



P.M. Nombre del Supervisor (Letra de Imprenta): \_\_\_\_\_

Report ID# (Oficina): \_\_\_\_\_

Fecha (Oficina): \_\_\_\_\_

1. Por este documento (nombre del empleador) Complete Property Services, LLC revela que un informe del consumidor puede obtenerse con fines de empleo como parte de la verificación de antecedentes previos y en cualquier momento durante su empleo o afiliación.

2. Esto autorizará la obtención de un informe del consumidor por una agencia de informes crediticios u otras fuentes como parte de la investigación de antecedentes previa a la selección. Si es aceptada, esta autorización permanecerá archivada y servirá como una autorización continua para el empleador designado a sus asociados u otras fuentes para obtener informes de consumidores en cualquier momento durante mi período de afiliación o empleo.

3. También autorizo la obtención de un informe de investigación del consumidor y entiendo que puede contener información sobre mi empleo y antecedentes educativos, antecedentes penales, crédito, modo de vida, reclamos de indemnización laboral, carácter y reputación personal. También entiendo que puede hacer uso de Internet, incluidos los sitios de redes sociales. Entiendo que tengo derecho a obtener información adicional sobre la naturaleza y el alcance de la investigación mediante solicitud por escrito dentro de un período de tiempo razonable y a obtener una copia del informe a solicitud.

Esta autorización, en original o copia, será válida para este y los futuros informes o actualizaciones que se soliciten.

4. En relación con esta solicitud, autorizo a todas las corporaciones, empresas, ex empleadores, supervisors, agencias de crédito, instituciones educativas, agencias de aplicación de la ley/ justiciar penal, tribunals municipales, estatales, del condado y federales, oficinas estatales de vehículos motorizados y personas a liberar información que puedan tener sobre mí a la persona o compañía ante la cual se ha presentado este formulation, si es necesario, o su agente. Además, le autorizo a obtener un informe de investigación del consumidor en cualquier momento, y cualquier número de veces, antes, durante y después de mi empleo, si a discreción de la empresa (o sus designados), tiene una necesidad commercial legítima y legalmente permitida para la información requerida.

Libero y eximo a todas las partes involucradas de cualquier y toda responsabilidad por los daños que surjan de solicitar, obtener o proporcionar la información solicitada, except con respect a una violación a la Ley. Autorizo al empleador y su agente / agencia de informes de crédito y todas las entidades asociadas y sus clients a recibir cualquier información de antecedentes penales o informe de crédito que pertenezca en los archivos de cualquier agencia de justicia penal estatal o local.

SOLO PARA RESIDENTES DE CA, MN, OK: Como parte de una investigación de antecedentes de rutina, podemos solicitar un informe crediticio del consumidor de una agencia de informes crediticios del consumidor o de una de sus empresas asociadas. Si lo hacemos y desea que se le envíen una copia gratuita de este informe crediticio del consumidor, marque aquí:

Mi firma a continuación también indica que he recibido un Resumen de Derechos de acuerdo con la Ley de Informe de Justo Crédito.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Otros nombres usados: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono y/o Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

CPS realiza un período de evaluación de 90 días. CPS utiliza este período para evaluar las capacidades del empleado, sus hábitos de trabajo y desempeño general. Tanto el empleado como CPS pueden terminar la relación de trabajo a voluntad en cualquier momento durante este período, con o sin causa o aviso anticipado.

**EL EMPLEADO LEE Y ENTIENDE:**

\_\_\_ Inglés \_\_\_ Español

**COMPLETE PROPERTY SERVICES, LLC**  
 EMPLEADOR QUE BRINDA IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE EMPLEO

FECHA DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

TARIFA DE PAGO: \_\_\_\_\_

SUPERVISOR (Letra de Imprenta): \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE EMPLEO**

*Recibimos solicitudes y contratamos empleados sin distinción de raza, color, sexo, religión, edad, nacionalidad, estado marital, discapacidad, estado de veterano y estado de ciudadanía o cualquier otra categoría protegida. La recepción de esta solicitud no significa que existan vacantes de trabajo y no nos obliga de ninguna manera. Agradecemos su interés en nuestro negocio.*

**Letra de Imprenta legible**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Primero Inicial Apellido

Dirección actual: \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Qué tiempo lleva en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa o Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Qué tiempo vivió aquí? \_\_\_\_\_ ¿Es mayor de 18 años? SI NO Si no, está sujeto a verificación de que tiene la edad mínima legal.

¿Actualmente está usted autorizado para trabajar en los E.U.? SI NO

¿Puede proveer documentación que indique que está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos? SI NO

**EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:** \_\_\_\_\_  
Nombre Número de Teléfono  
**FAVOR DE COMPLETAR:** \_\_\_\_\_  
Relación

**INFORMACION DE EMPLEO**

Posición que solicita: \_\_\_\_\_ Fecha disponible para comenzar: \_\_\_\_\_

¿Qué días puede trabajar? Días: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

¿Ha sido asegurado? SI NO ¿Ha rechazado algún seguro? SI NO

Si es si, explique la razón y fecha: \_\_\_\_\_

¿Qué salario o tarifa espera? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha solicitado trabajar con nosotros? SI NO ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha sido condenado por un delito, no se declaró en oposición o se celebró una sentencia? SI NO Si es si, explique:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Sirvió en el ejército de los Estados Unidos?  SI  NO Fecha de baja: \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilegales?  SI  NO

¿Su empleador actual sabe de sus planes de cambiar de empleo?  SI  NO

¿Porqué desea cambiar? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha tenido un puesto de confianza (maneja dinero o material confidencial)?  SI  NO

¿Tiene una Licencia de conducir válida?  SI  NO Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Si responde NO, ¿cómo llegará al trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuenta con transporte regular para llegar al trabajo?  SI  NO

¿Alguna vez lo despidieron o le pidieron la renuncia?  SI  NO

¿Tiene otras experiencias, capacidades o calificaciones que se relacionen específicamente con este trabajo?

¿Tiene amigos o familiares que actualmente trabajen aquí?  SI  NO Nombre: \_\_\_\_\_

¿Puede realizar las tareas de construcción del empleo para el que aplica sin ayuda?  SI  NO

Ejemplos: Mover escaleras solo? Levantar 50 libras?

Si responde NO, por favor explique: \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE EDUCACION

EDUCACION	AÑOS TERMINADOS	TITULO RECIBIDO Y CURSO PRINCIPAL	NOMBRE DE LA ESCUELA O COLEGIO	UBICACION	¿SE GRADUO?
INSTITUTO O SECUNDARIA					
ESCUELA DE NEGOCIOS O POR CORRESPONDENCIA					
ESCUELA SUPERIOR					

Describa cualquier otra capacitación especializada o profesional (como escuela de negocios, técnica o de enfermería). Incluya los programas educativos realizados a través de empleo público o privado. Indique si recibió algún título o certificado.

**ANTECEDENTES DE TRABAJO (Comience con el empleador actual o más reciente).**

1) Nombre y dirección del empleador más reciente \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_  
Supervisor Inmediato (Nombre y Posición): \_\_\_\_\_  
Título y deberes de su trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha que terminó: \_\_\_\_\_ Ultimo salario: \_\_\_\_\_  
Motivo de separación: \_\_\_\_\_

2) Nombre y dirección del empleador más reciente \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_  
Supervisor Inmediato (Nombre y Posición): \_\_\_\_\_  
Título y deberes de su trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha que terminó: \_\_\_\_\_ Ultimo salario: \_\_\_\_\_  
Motivo de separación: \_\_\_\_\_

3) Nombre y dirección del empleador más reciente \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_  
Supervisor Inmediato (Nombre y Posición): \_\_\_\_\_  
Título y deberes de su trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha que terminó: \_\_\_\_\_ Ultimo salario: \_\_\_\_\_  
Motivo de separación: \_\_\_\_\_

4) Nombre y dirección del empleador más reciente \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_  
Supervisor Inmediato (Nombre y Posición): \_\_\_\_\_  
Título y deberes de su trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha que terminó: \_\_\_\_\_ Ultimo salario: \_\_\_\_\_  
Motivo de separación: \_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos con los patrones mencionados?  SI  NO Si es NO, indique cuales no contactemos.

**REFERENCIAS (No liste parientes o jefes anteriores)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Los hechos expuestos anteriormente en mi solicitud de empleo son verdaderos y completos. Entiendo que si empleo declaraciones falsas u omito información en esta solicitud, un curriculum u otra información proporcionada por el solicitante puede considerarse razón suficiente para el despido. Entiendo que los informes de los consumidores que pueden contener información de registros públicos se pueden solicitar a la agencia de informes. Estos informes pueden incluir información sobre mi carácter, hábitos de trabajo, desempeño y experiencias junto con los motivos de la terminación de un empleo anterior de los empleadores anteriores. Además, entiendo que puede estar solicitando información de varias agencias federales, estatales y otras que mantienen registros sobre mis actividades pasadas relacionadas con mi conducta, crédito, antecedentes penales y otras experiencias. Entiendo que tengo el derecho de hacer una solicitud por escrito dentro de un periodo de tiempo razonable para recibir información detallada adicional sobre la naturaleza y el alcance de este informe de investigación del consumidor.

Autorizo el uso de cualquier información en esta aplicación para verificar mis declaraciones, y autorizo a mis empleadores pasados dar referencias, y cualquier otra persona a contestar todas las preguntas concernientes a mis habilidades, carácter, reputación y experiencias anteriores. Relevo a estas personas de cualquier responsabilidad o daños por haber proporcionado dicha información. Entiendo que el empleo en esta organización es a voluntad y no garantiza contrato o promesa de empleo por un período de tiempo específico.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

CPS Pre-employment Experience Self -Evaluation					
CPS Evaluacion personal de experiencia en este tipo de empleo					
		Check Category 1 - S			Categorize su abilidad
(ENGLISH) Experience:	Years of Experience	1 = Apprentice 5 = Journeyman	(ESPAÑOL) Experiencia en:	Años de experiencia	1-Novato 5-Mecanico
<b>Part A:</b>			<b>Parte A:</b>		
Caulking			Calafateo		
Silicone Sealants			Glasear con silicona		
Structural Sealants			Silicones y selladores estructural		
Urethane Sealants			Selladores de uretano		
Pressure Washing			Lavardo a presión		
Structural Concrete Repairs			Reparaciones estructuras de concreto		
Carpentry Form/ Bldg.			Carpinteria / Montando de formas		
Rod Buster			Montando barrillas de acero		
Patching (Overhead/Vertical)			Parches de restauración / en concreto		
Stucco Repairs			Reparaciones de estuco		
Lather			Instalación de espuma para estuco		
Epoxy Injection			Inyecciones de epoxy		
Chemical Grout			Usando lechada química		
Urethane Deck Systems			Aplicar sistemas de cubierta de uretano en pisos		
Acrylic Knockdown Systems			Sistemas de derribos de acrílico		
Hot Applied Systems			Sistema de aplicados de caliente		
Cold Applied Systems			Sistema de aplicados de frio		
Sand Blasting			Chorrear con arena		
Tuck Pointing			Pliegue apuntado de ladrillos		
Carbon Fiber			Instalando fibra de carbón		
Expansion Joints Wabo/ Emseal			Sellando uniones de expansión/ Emseal etc.		
<b>Part B:</b>			<b>Parte B:</b>		
Airless Sprayer/ ing			Pintura de aerosol		
Airless Packing Replacement			Arreglar equipo de pintura de aerosol		
Spray Cup Gun			Pintura con pistola de copa		
Spray Gun Maintenance			Mantenimiento de pistola de copa		
Electrostatic Sprayer			Pintura electro-estática		
Masking			Instalación Cinta adhesiva / tape		
Patching			Parches		
Acrylic Coatings			Pinturas Acrílicas		
Elastomeric Coatings			Pinturas a prueba de agua/ acrílicas		
Industrial Coatings			Pinturas industriales		
Interior Painting			Pinturas de interiores		
Sheet Rock Repairs			Reparaciones: paredes seca (chapas)/panel de yeso		
Window Sill Repairs			Arreglo de base de ventanas		
<b>Part C:</b>			<b>Parte C:</b>		
Swing Stage			Andamio de cables		
Swing Stage Set up Beams			Montar andamios con vigas		
Swing Stage Set up Hooks			Montar andamios con ganchos		
Mast Climber			Andamio de torres / mast climber		
Fixio Climber			Andamio de torres / fixio climber		
Tallest Bldg Worked On ( ) # of floors			Edificio mas alto que has trabajado # de pisos ( )		
Scaffolding Mason			Andamio de tubas/ de albañil		
Scaffolding Baker			Andamio de tubas/ de baker		
Booms / Hi Reach			Auges /Alto alcance (telescopico) (Booms/Hi Reach)		
Scissors lift			Auges de Tijeras (Scissor lift)		
Ladder Jacks			Gatos de escaleras (Ladder jacks)		
Forklift/ Lull			Caretilla elevadora / telescopica (fork lift)		
Tallest Equipment used ( ) feet			Equipo más alto usado en pies ( )		
Bobcat			Bobcat		
Heavy Equipment			Equipo pesado		

## Certificaciones

Favor de marcar las certificaciones que tenga y fecha cuando se expiran:

	Marque aquí	Fecha de Expiración	
OSHA 10 Horas			No se expira
CPR			2 años recomendado
Orientación de seguridad			No se expira
Andamio de cables (Swing Stage)			Expira en 3 años
Plataforma aerea (Aerial Platform)			Expira en 5 años
Caretilla elevadora (Fork Lift & Lull)			Expira en 3 años
Scaffold OSHA subpart L			No se expira
Respiratorio			Expira en 1 año
Elevador temporario/ telescopicos (Buck Hoist)			No se expira
Asbestos/Plomo			Expira en 1 año
DOT - Exámen físico			Expira en 1 año



# COMPLETE PROPERTY SERVICES, LLC

## Política de seguridad de la compañía

### Equipo de Protección Personal

1. Usar casco de seguridad en TODOS los trabajos por TODOS los empleados de CPS (sin excepciones).
2. No se usarán pantalones cortos en ningún proyecto.
3. Todas las camisas deben tener mangas.
4. Usar botas de trabajo en todos los trabajos (ningún tipo de tenis).
5. Usar gafas de seguridad durante cualquier operación que implique peligro a su vista.
6. Usar protectores de la cara y gafas de seguridad durante toda operación de moler (grinding).
7. Usar mascarillas contra el polvo durante cualquier operación que implique polvo, humos o partículas.
8. Usar guantes de cuero al trabajar con metales, al levantar o recoger artículos agudos o filosos o de cualquier clase.
9. Uso de correas de seguridad para la espalda cuando se levantan equipos y/o materiales.
10. **NO** se permite el uso de alcohol o drogas en ningún área de trabajo en ningún momento.
11. Todo tratamiento por accidente que no sea de emergencia debe ser autorizado primero por la Oficina.
12. Reporte todo accidente de trabajo al Supervisor inmediatamente.
13. Utilice el cinturón de seguridad siempre que viaje en cualquier vehículo de la compañía.
14. Es su responsabilidad mantener su área de trabajo limpia y organizada.
15. **NUNCA** REMUEVA O ALTERE las guías de seguridad de los equipos o maquinarias.
16. Notifique al Supervisor si necesita equipo adicional o instrucciones en como realizar su trabajo con seguridad.
17. Levante con sus piernas, no con su espalda. Busque ayuda cuando vaya a levantar más de 50 libras.
18. Avísele a su Supervisor cualquier condición peligrosa.
19. Siga **TODAS** las demás reglas de seguridad escritas y habladas.

### Precauciones de Seguridad Personales

1. Absolutamente prohibido el uso de armas de fuego y las armas cortapulsantes en los lugares de trabajo.
2. No se utilizaran radios o música en equipos personales en ninguno de los proyectos.
3. No se utilizaran celulares en su trabajo, except para uso del trabajo o emergencias.
4. Ninguna joyería o prendas expuesta.
5. No fumar en el trabajo, except en areas designadas.
6. Ninguna ropa holgada (muy grande).

## **Penalidades por violación a las reglas de seguridad de la compañía**

1. **PRIMERA OFENSA:** Advertencia **verbal** / Documentación escrita.
2. **SEGUNDA OFENSA:** Advertencia **escrita** / una semana de suspensión.
3. **TERCERA OFENSA:** El empleado es **DESPEDIDO**.

## **Violaciones flagrantes (obvias): (DESPIDO AUTOMATICO)**

1. No usar correctamente el arnés de seguridad, enganchado a una línea de vida independiente debidamente montada, mientras se trabaja desde un andamio giratorio u otra superficie que requiera un cinturón de seguridad.
2. Presentarse a trabajar bajo los efectos del ALCOHOL o DROGAS o consumir durante las horas de trabajo.
3. Remoción, derrota o destrucción no autorizada de un dispositivo o guía de seguridad.

## **VIOLACION A CUALQUIERA DE ESTAS TRES** **“DESPIDO AUTOMATICO”**

**HE LEIDO ESTAS REGLAS, LAS ENTIENDO Y PARA MI PROPIO BENEFICIO LAS VOY A SEGUIR/OBEDECER.**

\_\_\_\_\_  
Michael Krueger, C.E.O.

\_\_\_\_\_  
Director de Seguridad

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado (Letra de Imprenta)

\*Cuando la lesión es causada por la negligencia intencional del empleado, el uso de equipo de seguridad o para obedecer las reglas de seguridad, los beneficios de compensación pueden reducirse en (25%), (Estatuto de Florida 440.09–(4))



## POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO

Si la licencia solicitada es por una razón por la cual la licencia FMLA se tomó o certificó previamente. También se puede solicitar a los empleados que proporcionen una certificación y una recertificación periódica que respalde la necesidad de una licencia.

### **Responsabilidades del Empleador**

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que solicitan licencia si son elegibles bajo FMLA. Si lo son, la notificación deberá especificar cualquier información adicional necesaria así como los derechos y responsabilidades de los empleados. Si no son elegibles, el empleador debe proporcionar una razón por la ineligibilidad.

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados si la licencia se designará como protegida por FMLA y la cantidad de licencia se contará contra el derecho de licencia del empleado. Si el empleador determina que la licencia no está protegida por FMLA, el empleador debe notificar al empleado.

### **Actos ilegales de los Empleadores**

FMLA hace que sea ilegal cualquier empleador que:

- Interfiera con, restrinja o niegue cualquier derecho previsto bajo FMLA;
- Despida o discrimine a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica de hechos ilegales por FMLA o por su participación en cualquier procedimiento bajo o relacionado con FMLA.

### **Aplicación**

Un empleado puede presentar una queja ante el Departamento del Trabajo de Estados Unidos o puede entablar una demanda privada contra un empleador.

FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni reemplaza ninguna ley estatal o local o acuerdo de negociación colectiva que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

Sección 109 de FMLA (29 U.S.C. 2619) exige que todo empleador bajo el alcance de FMLA exhiba el texto de este aviso. Los Reglamentos 29 C.F.R. §825.300 (a) puede exigir divulgaciones adicionales. Para obtener información adicional: 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627 [WWW.WAGEHOUR.DOL.GOV](http://WWW.WAGEHOUR.DOL.GOV)

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos/Administración de Normas de Empleo Division de Horas y Salarios.

**He leído este aviso y me comprometo a leer el manual del empleado.**

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_

**Testigo del Empleado:** \_\_\_\_\_

## **COPIA DEL EMPLEADO**

### **Aviso General de FMLA**

(Por favor vea el manual del empleado para obtener información adicional)

#### **Derechos Básicos de Licencia**

La Ley de Licencia Familiar y Medica (FMLA, por sus siglas en ingles) exige que todo empleador bajo el alcance de la Ley provea a sus empleados elegibles hasta 12 semanas de licencia del trabajo, no remuneradas y con protección del puesto, por las siguientes razones:

- Por incapacidad causada por embarazo, atención médica prenatal o parto;
- Para atender a un hijo del empleado después de su nacimiento, o su colocación para adopción o crianza; para
- Atender a un conyuge, hijo, hija, o padres del empleado, que padezca de una condición de salud seria; o
- Por causa de una condición de salud seria que le impida al empleado desempeñar su puesto.

#### **Derechos de Licencia para Familias Militares**

Los empleados elegibles con un conyuge, hijo, hija, o padre que estén en servicio activo o se le haya avisado de una llamada a estado de servicio activo bajo cobertura pueden usar su derecho de licencia de 12 semanas para atender ciertas exigencias calificadoras. Las exigencias calificadoras pueden incluir la asistencia a ciertos eventos militares, la fijación del cuidado alternativo de hijos, atender ciertos arreglos financieros y legales, asistir a ciertas consultas con consejeros y asistir a sesiones de reintegración después del despliegue.

FMLA también incluye un derecho especial de licencia que les concede a los empleados elegibles ausentarse del trabajo por hasta 26 semanas para atender a un miembro del servicio militar bajo el alcance de la Ley durante un periodo único de 12 meses. Un miembro del servicio bajo el alcance de la Ley es: (1) un miembro actual de las Fuerzas Armadas, incluyendo un miembro de la Guardia Nacional o Reservas, que este atravesando tratamiento médico, recuperación o terapia, es de cualquier otra forma paciente externo, o esta de cualquier otra forma en la lista de retiro temporal por discapacidad, debido a una lesión o enfermedad grave; o (2) un veterano que fue licenciado o relevado bajo condiciones no deshonrosas en cualquier momento durante el periodo de cinco años antes de la primera fecha en la que el empleado elegible toma la licencia bajo la FMLA para cuidar de un veterano bajo el alcance de la Ley, y que esté atravesando tratamiento médico, recuperación o terapia por una lesión o enfermedad grave.

#### **Beneficios y Protecciones**

Durante una licencia bajo FMLA, el empleador debe mantener en vigor el seguro de salud del empleado bajo cualquier "plan de seguro colectivo de salud" con los mismos términos como si el empleado hubiese seguido trabajando. Al regresar de una licencia de FMLA, la mayor parte de los empleados debe restaurarse a su puesto original o puesto equivalente con sueldo, beneficios y otros términos de empleo equivalentes.

El tomar una licencia bajo FMLA no puede resultar en la pérdida de ningún beneficio de empleo acumulado antes de que el empleado comenzara una licencia.

#### **Requisitos para Elegibilidad**

Los empleados son elegibles si han trabajado para el empleador bajo el alcance de la Ley durante por lo menos 12 meses, por 1,250 horas durante los previos 12 meses y si el empleador emplea por lo menos a 50 empleados dentro de un área de 75 millas.

**Complete Property Services, LLC**

13505 Prestige Place

Tampa, Florida 33635

Office: (727) 793-9777 Fax: (727) 793-0727

[www.completeproperty.com](http://www.completeproperty.com)

## **Definición de una Condición de Salud Seria**

Una condición de salud seria es una enfermedad, lesión, impedimento, o condición física o mental que involucra una pernoctación en un establecimiento de atención médica, o el tratamiento continuo bajo un servidor de atención médica por una condición que le impide al empleado desempeñar las funciones de su puesto, o impide al miembro de la familia que califica participar en actividades escolares o en otras actividades diarias.

Dependiendo de ciertas condiciones, se puede cumplir con el requisito de tratamiento continuo con un periodo de incapacidad de más de 3 días civiles consecutivos en combinación con por lo menos dos visitas a un servidor de atención médica o una visita y un regimen de tratamiento continuo, o incapacidad a causa de un embarazo, o incapacidad a causa de una condición crónica. Otras condiciones pueden satisfacer la definición de un tratamiento continuo.

## **Uso de Licencia**

El empleado no necesita usar este derecho de licencia todo de una vez. La licencia se puede tomar intermitentemente o según un horario de licencia reducido cuando sea medicamente necesario. El empleado debe esforzarse razonablemente cuando hace citas para tratamientos médicos planificados para no interrumpir indebidamente las operaciones del empleador. Licencias causadas por exigencias calificadoras también pueden tornarse intermitentes.

## **Substitución de Licencia remunerada por Licencia no Remunerada**

El empleado puede escoger o el empleador puede exigir el uso de licencias remuneradas acumuladas mientras se toma licencia bajo FMLA. Para poder usar licencias remuneradas cuando toma la licencia bajo FMLA, el empleado debe cumplir con la política normal del empleador que rija las licencias remuneradas.

## **Responsabilidades del Empleado**

El empleado debe proveer un aviso con 30 días de anticipación cuando necesite licencia bajo FMLA cuando la necesidad es previsible. Cuando no sea posible proveer un aviso con 30 días de anticipación, el empleado debe proveer aviso en cuanto sea factible y, en general, debe cumplir con los procedimientos normales del empleador de llamar.

Los empleados deben proporcionar suficiente información para que el empleador determine si la licencia califica para la protección de FMLA, con la fecha y la duración anticipadas de la licencia. Suficiente información puede incluir que el empleado no puede desempeñar las funciones del puesto, que el miembro de la familia no puede desempeñar las actividades diarias, la necesidad de ser hospitalizado o de seguir un regimen continuo bajo un servidor de atención médica, o circunstancias que exijan una necesidad de licencia familiar militar. Además, los empleados deben informar al empleador si la licencia solicitada es por una razón por la cual se había previamente tornado o certificado la licencia bajo FMLA. También se le puede exigir al empleado que provea certificación y re-certificación periódicamente constatando la necesidad para la licencia.

## **Responsabilidades del Empleador**

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que solicitan licencia si son elegibles bajo FMLA. Si lo son, la notificación deberá especificar cualquier información adicional necesaria así como los derechos y responsabilidades de los empleados. Si no son elegibles, el empleador debe proporcionar una razón por la inelegibilidad.

Los empleadores deben informarles a los empleados si la licencia se designara como protegida por FMLA y la cantidad de licencia contada contra el derecho de licencia del empleado. Si el empleador determina que la licencia no es protegida por FMLA, el empleador debe notificar al empleado.

### **Actos ilícitos por los Empleadores**

FMLA hace que sea ilegal que un empleador:

- Interfiera con, restrinja o niegue cualquier derecho previsto bajo FMLA;
- Despida o discrimine a cualquier persona por oponerse a cualquier practica de hechos ilícito por FMLA o por su participación en cualquier procedimiento bajo o relacionado con FMLA.

### **Aplicación**

Un empleado puede presentar una reclamación ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o puede iniciar una demanda civil particular contra el empleador.

FMLA no afecta ninguna otra ley federal o estatal que prohíba la discriminación, o invalida ninguna ley estatal o local o ninguna negociación colectiva que provea derechos familiares o médicos superiores.

Sección 109 de FMLA (29 U.S.C. 2619) exige que todo empleador bajo el alcande de FMLA exhiba el texto de este aviso. Los Reglamentos 29 C.F.R. §825.300 (a) puede exigir divulgaciones adicionales. Para obtener información adicional: 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627 [WWW.WAGEHOUR.DOL.GOV](http://WWW.WAGEHOUR.DOL.GOV)

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos/Administración de Normas de Empleo Division de Horas y Salarios.