



SOLICITUD FORMAL DE REINCORPORACIÓN CON RESPECTO AL PERMISO FAMILIAR PAGADO

Permiso Familiar Pagado • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

Después de tomar el Permiso Familiar Pagado, tiene derecho a regresar al mismo cargo o uno similar una vez que se reincorpore al trabajo.

Instrucciones para el empleado

Use este formulario si, después de que solicitó o tomó el Permiso Familiar Pagado, su empleador:

- se niega a reincorporarlo a su cargo original o uno similar,
- lo despidió de su empleo,
- reduce su pago o beneficios, o
- lo sanciona de alguna manera.

Si considera que ha ocurrido uno de estos casos, **primero debe** solicitar formalmente la reincorporación a través de este formulario.

1. Complete las secciones A, B y C de este formulario.
2. Haga una copia de todas las páginas y entréguelas a su empleador.
3. Una vez que haya entregado la copia, complete inmediatamente la sección D de este formulario. NO espere a que su empleador complete la sección E.
4. Haga una copia de todas las páginas para sus archivos.
5. Envíe una copia de este formulario (con las secciones A, B, C y D completadas) a la Junta de Compensación Obrera, en la dirección postal **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** o por correo electrónico a PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.

¿Qué sucede a continuación?

Su empleador tiene un plazo de 30 días desde la fecha de presentación* de esta solicitud para:

1. Tomar medidas correctivas, que pueden incluir reincorporarlo al mismo cargo o a un cargo similar; o
2. Completar la sección E de este formulario, para explicarle por qué considera que no es necesario tomar medidas correctivas.

Si su empleador lo reincorpora, no es necesario tomar medidas adicionales.

Si NO lo reincorporan, no está satisfecho con la respuesta de su empleador o su empleador no responde a esta solicitud dentro de un plazo de 30 días:

- Puede entonces presentar una *Queja por Discriminación o Represalias por Permiso Familiar Pagado* (Paid Family Leave Discrimination/Retaliation Complaint, PFL-DC-120) disponible en www.ny.gov/PaidFamilyLeave.
- Su empleador y usted deberán presentarse a una audiencia ante un Juez de la Ley de Compensación Obrera, quien decidirá si hubo una violación de la ley. Si este fuera el caso, es posible que se le ordene a su empleador que lo reincorpore, que pague sus salarios atrasados y/o que pague los honorarios de su abogado.

* El plazo de 30 días comienza el día que usted certifica la entrega de este formulario a su empleador, como se menciona en la "Certificación de Entrega" en la página 2.

Instrucciones para el empleador

Empleadores, esto es una Solicitud Formal de Reincorporación por parte de un empleado que considera que se le discriminó o que se tomaron represalias en su contra por solicitar el Permiso Familiar Pagado.

Lea la página 3 para obtener las instrucciones que debe seguir.

NO ESCANEE ESTA PÁGINA



SOLICITUD FORMAL DE REINCORPORACIÓN CON RESPECTO AL PERMISO FAMILIAR PAGADO

Permiso Familiar Pagado • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

Sección A: para ser completada por el empleado

Información del empleado

Nombre completo (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE): _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de Seguro Social/N.º de Identificación Fiscal: _____

Correo electrónico: _____

Género del empleado: ☐ M ☐ F ☐ X

Información del empleador (COMO APARECE EN SU RECIBO DE PAGO)

Nombre del empleador: _____

Domicilio del empleador: _____

Ciudad, estado, código postal del empleador: _____

N.º de teléfono del empleador: _____

N.º de identificación federal del empleador, si se conoce (Federal Employer Identification Number, FEIN): _____

Información del Permiso Familiar Pagado

Marque UNA de las siguientes opciones:

☐ El Permiso Familiar Pagado se solicitó formalmente y se otorgó Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

☐ El Permiso Familiar Pagado se solicitó formalmente y se denegó

☐ Otro (EXPLIQUE): _____

Fecha en la que se solicitó (PFL-1) o mencionó el Permiso Familiar Pagado al empleador (si aplica): _____

Tipo de Permiso Familiar Pagado:

☐ Desarrollar un vínculo con un hijo ☐ Para cuidar un miembro de la familia ☐ Evento militar calificado

Información del abogado (COMPLETE A CONTINUACIÓN SI CONTRATÓ A UN ABOGADO PARA ESTE CASO)

Nombre del abogado: _____

Domicilio del abogado: _____

Ciudad, estado, código postal del abogado: _____

N.º de teléfono del abogado: _____ N.º de identificación de la Junta (si lo hubiera): _____

Sección B: para ser completada por el empleado

Solicitud de Reincorporación del Empleado: mediante el uso de las casillas de verificación siguientes, indique la medida correctiva que considere que el empleador debe tomar (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN).

Solicitó o tomó el Permiso Familiar Pagado y:

☐ Me despidieron de mi cargo y deseo volver a mi trabajo.

☐ Se redujo o se cambió mi horario. Quiero volver a trabajar con el mismo horario que tenía antes de que solicitara o tomara el Permiso Familiar Pagado.

☐ Mis deberes laborales cambiaron. Quiero volver al mismo trabajo o a uno similar al que tenía antes de que solicitara o tomara el Permiso Familiar Pagado.

☐ Se cancelaron o redujeron mis beneficios. Quiero que mis beneficios vuelvan a estar al mismo nivel en el que estaban antes de que solicitara o tomara el Permiso Familiar Pagado. (Los beneficios pueden incluir, por ejemplo, seguro médico).

☐ Otro/información adicional (EXPLIQUE):



Sección C: para ser completada por el empleado

AFIRMO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ PROPORCIONADA ES VERDADERA A MI LEAL SABER Y ENTENDER:

Firma del empleado

Fecha

Nota para el empleado: Después de entregar una copia de este formulario (secciones A a la C llenas) a su empleador, complete la sección D y envíe todas las páginas a la dirección postal **Workers' Compensation Board: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030** o al correo electrónico PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov y guarde una copia para sus archivos.

Sección D: para ser completada por el empleado

Certificación de entrega

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que entregué una copia de esta Solicitud Formal de Reincorporación con Respecto al Permiso Familiar Pagado al empleador mencionado en la sección A el _____, a través de (MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES): Fecha

☐ Hice el envío por correo a la dirección del empleador mencionada en este formulario

☐ Hice la entrega en persona a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

☐ Hice el envío por correo electrónico como archivo adjunto a:

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

☐ Fax a _____

Firma del empleado

Fecha

Instrucciones para el empleador

Según las secciones 203-b y 120 de la Ley de Compensación Obrera, si cualquier empleado solicita un Permiso Familiar Pagado:

- Debe reincorporarlo a su cargo original o un cargo similar,
- NO debe despedirlo de su cargo,
- NO debe reducir su pago ni beneficios,
- NO debe sancionarlo por solicitar o tomar un Permiso Familiar Pagado.

Dentro de los **30 días** posteriores a la fecha de presentación* de esta solicitud, tiene la obligación de:

1. Tomar medidas correctivas, que pueden incluir reincorporar al empleado al mismo cargo o a un cargo similar; o
2. Completar la sección E de este formulario, para explicarle al empleado por qué no se permitirán las medidas correctivas. Se debe enviar una respuesta por separado, pero se debe anexar a este formulario. **Las páginas 1 a la 3 de este formulario y cualquier anexo se deben enviar al empleado, al abogado del empleado (si se menciona uno en este formulario) y a la dirección postal Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 o por correo electrónico a PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov.**

No reincorporar a un empleado puede resultar en la imposición de daños y perjuicios que no están cubiertos por seguros.

Si se reincorpora al empleado o este no desea presentar una queja por discriminación o represalias después de recibir su respuesta a esta solicitud, no es necesario tomar medidas adicionales. En caso contrario, después de 30 días, el empleado tiene el derecho de presentar una queja ante la Junta de Compensación Obrera. Si la Junta determina que violó la(s) sección(es) 203-b o 120 de la Ley de Compensación Obrera, esta puede ordenarle que reincorpore al empleado a un trabajo similar, adjudicar el pago (con intereses) de los salarios perdidos a partir del término del permiso, adjudicar el pago de los honorarios del (de los) abogado(s), o imponer una multa de hasta \$500 en su contra.

* El plazo de 30 días comienza el día que el empleado certifica la entrega de este formulario a su empleador, como se menciona en la sección "Certificación de Entrega" en la página 2.

Nota para el empleador: Envíe las páginas 1 a la 3 de este formulario (con la sección E llena) a la dirección postal Workers' Compensation Board: Paid Family Leave at PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030 o por correo electrónico a PaidFamilyLeave@wcb.ny.gov cuando presente su respuesta.

Sección E: para ser completada por el empleador

Respuesta del empleador a la Solicitud de Reincorporación del empleado

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de identificación federal del empleador (FEIN): _____

Indique sus justificaciones marcando la(s) razón(es) que correspondan. También puede anexar documentos adicionales a este formulario para apoyar sus justificaciones.

- ☐ El turno que el empleado tenía antes de solicitar o tomar el Permiso Familiar Pagado se eliminó.
- ☐ Las horas extra que el empleado trabajaba antes de solicitar o tomar un Permiso Familiar Pagado ya no están disponibles.
- ☐ El empleado nunca solicitó ni tomó un Permiso Familiar Pagado.
- ☐ Esta empresa no contrató al empleado/solicitante.
- ☐ Otro/información adicional (EXPLIQUE):

Firma del empleador _____ Fecha _____

Nombre en letra molde _____