

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

0

_____ 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**