

## CFRA Notice and CFRA/FMLA Designation (50 or More Employees) — Spanish

### Aviso de CFRA y Designación CFRA/FMLA (50 o más empleados)

#### Instrucciones generales

La Ley de Derechos Familiares de California (CFRA) y la Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA) establecen distintas reglas de cobertura para los empleadores. Todos los empleadores públicos, independientemente del tamaño, y todos los empleadores privadas con **cinco o más** empleados están cubiertos por la CFRA. Todos los empleadores públicos, independientemente del tamaño, y todos los empleadores privados con **50 empleados o más** están cubiertos por la FMLA.

La CFRA y la FMLA también tienen distintos requisitos de elegibilidad para los empleados. Tanto la CFRA como la FMLA exigen que los empleados hayan trabajado para su empleador actual como mínimo 12 meses (no es necesario que estos meses sean consecutivos) y que hayan trabajado 1,250 horas en los 12 meses anteriores a la fecha de la licencia. La ley FMLA tiene un requisito adicional de elegibilidad para los empleados y es que el empleado debe trabajar en un sitio de trabajo con 50 o más empleados dentro de un radio de 75 millas (120 km).

Una vez que el empleado haya establecido su elegibilidad, puede tomarse una licencia únicamente por los motivos admisibles según la CFRA y/o FMLA. La CFRA y la FMLA comparten los siguientes motivos admisibles para una licencia:

- Un problema grave de salud del empleado;
- Un problema grave de salud del padre, hijo (si el hijo es menor de 18 años o mayor de 18 pero incapaz de cuidarse solo debido a una discapacidad mental o física) o cónyuge del empleado;
- Para establecer un vínculo con un niño después de su nacimiento, adopción o entrega en guarda temporal; o
- Por exigencias militares admisibles.

Si el motivo admisible para que el empleado se tome la licencia está cubierto tanto por la CFRA como por la FMLA, entonces ambos derechos de licencia correrán al mismo tiempo. Esto también se conoce como licencia concurrente CFRA/FMLA.

Además de los motivos contemplados por la ley, el empleado puede tomarse una licencia CFRA, únicamente, por un problema grave de salud de un hijo adulto, independientemente de que sufra una incapacidad, o por un problema grave de salud de un suegro, abuelo, nieto, hermano o la pareja de hecho inscrita del empleado o de cualquier otra persona que tenga una relación de consanguinidad o de cercanía con el empleado ("persona designada"). Además, los empleados también pueden tomarse hasta 26 semanas de licencia FMLA, únicamente, para cuidar a un militar.

Debido a que existen algunas diferencias entre los motivos admisibles para la CFRA y la FMLA, también puede existir una situación en la que un empleado haya agotado la licencia CFRA pero cumpla los requisitos para la FMLA en el mismo período de 12 meses porque el motivo de la licencia CFRA no está cubierto por la FMLA (p. ej., el empleado primero se toma 12 semanas de licencia para cuidar a un abuelo por la CFRA y luego se toma otras 12 semanas de licencia para establecer un vínculo con un bebé conforme a la FMLA).

El empleador debe dar aviso a todos los empleados de los derechos que les corresponden conforme a la CFRA. La sección sobre Aviso de este formulario le brinda esa información al empleado. Al final del aviso, complételo con el nombre de la persona que maneja las licencias en su organización. Si la solicitud de licencia del empleado también califica para la licencia FMLA, también debe completar el formulario *FMLA — Aviso de elegibilidad y derechos y obligaciones*.

La licencia cubierta por la CFRA debe designarse como licencia protegida por CFRA, y el empleador deberá informarle al empleado la cantidad de días de licencia que se descontarán de la licencia CFRA a la cual tiene derecho. Si la licencia califica para la FMLA, el empleador debe designar la licencia como licencia protegida por la FMLA, y el empleador deberá informarle al empleado la cantidad de días de licencia que se descontarán de la licencia FMLA a la cual tiene derecho. Este formulario cumple con ambos requisitos.

No debe utilizarse este formulario si el empleado solicita una licencia por embarazo. En ese caso, utilice el formulario *Aviso de designación FMLA/PDL*. Si un empleado se toma una licencia que sólo está cubierta por la FMLA, podrá usar el formulario *Designación de FMLA*, que no contiene referencia alguna a las licencias CFRA.

## **CFRA Notice and CFRA/FMLA Designation (50 or More Employees) — Spanish**

---

No debe utilizarse este formulario si el empleado solicita una licencia por embarazo. En ese caso, utilice el formulario Aviso de designación FMLA/PDL. Si un empleado se toma una licencia que sólo está cubierta por la FMLA, podrá usar el formulario Designación de FMLA, que no contiene referencia alguna a las licencias CFRA.

A fin de determinar si la licencia está cubierta por la ley CFRA, la FMLA o ambas, el empleador podrá solicitar que se presente una certificación médica que justifique la licencia (este requisito debe indicarse en la política de licencias CFRA/FMLA del empleador).

Si la certificación es incompleta o no es suficiente, el empleador deberá indicar por escrito que es necesario suministrar información adicional para que la certificación sea completa y suficiente.

Si bien el uso de este formulario es opcional, al completar el formulario se suministra a los empleados la información exigida por la CFRA en el Título 2 del C.C.R, secciones 11091(a)(1)(A) y, si corresponde, por la FMLA en el Título 29 del C.F.R., secciones 825.300(d), 825.301 y 825.305(c), información que debe ser suministrada dentro de los cinco días hábiles posteriores a que el empleador cuente con suficiente información para determinar si la licencia califica para una licencia FMLA.

A continuación, se incluyen las instrucciones para completar cada sección del formulario:

### **Instrucciones para el aviso de designación**

#### **Sección I — Empleador**

Indique la última fecha en la que recibió una solicitud, certificación médica u otra documentación donde constara la necesidad del empleado de tomarse una licencia.

Indique si la licencia fue aprobada o rechazada, o si se necesita más información. Si se aprueba la solicitud de licencia, indique si la licencia se otorga por un motivo admisible únicamente para la CFRA, únicamente para la FMLA o por un motivo admisible para la CFRA y FMLA en forma concurrente.

#### **Sección II — Se requiere información adicional**

De ser necesario, indique la información adicional que necesita para tomar una determinación respecto de la licencia.

#### **Sección III — Aprobación de licencia CFRA y/o FMLA**

Si se conocen las fechas de inicio y finalización de la licencia, indique esas fechas en el primer casillero. Si se desconoce la duración o las fechas de la licencia, use el segundo casillero.

Indique si el empleado usará otra licencia con goce de sueldo durante la licencia CFRA y/o FMLA.

Si se trata de una licencia CFRA y/o FMLA, no debe solicitar a los empleados que utilicen una licencia con goce de sueldo si están recibiendo dinero de un plan de incapacidad pagado, como el Seguro Estatal de Incapacidad (SDI), la Licencia Familiar con Goce de Sueldo (PFL), la compensación de trabajadores o un plan de incapacidad a corto plazo otorgado por el empleador. Los empleados pueden optar por complementar estos beneficios de reemplazo salarial con licencia con goce de sueldo.

#### **Uso del seguro estatal de incapacidad (SDI) — Problema grave de salud del empleado**

Complete esta sección si el empleado recibirá beneficios SDI y solicitó complementar los beneficios del SDI con los beneficios de la licencia por enfermedad, vacaciones o PTO.

## **CFRA Notice and CFRA/FMLA Designation (50 or More Employees) — Spanish**

---

### **Uso de la licencia familiar con goce de sueldo (PFL) — Todos los demás motivos**

Complete esta sección si el empleado recibirá beneficios PFL y solicitó complementar los beneficios de la PFL con los beneficios de la licencia por enfermedad, vacaciones o PTO.

### **Continuidad de los beneficios de salud**

Los empleados tienen derecho a la continuidad de los beneficios de salud durante la licencia CFRA y/o FMLA por un máximo de doce (12) semanas. Según la ley de California, las empleadas que están de licencia por embarazo (PDL) podrán continuar participando en la cobertura grupal de salud durante un máximo de cuatro meses de PDL (siempre que dicho seguro se hubiera contratado antes de la licencia) con las mismas condiciones que si hubiera seguido trabajando. Los derechos a la cobertura grupal de salud pagada por el empleador durante la licencia de incapacidad por embarazo y durante la CFRA y/o FMLA son dos derechos distintos.

Indique la cantidad de dinero que debe pagar el empleado, las fechas de vencimiento y el período de gracia para el pago de los beneficios de salud. No se olvide de verificar el período de gracia con su compañía de seguro.

### **Reincorporación al trabajo**

Podrá solicitar que se presente una certificación médica donde conste la aptitud del empleado para regresar al trabajo si la ausencia se debió a un problema grave de salud del propio empleado. Para poder solicitar dicha certificación, debe contar con una política o práctica de aplicación uniforme para todas las situaciones similares. La certificación médica podrá dejar constancia de la aptitud del empleado para desempeñar las funciones esenciales de su puesto. Si la autorización para regresar al trabajo contiene esta información, deberá entregarle al empleado una lista de las funciones esenciales de su puesto, a más tardar junto con este aviso de designación.

Complete esta sección si solicita una autorización médica para regresar al trabajo. Adjunte una lista de las funciones esenciales del empleado si desea que el profesional médico certifique que el empleado está en condiciones de realizar las funciones esenciales de su puesto al reincorporarse al trabajo.



▲ Click above to insert your company logo

Replace this text with company name or delete to leave blank

## CFRA/FMLA Designation Notice — Spanish

### Aviso de designación CFRA y/o FMLA

#### SECCIÓN I — EMPLEADOR

El empleador será responsable de designar la licencia como licencia admisible según la CFRA y/o licencia admisible según la FMLA y de notificar dicha designación al empleado. Una vez que el empleado comunica la necesidad de tomarse una licencia por un motivo admisible según la CFRA y/o por un motivo admisible según la FMLA, el empleador no podrá demorarse en designar la licencia como licencia CFRA, FMLA o CFRA/FMLA, y ni el empleado ni el empleador podrán rechazar la protección de CFRA, FMLA o CFRA/FMLA para dicha licencia.

De (*Empleador*) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para (*Empleado*) \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_ recibimos la última información suministrada por usted para respaldar su pedido de licencia con motivo de:

- Nacimiento de un hijo, entrega de un niño en adopción o en guarda temporal, y para establecer un vínculo con un recién nacido o niño recién adoptado o entregado en guarda. **(CFRA únicamente, FMLA únicamente o CFRA/FMLA según la elegibilidad y las licencias disponibles)**
- Problema grave de salud propio del empleado. **(CFRA únicamente, FMLA únicamente o CFRA/FMLA según la elegibilidad y las licencias ya agotadas por el empleado)**
- Problema grave de salud de un hijo (menor de 18 años, o mayor de 18 años si el hijo es incapaz de cuidarse a sí mismo por una incapacidad física o mental), padre o cónyuge. **(CFRA únicamente, FMLA únicamente o CFRA/FMLA según la elegibilidad y las licencias disponibles)**
- Problema grave de salud de un hijo (si el hijo es un adulto capaz de cuidarse solo), suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, pareja de hecho inscrita o persona designada. **(CFRA únicamente)**
- Una exigencia admisible que surge del hecho de que su cónyuge, hijo o padre/madre está en servicio activo cubierto o ha recibido el aviso de una llamada inminente u orden para presentarse al servicio activo cubierto con las Fuerzas Armadas. **(CFRA únicamente, FMLA únicamente o CFRA/ FMLA según la elegibilidad y licencias disponibles)**
- Una exigencia admisible que surge del hecho de que su pareja de hecho está en servicio activo cubierto o ha recibido el aviso de una llamada inminente u orden para presentarse al servicio activo cubierto con las Fuerzas Armadas. **(CFRA únicamente)**
- Una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio militar cubierto, en caso de que usted sea el cónyuge, hijo, padre o familiar directo del miembro del servicio militar. *(Licencia para Cuidar a un Militar - 26 semanas)* **(FMLA únicamente)**

## CFRA/FMLA Designation Notice — Spanish

Hemos revisado la información relativa a su solicitud de licencia según la CFRA o CFRA/FMLA, junto con la documentación de respaldo suministrada, y hemos decidido que su licencia fue: *(Seleccione lo que corresponde)*

**Aprobada.** Toda la licencia tomada por este motivo se designará como: *(Pase a la Sección III para obtener más información)*

FMLA únicamente

CFRA únicamente

Licencias FMLA/CFRA con FMLA y CFRA simultáneas

**Denegada.** *(Seleccione lo que corresponde)*

La CFRA y/o FMLA no aplican a su solicitud de licencia.

A la fecha en que debería comenzar su licencia, usted no tiene ninguna licencia CFRA o FMLA disponible.

Otro: \_\_\_\_\_

Se requiere **información adicional** para determinar si su solicitud de licencia califica para una licencia CFRA y/o FMLA. *(Pase a la Sección II para consultar la información específica que se necesita. Si su licencia CFRA, FMLA o CFRA/FMLA fue aprobada y no se requiere información adicional, pase a la Sección III.)*

### SECCIÓN II — SE REQUIERE INFORMACIÓN ADICIONAL

Necesitamos más información para determinar si su licencia califica como licencia según la CFRA y/o FMLA. Una vez que recibamos la información adicional solicitada, le informaremos **dentro de los 5 días hábiles** si su licencia será designada como licencia CFRA y/o FMLA y si se descontará de la licencia CFRA y/o FMLA que tiene disponible. **En caso de no suministrar la información adicional solicitada, su solicitud de CFRA y/o FMLA podrá ser denegada.**

Si tiene alguna pregunta, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
comuníquese con: Nombre del Representante del Empleador Información de Contacto

#### **Certificación incompleta o insuficiente**

La certificación suministrada es incompleta o insuficiente para determinar si aplica la CFRA y/o FMLA a su solicitud de licencia. *(Seleccione lo que corresponde)*

La certificación suministrada es incompleta y no se pudo determinar si aplica la CFRA y/o FMLA a su solicitud de licencia. *"Incompleta" significa que falta completar uno o más de los datos solicitados en la certificación.*

La certificación suministrada es insuficiente para determinar si aplica la CFRA y/o FMLA a su solicitud de licencia. *"Insuficiente" significa que la información suministrada es vaga, poco clara, ambigua o no responde a lo que se pregunta.*

**Especifique la información que se necesita para que la certificación sea completa y/o suficiente:**

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

Debe suministrar la información solicitada a más tardar el *(espere que transcurran como mínimo siete días calendario)* \_\_\_\_\_, salvo que no sea factible según las circunstancias particulares del caso, a pesar de sus esfuerzos de buena fe, caso contrario podremos denegarle la licencia.

#### **Segundas y terceras opiniones**

Le solicitamos que obtenga una certificación médica de (  segunda /  tercera opinión) por nuestra cuenta y cargo, y brindaremos mayor detalles más adelante. *Nota: Es posible que se solicite al empleado o a los miembros de la familia del empleado que autoricen al profesional de la salud a divulgar información relativa únicamente al problema grave de salud en cuestión.*

## CFRA/FMLA Designation Notice — Spanish

### SECCIÓN III — LICENCIA CFRA y/o FMLA APROBADA

Su solicitud de licencia CFRA y/o FMLA ha sido aprobada. La licencia tomada por este motivo se designará como licencia CFRA y/o FMLA y se descontará de la cantidad de licencia CFRA y/o FMLA que usted tiene disponible en el período de 12 meses correspondiente. Las leyes CFRA y FMLA, de aplicarse, exigen que nos avise lo antes posible si hay algún cambio en las fechas programadas para la licencia o si dichas fechas se extenderán o no se conocían inicialmente. De acuerdo con la información suministrada a la fecha, le proporcionamos la siguiente información sobre la cantidad de tiempo que descontaremos del **total de licencia CFRA y/o FMLA** que tiene a su disposición para usar en el período de 12 meses correspondiente: *(Seleccione lo que corresponde)*

- Si no se produce ninguna modificación a la **programación prevista para su licencia CFRA y/o FMLA**, se descontarán las siguientes horas, días o semanas de la licencia que le corresponde: \_\_\_\_\_
- Dado que la licencia que necesitará no será programada, no es posible en este momento establecer la cantidad de horas, días o semanas que se descontará de la licencia CFRA y/o FMLA que le corresponde. Tiene derecho a solicitar esta información una vez cada período de 30 días (si la licencia se tomó en el período de 30 días).

Aviso importante: *(marque todas las que corresponden)*

- No se pagará una parte o la totalidad de su licencia CFRA y/o FMLA.** La licencia CFRA y/o FMLA sin goce de sueldo por este motivo se designará como licencia CFRA y/o FMLA y se descontará de la cantidad de licencia CFRA y/o FMLA que usted tiene disponible en el período de 12 meses correspondiente.
- De acuerdo con su solicitud, una parte o la totalidad de la licencia con goce de sueldo que usted tiene disponible (p. ej., licencia por enfermedad, vacaciones, PTO) se utilizará durante su licencia CFRA y/o FMLA.** Las licencias con goce de sueldo tomadas por este motivo también se designarán como CFRA y/o FMLA y se descontarán de la cantidad de licencia CFRA y/o FMLA que usted tiene disponible en el período de 12 meses correspondiente.
- Le solicitamos que use una parte o la totalidad de la licencia con goce de sueldo que usted tiene disponible (p. ej., licencia por enfermedad, vacaciones, PTO) durante su licencia CFRA, FMLA o CFRA/FMLA.** Las licencias con goce de sueldo tomadas por este motivo también se designarán como CFRA, FMLA o CFRA/FMLA y se descontarán de la cantidad de licencia CFRA, FMLA o CFRA/FMLA que usted tiene disponible en el período de 12 meses correspondiente.
- Otro:** \_\_\_\_\_

*(p. ej., incapacidad a corto o largo plazo, compensación de trabajadores, etc.)* Todo el tiempo tomado por este motivo también se designará como licencia CFRA y/o FMLA y se descontará de la cantidad de licencia CFRA y/o FMLA que usted tiene disponible para usar en el período de 12 meses correspondiente.

#### **Uso del seguro estatal de incapacidad (SDI)**

- Uso del seguro estatal de incapacidad (SDI) si reúne las condiciones para el seguro estatal de incapacidad (SDI), podrá optar complementar los beneficios con su licencia por enfermedad, vacaciones o PTO. Se coordinará el pago de los beneficios del SDI y de la licencia por enfermedad/vacaciones/PTO para que los pagos no excedan su salario habitual.

#### **Uso la licencia familiar con goce de sueldo (PFL)**

- Si reúne las condiciones para la licencia familiar con goce de sueldo (PFL), podrá optar complementar los beneficios con su licencia por enfermedad, vacaciones o PTO. Se coordinará el pago de los beneficios de la PFL y de la licencia por enfermedad/vacaciones/PTO para que los pagos no excedan su salario habitual.

## CFRA/FMLA Designation Notice — Spanish

---

### **Continuidad de los beneficios de salud**

Según la licencia estatal y federal por motivos médicos y familiares, usted tiene derecho a la continuidad de los beneficios de salud durante la licencia CFRA y/o FMLA por un máximo de doce (12) semanas.

La continuidad de los beneficios de salud comenzará el \_\_\_\_\_ (fecha). Si actualmente realiza aportes para el pago de los beneficios, deberá seguir haciéndolo durante la licencia.

Su pago por un monto de \_\_\_\_\_ vence el: \_\_\_\_\_ (fecha, p. ej., el día 15 de cada mes).

**Opción:** El plan de salud de la Empresa tiene un período de gracia para los pagos morosos. Si realiza el pago con más de \_\_\_\_\_ días de retraso, se suspenderán los beneficios.

Por favor envíe el pago a:

\_\_\_\_\_  
Representante

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Empresa

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y Código Postal

La cobertura de su beneficio médico finalizará el \_\_\_\_\_ (fecha). Podrá tener derecho a la continuidad de la cobertura según COBRA.

### **Requisitos para la reincorporación al trabajo**

Para ser reincorporado al trabajo después de tomarse una licencia CFRA y/o FMLA, (  le exigiremos /  no le exigiremos) presentar una certificación de su proveedor de atención médica donde conste que está en condiciones de retomar su trabajo. Esta solicitud de certificación para regresar al trabajo sólo se refiere al problema grave de salud particular que originó la necesidad de tomarse una licencia CFRA y/o FMLA. **Si dicha certificación no se recibe dentro del plazo establecido, su reincorporación se podrá demorar hasta tanto recibamos la certificación.**

(  Se /  No se) adjunta una lista de las funciones esenciales de su puesto. En caso de adjuntarse, la certificación para regresar al trabajo debe indicar que está apto para realizar las funciones esenciales de su puesto.

A los fines de la FMLA, se adaptaron partes de este formulario para su uso en California del formulario WH-382 de junio 2020 del Departamento de Trabajo de los EE.UU. (Número de Control OMB 1235-0003 Vencimiento 6/30/2026). Los empleados deben conservar una copia de esta divulgación en sus registros durante tres años. **NO ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO A LA DIVISIÓN DE SALARIOS Y HORAS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS EE.UU.**