



Solicitud de permiso de ausencia relacionado con el COVID-19

(Use este formulario para solicitar el permiso utilizado del 1 de enero de 2021 en adelante)

Imprima y rellene este formulario o complételo electrónicamente.

Envíe el formulario ya completado por correo electrónico al Representante de Discapacidades de División (*Divisional Disability Representative, DDR* por sus siglas en inglés) en su escuela, facultad o división; ellos son los responsables de manejar información médica confidencial. Para encontrar a su *DDR*, visite: employeedisabilities.wisc.edu/divisional-disability-representatives-ddr.

La Ley Federal de Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (*Families First Coronavirus Response Act* o *FFCRA*, por sus siglas en inglés), que proporcionaba permiso de ausencia remunerado a los empleados por razones relacionadas con el COVID-19, finalizó el 31 de diciembre de 2020 y ya no está disponible. Puede utilizar su permiso de ausencia acumulado para cubrir su ausencia, o puede solicitar un permiso no remunerado o sin pago (para más información vea la sección 4).

➡ Complete las secciones 1 a la 5. Si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con su *DDR*: [contact your DDR](#).

Sección 1: Información personal y de contacto

Nombre y apellidos:		ID del empleado:	Solo para uso oficial
Puesto de trabajo:		Supervisor:	
Departamento:		Número de teléfono preferido:	
Dirección de correo electrónico preferida durante el permiso:		¿Cuál es la mejor manera de contactarle?	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Número de teléfono

Sección 2: Razón(es) para la Solicitud de permiso y documentación requerida

- Su *DDR* usará la información más abajo para determinar para qué programas de permiso reúne los requisitos. Si reúne los requisitos para más de un programa de permiso, su *DDR* elegirá el que le proporcione el mayor beneficio. Los programas pueden funcionar simultáneamente en caso de que fuera elegible.
- Deberá proporcionar la información requerida para la(s) razón(es) que elija más abajo.
- Tiene que proporcionar la documentación escrita que se le solicita a su Representante de Discapacidades de División (*DDR*) dentro de los 15 días siguientes al primer día de solicitud de permiso.

Indique abajo la(s) razón(es) por la(s) que solicita el permiso. **Marque todas las que correspondan.**

No puedo trabajar mi turno completo, incluyendo trabajar a distancia, porque:	
2.1	<input type="checkbox"/> Estoy sujeto a la orden federal, estatal o local de cuarentena o aislamiento relacionada con el COVID-19, <u>otra que no sea la orden estatal o local sustancialmente similar a la orden "Más seguro en casa" de Wisconsin.</u> Indique el nombre de la entidad gubernamental que emitió la orden de cuarentena o aislamiento. <hr/>

2.2	<input type="checkbox"/> Un médico me ha aconsejado la cuarentena individual debido al COVID-19. Proporcione documentación por escrito de su médico en la que le aconseja la cuarentena individual. <input type="checkbox"/> Documentación adjunta o se proporcionará por separado.
2.3	<input type="checkbox"/> Estoy experimentando síntomas del COVID-19 y he solicitado un diagnóstico médico, o he dado positivo a la prueba del COVID-19. Proporcione documentación por escrito de su médico o del lugar en que se hizo la prueba y que consultó con relación a sus síntomas o diagnóstico del COVID-19. <input type="checkbox"/> Documentación adjunta o se proporcionará por separado.
2.4	<input type="checkbox"/> Cuido de una persona que está sometida a una orden de cuarentena o aislamiento o a la que se le ha aconsejado la cuarentena individual. 1. Proporcione documentación por escrito del médico de la persona en la que se le aconseja la cuarentena, o se aconsejan cuidados relacionados con los síntomas o el diagnóstico del COVID-19 de dicha persona. 2. Indique el nombre de la persona que cuida y su relación con usted: _____ <input type="checkbox"/> Documentación adjunta o se entregará por separado.
2.5	<input type="checkbox"/> Cuido de mi hijo/a menor de edad cuya escuela o lugar de cuidados (guardería) está cerrado, o cuyo proveedor de cuidado infantil no está disponible debido a las precauciones del COVID-19. Para hijos menores de más de 14 años, he descrito las circunstancias especiales que requieren que yo le(s) deba cuidar. Responda a estas preguntas si solicita un permiso por esta razón. 1. Nombre(s) y edad(es) de los hijo/a(s) a su cuidado: _____ _____ 2. Para hijo/a(s) mayores de 14 años, proporcione una declaración que explique las circunstancias especiales que requieren que usted le(s) provea cuidados durante las horas del día: _____ _____ 3. Nombre de la(s) escuela(s) que está(n) cerrada(s) o participan en <input type="checkbox"/> enseñanza virtual o <input type="checkbox"/> enseñanza híbrida, centro de cuidado infantil que está cerrado, o proveedor de cuidado infantil que no está disponible durante el periodo para el cual solicita el permiso: _____ _____ <input type="checkbox"/> Mi firma en la página 4 certifica que ninguna otra persona apta que pudiera cuidar de mi(s) hijo(s) durante el periodo de tiempo en que yo tome el permiso.

Sección 3: Tipos(s) de permiso de ausencia y fechas previstas de solicitud del permiso

Marque todas las que correspondan.

Permiso continuado Primer día de permiso: _____ Último día de permiso: _____
El permiso continuado es el permiso de ausencia del que se dispone en un bloque de tiempo y no se rompe o interrumpe con periodos de trabajo.

Permiso intermitente Primer día de permiso: _____ Último día de permiso: _____
El permiso intermitente es el permiso del que se dispone en bloques de tiempo separados debido a una razón que da derecho al permiso.

Horario reducido Primer día de permiso: _____ Último día de permiso: _____
El horario reducido es el permiso que reduce su número habitual de horas de trabajo al día o a la semana.

Describe el permiso intermitente u horario reducido (*tenga en cuenta que estos requieren la autorización del supervisor*):

Sección 4: Sueldo o salario durante el permiso

La Ley federal de Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (*Families First Coronavirus Response Act* o *FFCRA*, por sus siglas en inglés), que proporcionaba permiso de ausencia remunerado a los empleados por razones relacionadas con el COVID-19, finalizó el 31 de diciembre de 2020 y ya no está disponible.

Ahora tendrá que utilizar sus propias horas de permiso de ausencia remunerado/pagado acumulado para permanecer en estatus pagado durante su permiso relacionado al COVID. También podría utilizar sus horas de vacaciones acumuladas, incluyendo las vacaciones traspasadas/transferidas (*vacation carryover*) y las vacaciones depositadas (*banked vacation*), las vacaciones o feriados personales (*personal holiday*) y el permiso de ausencia por enfermedad (*sick leave*).

Se añadió un anexo a la Política de permiso por enfermedad ([Sick Leave policy](#)) que expande temporalmente la Política de permiso por enfermedad de UW-Madison para permitir el uso del permiso por enfermedad por razones de COVID-19 adicionales. Si toma el permiso por las razones 2.4 o 2.5, podría reunir los requisitos para usar sus horas de permiso por enfermedad durante su ausencia. Tendrá que agotar todas sus horas de permiso acumulado de vacaciones (sin incluir las horas de permiso de vacaciones acumuladas depositadas [*banked leave*]) y las de permiso de vacaciones o feriados personales antes de ser elegible para que pudiera usar las horas de permiso por enfermedad. Este anexo caducará el 1 de marzo de 2021.

Si no tiene horas de permiso acumulado pagado/remunerado para usar durante su permiso de ausencia relacionado al COVID, entonces dicho permiso de ausencia será 'no remunerado' o sin pago.

Puede comprobar los balances de sus horas de permisos pagados iniciando una sesión en *MyUW* en <https://my.wisc.edu>. Haga clic en el módulo de "Tiempo y Ausencia" ("*Time and Absence*") y luego haga clic en la pestaña de "Balance de ausencias" ("*Absence Balances*").

Comuníquese con su *DDR* ([contact your DDR](#)) si tiene preguntas sobre la cantidad o número de horas de permiso ganadas o sobre su solicitud de permiso de ausencia.

Solicitaré un permiso de ausencia remunerado usando mis horas acumuladas para permanecer en un estatus de pago (recibir su nómina) durante mi permiso de ausencia relacionado al COVID.

No tengo suficientes horas de permiso de ausencia remunerado/pagado acumulado para permanecer en estatus de pago durante mi permiso relacionado con el COVID y utilizaré una parte o todo mi permiso de ausencia sin sueldo.

Requerido: Entiendo que, si no dispongo de suficientes horas de permiso de ausencia acumulado remunerado para cubrir mi permiso, no recibiré el sueldo completo durante mi permiso de ausencia.

Tenga en cuenta: Cuando elige tomar o disponer del permiso no remunerado (sin pago), esto puede afectar sus beneficios/prestaciones, incluyendo el seguro médico y la asignación de horas de permiso pagado. Comuníquese con los Servicios de Beneficios (*Benefits Services*) en la Oficina de Recursos Humanos (*Office of Human Resources*) a través de: benefits@ohr.wisc.edu para hablar del pago de primas y de cualquier otro asunto o pregunta relativo a sus beneficios y asignación de permisos de ausencia pagados.

Sección 5: Firmas

Estoy pidiendo/solicitando un permiso porque **no puedo trabajar mi turno completo, incluyendo trabajar a distancia**, por la(s) razón(es) y durante el periodo de tiempo que he indicado en este formulario.

Firma del empleado, firmada o tecleada (*Obligatoria*)

Fecha

Firma de autorización del *DDR*

Fecha

Firma del supervisor

Fecha

(*Requerida para el permiso intermitente o el permiso de horario reducido*)

For office use only (solo para uso oficial):

The employee's supervisor has been notified of this leave request (either by employee or HR).

Revisado el 29/12/2020

Úsese para permisos de ausencia utilizados a partir del 01/01/2021