

Formulario para Solicitud del Banco de Ausencia por Enfermedad

Por favor complete el formulario. Entregue este formulario y el documento médico a:

Recursos Humanos, Atención: Coordinador del Banco de Enfermedad

Número de Fax: (516) 396-2383

SUMISIÓN REQUIERE LA FIRMA DEL PRESIDENTE DEL CSEA

Nombre: _____ **Posición:** _____ **Edificio:** _____

ID del Empleado: _____ **Número de años empleado por Nassau BOCES:** _____

Ultimo día trabajado previo a la enfermedad: _____ **Numero de días solicitados:** _____

¿Ha recibido previamente una donación de ausencia por enfermedad? Si/No (elija una)

Si es sí: Fecha recibida _____

¿Cuantos días?: _____

Motivo por la solicitud actual: (elija uno)*

Enfermedad/Herida por 30 días consecutivos de calendario que requiera:

_____ Hospitalización _____ Institucionalización _____ Confinamiento en Cama

O

_____ Una completa incapacidad para desempeñar todos y cada uno de las tareas regulares
 (El empleado debe proveer un testimonio detallando las circunstancias alrededor de esta enfermedad/herida.)

****Documentación médica debe ser provista al mismo tiempo que este formulario es presentado. La documentación debe estar en papel membretado por el Proveedor Médico/Doctor/Centro Médico/Hospital e incluya información tal como, pero no se limita a: diagnosis, procedimientos/cirugías, prognosis, terapias médicas adicionales necesarias/recomendadas, restricciones y limitaciones con respecto a funciones cotidianas y/o tareas relacionadas y cita para la siguiente re-evaluación.**

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE INFORMACIÓN: Yo por medio de la presente autorizo al Comité del Banco de Ausencia por Enfermedad para hacer las investigaciones necesarias acerca de esta aplicación. Además autorizo la liberación de cualquiera de mis registros o información, incluyendo pero no se limita a, Médica (ej. FMLA), Compensación Laboral, Jubilación Estatal, o Discapacidad de Seguro Social que es visto en conexión con esta aplicación. Estoy de acuerdo con firmar cualquier documento(s) adicional para liberación que sea necesaria para la revelación de información médica aplicable para el Comité. El Comité mantendrá la confidencialidad de toda la información y documentación presentada. Nota: El Departamento de Recursos Humanos bloqueará su nombre antes de presentar su documentación médica al Comité para la consideración de su solicitud.

Presidente del CSEA: _____

Firma del Miembro del CSEA: _____

Fecha de la Solicitud: _____

PARA USO ÚNICO DEL OFICIAL DE RECURSOS HUMANOS

Fecha Recibida en Recursos Humanos _____

Ultimo día activo en el rol de pagos _____

(No hay acumulaciones disponibles/sin tiempo)

Fecha Revisada por el Comité _____