

Formulario de verificación de empleo: Documento de ayuda laboral

El **formulario de verificación de empleo** es una parte vital del proceso de decisión para cada reclamo de licencia pagada. El formulario completo es necesario para verificar:

- La elegibilidad del solicitante para el programa,
- El horario normal de trabajo del solicitante,
- El monto de licencia pagada que se utilizará,
- Además, el formulario se usa para determinar si otros ingresos (por ejemplo, el uso de tiempo libre pagado acumulado o la recepción de una discapacidad a corto plazo) pueden afectar la compensación de la Licencia pagada de Connecticut.

NOTAS IMPORTANTES ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

- Si el empleado tiene más de un empleador, todos los empleadores que participan en el programa público de la Licencia pagada de CT deben completar el Formulario de verificación de empleo. Esto también incluye a los empleadores anteriores si el empleado ya no está empleado con ese empleador pero está solicitando beneficios de la licencia pagada dentro de los 12 semanas posteriores al último día en que estuvo empleado.
- Requerimos un formulario completo de todos los empleadores, incluso si el empleado no planea ausentarse de uno de sus empleadores actuales. Uno de los propósitos del formulario de verificación de empleado es establecer el horario semanal regular para el empleado. Además, la asignación total de licencia pagada se comparte entre todos los empleadores cubiertos de sus empleados. La licencia pagada se puede tomar en incrementos menos de una semana. Como tal, si un empleado está de licencia por parte de su semana laboral, la Autoridad debe determinar la proporción de la semana laboral completa a la que equivale dicha ausencia y en cuánto se deben reducir sus beneficios de licencia pagada para esa semana.
 - Por ejemplo, si un empleado trabaja de lunes a miércoles, ocho horas al día, para un empleador y trabaja jueves y viernes, también ocho horas al día, para otro empleador, su semana laboral normal es de lunes a viernes, cinco días a la semana. Incluso si la solicitud es solo para licencia pagada para lunes y martes, la Autoridad aún necesitaría verificar el horario del empleado en todos los días hábiles regulares, de lunes a viernes, para establecer que cada día de ausencia es igual a una quinta parte de una semana laboral completa. El primer empleador solo podría verificar los horarios de lunes, martes, y miércoles. El segundo empleador es necesario para confirmar los horarios de jueves y viernes, aunque el empleado no esté ausente en esos días.



Formulario de verificación de empleo: Documento de ayuda laboral

NOTAS IMPORTANTES ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

- Empleadores que no están obligados a completar el formulario de verificación de empleo incluyen:
 - Los empleadores exentos del programa de Licencia pagada de CT (por ejemplo, empleadores del gobierno federal, municipios no contribuyentes, etc).
 - Empleadores que utilizan un plan privado de licencia pagada, de conformidad con la Conn. Gen. Stat. §31-49°, durante toda la duración de la licencia solicitada.
- Empleadores deben completar el formulario con información a partir de la fecha en que se recibe el formulario, o la primera fecha de licencia, lo que ocurra primero.
- El formulario debe devolverse a Aflac dentro de los 10 días posteriores a su recepción.

CÓMO USAR ESTA AYUDA DE TRABAJO

- Los campos que están marcados con una ★ pueden omitirse si no se aplican
- Se proporcionan anotaciones para ayudarlo a completar ciertos campos
- El formulario no se puede completar hasta que se descarga
- Si tiene alguna pregunta adicional sobre como completar el formulario, comuníquese con la Autoridad mediante la función de Contáctenos en ctpaidleave.org

Formulario de verificación de empleo:

Página 1, secciones 1 y 2

Sección 1: Información sobre la Licencia del Solicitante <i>(para ser completado por el Solicitante o el Empleador)</i>		
Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Últimos 4 Dígitos del SSN:	Fecha de Inicio de la Licencia:	Fecha de Terminación de la Licencia: 1
Tipo de licencia 2 <input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Horario reducido	Número de Caso:	
Razón de la Licencia: <input type="checkbox"/> Estado de salud grave del propio empleado <input type="checkbox"/> Licencia para otorgar cuidados <input type="checkbox"/> Licencia por vínculo <input type="checkbox"/> Licencia para cuidar de un militar <input type="checkbox"/> Licencia por urgencia que califica <input type="checkbox"/> Licencia por violencia familiar		
Sección 2: Información del Empleador <i>(para ser completado por el Empleador)</i>		
Nombre del Empleador:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre de Contacto:	Identificación Fiscal (FEIN): 3	
Número de Teléfono de Contacto:	Correo Electrónico de Contacto: 4	
Si una de las siguientes categorías aplica, marque la casilla correspondiente y devuelva el formulario a <u>Aflac</u> sin completar las secciones restantes del formulario: 5 ★		
<input type="checkbox"/> Gobierno Federal <input type="checkbox"/> Ferrocarriles <input type="checkbox"/> Escuela Primaria o Secundaria Privada <input type="checkbox"/> Nación Soberana <input type="checkbox"/> Gobierno de otro estado <input type="checkbox"/> Empleado no contribuyente de un Distrito o de un Consejo de Educación <input type="checkbox"/> Empleado no contribuyente del Gobierno del Estado de CT		

NOTAS

Sección 1 – Información sobre la Licencia del Solicitante– Puede ser completada por el empleador o el empleado, aunque al empleado puede resultarle más fácil completarla. Estos campos son necesarios para ayudar al empleador a completar el formulario, para garantizar que se proporcione la información correcta del empleado, y para ayudar a la Autoridad a adjuntar el formulario completo al reclamo correcto.

1 **Fecha de terminación de la licencia** puede ser la fecha real o la fecha estimada.

2 Tipo de licencia:

Licencia *continua* (*licencia en bloque*) – una ausencia continua por una sola razón de calificación

Licencia *intermitente* – licencia tomada en bloques separados de tiempo, a menudo en intervalos irregulares, debido a una sola razón de calificación (por ejemplo, ausencia hasta 3 veces por mes).

Licencia de *horario reducido* – un horario de licencia que cambia el horario de trabajo normal del empleado por un período de tiempo al reducir el número habitual de horas de trabajo del empleado por semana de trabajo o horas por día de trabajo (por ejemplo, ausencia de 3 horas todos los lunes por la mañana).

Sección 2 – Detalles sobre el empleador – *(para ser completado por el empleador)*

3 **FEIN (Identificación Fiscal):** Se puede encontrar en el formulario 5500 de la empresa, y, a menudo, está información es conocida por los departamentos de nómina, finanzas o contabilidad de una empresa.

4 Se necesita una dirección de **correo electrónico de contacto** para proporcionar notificaciones de decisiones sobre reclamos y para comunicarse con cualquiera pregunta.

5 Esta sección es para empleadores que están exentos de participar en el programa de Licencia Pagada de CT. Si el empleador cumple con una de las categorías enumeradas, puede marcar la casilla y omitir el resto del formulario que sigue.

Formulario de verificación de empleo:

Página 1, secciones 3 y 4

Sección 3: Ingresos y Horario de Trabajo del Solicitante *(para ser completado por el Empleador)*

Tarifa de Pago del Empleado <i>(por ejemplo, 13\$/hora u 800\$/semana)</i> : 1	Fecha de Contratación del Empleado:	Fecha de Separación del Empleado del Trabajo <i>(si procede)</i> : 2 ★
---	-------------------------------------	---

Por favor, seleccione los días que el empleado trabaja **típicamente**

Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Una "semana laboral" es el horario habitual o normal del empleado (horas por semana). Si el empleado tiene una semana laboral estándar (por ejemplo, 40 horas/semana, o 24 horas/semana), indique ese horario: **3**

Si la semana laboral del empleado varía de una semana a otra, indique las horas trabajadas en cada una de las 12 semanas anteriores a la recepción de este formulario o antes del inicio de la licencia, lo que ocurra primero (incluidas las horas extras trabajadas), **más** las horas por las que el empleado haya tomado algún tiempo libre remunerado: **4** ★

Semana 1:	Semana 2:	Semana 3:	Semana 4:
Semana 5:	Semana 6:	Semana 7:	Semana 8:
Semana 9:	Semana 10:	Semana 11:	Semana 12:

Sección 4: Cierres Programados *(para ser completado por el Empleador)*

Para el período de licencia solicitado, indique las fechas de los días festivos de la Compañía o de otros ceses o cierres programados durante los cuales el empleado no debería trabajar normalmente si no estuviera de licencia:

NOTAS

Sección 3 – Los ingresos y el horario del empleado *(para ser completado por el Empleador)*

- 1** Se debe proporcionar **la tarifa de pago regular del empleado**, a partir de la fecha de la licencia.
- 2** **La fecha de separación del empleado del trabajo** solo es necesaria si el empleado dejó de estar empleado. Esta fecha debe reflejar la fecha en que el empleado ya no estaba empleado (es decir, ya no está en la nómina del empleador), y no debe reflejar la última día trabajado (a menos que esos dos eventos ocurrieron el mismo día).
- 3** **4** Solo se debe completar una de estas secciones para cada empleado.
- 3** Cuando un empleado tiene un horario regular (es decir, generalmente trabaja el mismo horario cada semana) se debe completar el recuadro. Las horas extraordinarias solo deben incluirse para este empleado cuando forman parte de su horario regular.
- 4** Cuando un empleado no tiene un horario regular (es decir, generalmente trabaja diferentes días u horas cada semana), se debe completar el recuadro para el ítem **4**. Las horas extras solo deben incluirse si se utilizaron en el período de 12 semanas inmediatamente anterior a la solicitud para beneficios. Si el empleado no estuvo empleado durante las 12 semanas completas anteriores a la presentación del formulario, el empleador puede proporcionar solo las semanas trabajadas y marcar las semanas restantes como "N/A."

Sección 4 – Cierres programados *(para ser completado por el Empleador)*

- 5** Si hay fechas en que el empleador no esperaría que el empleado trabajara, debido a un feriado u otro cierre programado, esas fechas deben anotarse aquí. Las fechas deben proporcionarse ya sea que empleador pague o no al empleado por esas fechas. Si se esperaba que el empleado trabajara en el feriado o en la fecha de cierre, no lo incluya aquí.

Formulario de verificación de empleo:

Página 2, sección 5

Sección 5: Otras Posibles Fuentes de Ingresos (para ser completado por el Empleador)

¿Ha **solicitado** el empleado los beneficios de Compensación a Trabajadores? Sí No

• Si la respuesta es Sí, ¿se han **aprobado** los beneficios de Compensación a Trabajadores? Sí No

o Si la respuesta es Sí, por favor indique las fechas para las cuales el empleado está autorizado a recibir los Beneficios de Compensación a Trabajadores: Al: _____ Del: _____

“**Los beneficios de sustitución de ingresos**” se refieren a las fuentes de ingresos proporcionadas por el empleador al trabajador, incluidas las licencias por enfermedad, las vacaciones, el tiempo libre remunerado, los beneficios por incapacidad, etc. **Por favor indique cuál de los siguientes aplica al empleado (marque todos lo que correspondan):**

El empleado no recibirá ningún beneficio de sustitución de ingresos proporcionado por el empleador mientras esté en licencia. **1**

El empleado recibirá un beneficio de sustitución de ingresos proporcionada por el empleador, igual al salario habitual del empleado, durante toda la duración de la licencia del empleado. **2**

El empleado recibirá un beneficio de sustitución de ingresos proporcionada por el empleador, igual al salario habitual del empleado, durante una parte de la licencia del empleado. Por favor indique la fecha en que el trabajador dejará de recibir dichos beneficios de sustitución de ingresos: **3**

El empleado recibirá un beneficio de sustitución de ingresos proporcionada por el empleador, que son inferiores al salario habitual del empleado durante una parte o la duración de la licencia del empleado. **4**

Indique si los beneficios de sustitución de ingresos proporcionadas por el empleador son:

primarios – la duración y el monto de los beneficios serán los mismos independientemente de que se paguen o no beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut

secundarios – el pago del beneficio se retrasará o reducirá si se le pagan los beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut

Si los beneficios de sustitución de ingresos proporcionadas por el empleador son **primarios**, ¿qué porcentaje del salario del empleado se pagará y durante cuánto tiempo? Porcentaje: _____ Duración: _____

Si el porcentaje va a cambiar a lo largo del tiempo, indique los porcentajes por separado en cada línea que corresponda: Porcentaje: _____ Duración: _____

Porcentaje: _____ Duración: _____

Si los beneficios de sustitución de ingresos son secundarios, la Licencia Pagada por Connecticut delega en el empleador la responsabilidad de cumplir el requisito legal para que la suma de los beneficios de la Licencia Pagada por Connecticut más los beneficios proporcionados por el empleador no excedan el 100% del salario habitual del empleado.

NOTES

Sección 5 – Otras Posibles Fuentes de Ingresos (para ser completado por el Empleador)

1 Esta primera sección debe seleccionarse solo si el empleado no está recibiendo un reemplazo de salario bajo ningún beneficio laboral proporcionado por el empleador (por ejemplo, el uso de tiempo libre pagado acumulado o discapacidad a corto plazo). Si se selecciona esta casilla, ninguna de las otras 3 casillas debe estar marcada.

2 Esta casilla reflejaría que el empleado no tendrá una reducción en los salarios proporcionados por el empleador durante su licencia. En otras palabras, recibirá su salario completo durante la duración de la licencia solicitada. Es improbable que un empleado tenga marcada esta casilla al mismo tiempo que otras casillas, a menos que el empleado fuera elegible para recibir mayores beneficios mientras estaba de licencia que los que recibió mientras trabajaba.

3 Esta casilla reflejaría el reemplazo total del salario proporcionado por el empleador, pero sólo por una parte del tiempo que se solicita la licencia. Por ejemplo, el empleador proporciona hasta 2 semanas de 100% del salario completo para la licencia parental, pero el empleado solicita una licencia pagada de 6 semanas. Nota: de conformidad con las regulaciones de la FMLA de CT, los empleadores deben permitir que sus empleados retengan hasta 2 semanas de tiempo libre pagado acumulado si así lo desean.

4 Por lo general, este campo se aplica a beneficios tales como la propia cobertura de discapacidad a corto plazo del empleador u otros beneficios que reemplazan menos del salario completo del empleado. La mayoría de los planes de discapacidad a corto plazo son pagadores secundarios, es decir, reducirán sus beneficios en función de los otros ingresos que recibe el empleado. Es raro, pero no imposible, que dichos planes de beneficios son pagadores primarios, es decir, pagarán el mismo beneficio independientemente de otros ingresos que reciba el empleado. Si el plan se proporciona a través de un tercero, los documentos del plan o el representante de la cuenta del plan pueden ser de ayuda para determinar si dichos beneficios son primarios o secundarios.

Formulario de verificación de empleo:

Página 2, secciones 6 y 7

Sección 6: Licencias que Requieren Aprobación Adicional del Empleador *(para ser completado por el Empleador)*

Complete sólo si el empleado solicita una Licencia por Vínculo Intermitente o con Horario Reducido:

¿Ha autorizado a su empleado a tomar una licencia intermitente o una licencia con horario reducido con el fin de establecer un vínculo con un recién nacido o con un hijo adoptado o acogido recientemente? Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor describa el momento, frecuencia y duración de la licencia intermitente o el cambio de horario *(por ejemplo, licencia tomada 2 días al mes, horario reducido en un 15%)*: _____ **1** ★

Complete sólo si el empleado solicita una Licencia por Urgencia que Califica por "otra razón aprobada":

¿Ha autorizado a su empleado a tomar una licencia por urgencia que califica por una razón **distinta** de la licencia por despliegue con breve aviso, acontecimientos militares y actividades relacionadas, cuidado de los hijos o de los padres en caso de emergencia, arreglos financieros y legales, asesoramiento, descanso y recuperación del militar cubierto, actividades posteriores al despliegue? Sí No **2** ★

Si la respuesta es Sí, por favor describa el momento, frecuencia y duración de dicha licencia por una urgencia que califica, *(por ejemplo, licencia tomada 2 días/mes, horario reducido en un 15%)*: _____

Sección 7: Declaración y Firma de Empleador

Bajo pena de perjurio, declaro que, a mi mejor saber y entender, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra falta de proporcionar información verdadera, precisa y completa puede dar lugar a sanciones monetarias y de otro tipo, así como a la posibilidad de un proceso penal.

Firma: **3**

Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Título de Trabajo:

NOTAS

Sección 6 – Licencias que Requieren Aprobación Adicional del Empleador *(para ser completado por el Empleador)*

1 Licencia de horario intermitente o reducido para la vinculación se permite solo si el empleador está de acuerdo. Este campo captura si el empleador está aprobando esa solicitud y los parámetros de esa aprobación. Si un empleador no aprueba una licencia de horario intermitente o reducido para la vinculación, entonces debe seleccionar NO.

2 Licencia por exigencia calificada se permite por las razones específicas enumeradas, que se encuentran en 29 CFR 825.126(b)(1) a (8). Hay otra opción disponible para actividades adicionales acordadas por el empleador y el empleado como una exigencia calificada. Este campo captura si el empleador y el empleado han llegado a tal acuerdo y los parámetros de ese acuerdo. Si un empleador no aprueba una actividad que no figura en la lista, entonces debe seleccionar NO.

3 Podrá "dibujar" su firma en el campo de firma usando el cursor.