por el proveedor. Hasta presentar dicha documentación, los empleados que están ausentes porque buscan un diagnóstico médico relacionado con síntomas de la COVID-19 deben informar a su supervisor diariamente sus esfuerzos para obtener el diagnóstico.  b) Certificación del empleado de que no puede teletrabajar y el motivo. | | | | | | | | | | |
| **Licencia por Declaración de Emergencia** | Una orden o recomendación registrada de (1) la alcaldesa, (2) cualquier agencia del Distrito o federal, o (3) un profesional médico que indique la autocuarentena el empleado. En el caso de una cuarentena o aislamiento ordenado por el gobierno, la declaración de emergencia de salud pública servirá como certificación de la necesidad de dicha licencia. | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **12. CERTIFICACIÓN DE EMPLEADOS** | |
| **Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera y precisa y que reúno los requisitos para los programas de licencia que solicito. Además, entiendo que hacer una declaración falsa en este documento es una violación de la ley y está sujeto a sanciones penales. También entiendo que si estoy solicitando una licencia por enfermedad de COVID, mis 12 semanas de licencia con goce de sueldo, o cualquier saldo restante para fines de auxilio de COVID-19, expirarán inmediatamente al término de la emergencia de salud pública. Al firmar este formulario, certifico que entiendo y acepto todos los términos descritos, y que acepto que todas las notificaciones con respecto a mi solicitud y elegibilidad para los programas de licencia se envíen a la dirección de correo electrónico proporcionada en este formulario.** | |
|  | |
| **Firma** | **Fecha** |

|  |  |
| --- | --- |
| **12. CONSTANCIA DE LA AGENCIA** | |
| **El (la) coordinador(a) de FMLA de su agencia debe firmar debajo para dejar constancia de su solicitud de licencia médica y familiar. Su firma no constituye una aprobación de esta solicitud. Al firmar a continuación, el Coordinador de FMLA de su agencia acuerda enviarle notificaciones sobre su solicitud y la elegibilidad para los programas de licencia mediante la dirección de correo electrónico que figura debajo.** | |
|  | |
| **Firma** | **Fecha Correo electrónico** |