

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

O

_____ 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**