

AUSENCIA POR ENFERMEDAD

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE
AÑO ESCOLAR

DE FORT WORTH
2008-2009

A: Todos los empleados que califican para los beneficios de ausencia por enfermedad

De: Programa de ausencia por enfermedad del FWISD

El 22 de octubre de 1985, la Mesa Directiva del FWISD aprobó el programa de ausencia por enfermedad (SLP). Este es un beneficio añadido para todos los empleados que califican para ausencia por enfermedad. Efectivo al 1º de septiembre de 1996, todos los empleados a tiempo completo son miembros. No se requieren cuotas ni días.

La siguiente información es muy importante para todos los empleados del FWISD.

- Se han hecho cambios significativos en este programa. Favor de leer la información cuidadosamente antes de solicitar.
- No se requiere de ninguna respuesta.
- Cuando se solicita una donación del programa de ausencia por enfermedad, los formularios se deben llenar cuidadosamente. El comité del programa de ausencia por enfermedad del FWISD no se hace responsable de los formularios que se llenan equivocadamente.
- Únicamente el médico puede llenar la declaración del médico, la que se debe llenar completamente.
- Los formularios no llenados completamente por el solicitante y/o médico serán devueltos al solicitante y por lo tanto el proceso tardará más.
- El programa de ausencia por enfermedad del FWISD no se hace responsable por solicitudes que se entregan tarde o que no se entregan.
- El comité no se hace responsable de la falta de conocimiento del programa por parte del empleado, ya que se hace un esfuerzo razonable año tras año por notificar a las escuelas, diversos departamentos y empleados sobre el beneficio.

CONTENIDO

Regulaciones del programa de ausencia por enfermedad Página 2

FORMULARIOS

Formulario de solicitud de ausencia por enfermedad Página 9

Formulario de declaración del médico Página 11



PROGRAMA DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD

Este programa de ausencia por enfermedad es un grupo local de días de ausencia por enfermedad que son contribuidos por el distrito escolar para que los usen los empleados a tiempo completo que sufren de una incapacidad personal por enfermedad, accidente o una enfermedad mortal de un miembro de la familia que se extienda más allá de los propios días acumulados por enfermedad, ausencia personal y días de vacaciones.

La membresía en el programa es automática.

Para poder calificar para los beneficios del programa, debe haber una enfermedad o lesión catastrófica que resulte en incapacidad temporal del empleado para desempeñar sus funciones por un período extendido. Una enfermedad catastrófica o un accidente es una condición definida como de amenaza de muerte, no tan sólo un desorden pasajero o dolencia. La enfermedad requiere tratamiento de un médico, hospitalización, tratamiento en cuarto de emergencia o tratamiento en un hospital sin estar internado. Aunque por lo general está involucrado un grado de permanencia, la enfermedad no necesita ser incurable o permanente. Ejemplos de enfermedades que pueden calificar para el beneficio del programa catastrófico incluyen, pero no están limitadas a: cáncer, enfermedad cardíaca, esclerosis múltiple, embolia y distrofia muscular.

Una enfermedad menos severa puede calificar y puede no ser catastrófica por naturaleza, pero debe ir más allá del tiempo de recuperación debido a complicaciones y llamadas para hospitalizar, tratamiento en un cuarto de emergencia o tratamiento sin estar internado en un hospital y tratamiento médico. (P. 3 # 7)

Una enfermedad mortal de un miembro de la familia está limitada al esposo(a) e hijos dependientes menores de 18 años de edad. Este beneficio está limitado a un empleado en una familia y solamente cuando no hay ningún otro miembro de la familia en casa para atender a la persona con la enfermedad mortal.

Los beneficios de este programa no están disponibles bajo las siguientes circunstancias: lesiones que resulten por la intoxicación de los empleados o si el empleado está bajo la influencia de un narcótico a menos que haya sido administrado como tratamiento por un médico, intentos de suicidio, enfermedades venéreas, alcoholismo, algunas enfermedades contagiosas, bulimia, anorexia o daño a la espina dorsal.

Las preguntas relacionadas al programa y los formularios completos deben estar dirigidos a la persona que se menciona enseguida. Las respuestas a cualquiera de las preguntas vendrán del comité ejecutivo o su designado, por lo general el director ejecutivo. El director de servicios de salud hará la recomendación al comité ejecutivo basado en la solicitud, los estatutos y sus discusiones con el médico u oficina del solicitante.

**Director de Servicios de Salud
100 N. University Drive, Suite NW 100
Fort Worth, Texas 76107-1360**

ESTATUTOS

1. Todos los empleados a tiempo completo (más de 20 horas por semana) del FWISD que califican para los beneficios de ausencia por enfermedad son miembros automáticos del SLP.
2. Sólo a los empleados a tiempo completo se les permitirá usar el programa para calificar para la incapacidad de enfermedad personal o lesión o para calificar por un miembro de la familia que tenga una enfermedad mortal durante el horario regular de los días de trabajo. Aunque el ser miembro del programa de ausencia por enfermedad es automático y sin ninguna evaluación de la ausencia por enfermedad, la participación es voluntaria.
3. La administración de SLP estará a cargo de nueve (9) miembros del comité ejecutivo de SLP. Cuatro (4) representantes que se seleccionarán de las organizaciones de maestros; uno (1) cada uno de FWEA, ATPE y UEA. Si la combinación de las organizaciones no se pone de acuerdo para el cuarto representante, cada grupo tendrá un (1) representante para un total de tres (3). Habrá un (1) administrador, un (1) empleado de mantenimiento y operaciones, un (1) empleado de servicio de comidas, un (1) paraprofesional y un (1) secretario de ESA. El director del comité ejecutivo será seleccionado por el superintendente. El director de servicios de salud será responsable de recibir solicitudes, proveer información, aconsejar al comité y proveer otra asistencia al comité como se solicite. El comité ejecutivo tendrá la responsabilidad de revisar las solicitudes, verificar la validez, aprobar o negar las solicitudes y comunicar las decisiones a los miembros y al departamento de sueldos. Los estatutos no se pueden hacer a un lado y se deben seguir para aprobar o negar la solicitud.
4. La membresía será automática y continuará año tras año, excepto en el caso de un empleado que haya usado setenta y cinco (75) días del programa en el año escolar anterior debido a una enfermedad catastrófica o accidente o cuarenta (40) días para un familiar que califica con una enfermedad mortal. Estas personas serán aceptadas en el programa únicamente después de haber trabajado cuarenta (40) días consecutivos en el nuevo año escolar. Cada año escolar comienza el 1º de septiembre. Si los setenta y cinco (75) días se usan en dos años consecutivos, el siguiente 1º de septiembre constituye el nuevo año escolar.
5. Los empleados elegibles son miembros automáticamente del programa en el momento en que se les contrata.
6. No se evaluarán los días de ausencia por enfermedad para la membresía. El distrito contribuye con un día para cada empleado desde el año escolar 1996-97 y para todas las personas empleadas desde entonces. El uso del programa estará limitado al número de días en el programa a partir del 1º de octubre del año escolar actual.
7. El máximo número de días de ausencia que puede ser otorgado a cualquier miembro será de setenta y cinco (75) días por enfermedad o accidente catastrófico. Todos los setenta y cinco (75) días serán pagados en su totalidad. Estos días se pueden usar en dos años escolares consecutivos pero no pueden exceder el total de setenta y cinco (75) días. Diez (10) días se pueden otorgar por una lesión menos seria que se extienda más allá de una recuperación normal debido a complicaciones. Estos diez (10) días en cualquier año escolar serán sin pérdida de haber. Depresiones y enfermedades mentales diagnosticadas como severas estarán limitadas a cinco (5) días y dolencias catastróficas de espalda estarán

limitadas a diez (10) días en cualquier año escolar o a los días que queden del año escolar, lo que sea menor. Todas las enfermedades o accidentes requieren de cuidados médicos, hospitalización en un cuarto de emergencia o tratamiento sin estar internado en el hospital. La primera petición de los días se debe hacer con una (1) semana de anticipación después de haber dejado el cuidado en el hospital o antes aunque el solicitante tenga días personales disponibles pero crea que va a necesitar días después de que se le terminen los días personales. Los familiares que califican por enfermedad mortal (esposo(a) o hijo dependiente menor de dieciocho (18) años) estarán limitados a cuarenta (40) días con goce de haber. Este beneficio está limitado a un empleado en la familia y solamente cuando no hay ningún otro miembro de la familia en casa que cuide a la persona mortalmente enferma. La enfermedad mortal debe estar certificada con una carta del médico que lo atiende y tomará lugar durante los dos (2) últimos meses de acuerdo a lo que verifique el médico. En ningún caso la ausencia por enfermedad en el programa causará que un miembro reciba más de su salario anual.

8. Las donaciones del programa de días de ausencia por enfermedad se deben hacer en unidades de no más de veinticinco (25) días consecutivos laborales por una enfermedad catastrófica y de diez (10) días por una enfermedad menos seria y que se extendió por complicaciones. **La primera petición para los días debe mostrar cuándo van a comenzar los días donados (SLP).** La primera petición del miembro para los días debe ser hecha en el mismo año escolar que su enfermedad. Un usuario actual aprobado puede pedir que se le extiendan los días de ausencia por enfermedad antes de que la primera donación haya vencido al entregar un formulario adicional del programa de ausencia por enfermedad, acompañada por la nueva declaración del médico firmada o una carta para un miembro de la familia con enfermedad mortal. **El usuario actual debe indicar la continuidad de las fechas solicitadas.**
9. **Los miembros deben usar todos sus días de ausencia por enfermedad, días de ausencia personal anuales y días de vacaciones, si los hay, antes de recibir los días del programa.** Para poder calificar, el miembro del programa debió haber estado ausente al menos cinco (5) días laborales consecutivos con una incapacidad por enfermedad. Estos cinco (5) días pueden ser cubiertos por las ausencias por enfermedad acumuladas o ausencia sin goce de sueldo.
10. Todas las peticiones hechas al programa de ausencia por enfermedad se deben hacer con un formulario de petición al programa de ausencia por enfermedad. Todas las peticiones deben ser acompañadas por una declaración del médico del programa de días de ausencia por enfermedad, confirmando la causa de la enfermedad o confinamiento y certificando la existencia de una incapacidad de llevar a cabo las labores asignadas o por medio de una carta donde se certifica la enfermedad mortal de un dependiente de la familia o esposo(a). El formulario debe ser legible, firmado personalmente por un médico, con fecha y completado en un idioma sencillo. El comité ejecutivo no aceptará ninguna declaración de un médico a menos que esté en el formulario oficial de declaración del médico del programa de ausencia por enfermedad y que se haya llenado en su totalidad. Cualquier persona que solicite días, da permiso al departamento de servicios de salud a hablar con el médico y/o oficina en relación a la enfermedad o accidente. Cualquier persona que solicite días de permiso da a su(s) médico(s) permiso para dar información al director de servicios de salud del FWISD. El solicitante debe haber trabajado en el año escolar en el que se solicitan los días.
11. Si un miembro no usa todos los días otorgados por el programa, los días que no se usaron se regresarán al programa de ausencia por enfermedad.

12. El programa de ausencia por enfermedad se puede usar para enfermedad o lesión personal del empleado; también lo puede usar un miembro para permanecer fuera de su puesto para asistir a un esposo(a) o hijo dependiente que tiene una enfermedad o lesión mortal cuando no hay otra persona que cuide a la persona lastimada o con enfermedad mortal. Un médico debe verificar la lesión o enfermedad mortal en los últimos dos (2) meses lo mejor que pueda.
13. El embarazo y el parto no serán considerados como enfermedad cubierta en el programa de días de ausencia por enfermedad excepto que la madre sufra de complicaciones después del parto. Reposo en cama e hipertensión no son consideradas complicaciones inusuales.
14. Los días ganados en ausencia por enfermedad pueden ser contribuidos para el programa por un empleado jubilado.
15. El salirse del programa no puede usarse para incapacidad en la que el miembro califica para los beneficios de compensación a trabajadores. No se pueden mezclar los beneficios de SLP con compensación a trabajadores a menos que el solicitante sea rechazado por compensación al trabajador. La petición del solicitante debe cumplir con las normas SLP.
16. Cada solicitud para una donación al programa de ausencia por enfermedad debe incluir una nueva y actualizada declaración del médico en formulario apropiado o con una carta del programa.
17. Un miembro del programa de ausencia por enfermedad perderá el derecho del uso de los beneficios del programa si:
 - a. Hay terminación de empleo con el FWISD;
 - b. Hay suspensión sin goce de haber (el programa de ausencia por enfermedad no otorga el beneficio durante el período de suspensión);
 - c. Hay cancelación voluntaria de la membresía en el programa de ausencia por enfermedad (efectivo inmediatamente);
 - d. Existe cualquier abuso o mal uso de las reglas del programa de ausencia por enfermedad como lo determina el comité ejecutivo;
 - e. Existe una ausencia aprobada;
 - f. Falla en solicitar por incapacidad o jubilación médica cuando un médico determina que el miembro probablemente no regresa a trabajar y que ya debe calificar para jubilación;
 - g. Falla en reportar inmediatamente cualquier trabajo llevado a cabo por el cual el miembro recibe remuneración durante el período en el que él/ella está ausente con los días de ausencia reportados del programa.
18. El comité ejecutivo revisará y entregará al departamento de sueldos del FWISD su decisión en todas las peticiones para entregarse al programa de ausencia por enfermedad dentro de los veinticinco (25) días laborales después de que la petición fue recibida por el director ejecutivo del programa del comité ejecutivo, excepto en los meses de junio, julio y agosto.
19. A un solicitante o beneficiario del programa de ausencia por enfermedad se le puede requerir que se le haga una revisión médica por un segundo médico a petición del comité ejecutivo a expensas del programa. Cuando esto es necesario, el director de servicios de salud sugerirá no menos de tres ni más de cinco médicos, de los cuales el empleado podrá escoger uno. Esta declaración del médico será enviada directamente al comité ejecutivo, el cual no actuará en la solicitud del miembro para una donación o extensión de una donación hasta que se haya

recibido el reporte.

20. En el caso de que la incapacidad de un empleado sea de tal naturaleza que él/ella no pueda solicitar personalmente para una donación, la solicitud se debe entregar en su nombre al director de servicios de salud del FWISD por un agente autorizado o miembro de su familia..
21. Todos los formularios para participar en el programa de ausencia por enfermedad deben estar disponibles en la oficina del director de cada escuela del FWISD, la oficina de recursos humanos y la oficina de servicios de salud. Estos formularios se deben entregar o enviar al empleado cuando se soliciten.
22. Las copias de todos los formularios de petición de ausencia por enfermedad deberán estar marcadas para aprobación o rechazo por el comité ejecutivo. Enseguida de esta acción, el director ejecutivo deberá escribir cartas al solicitante y al departamento de sueldos como sea necesario. El rechazo debido a falta de información deberá ser específico a la información que se necesita para poder tomar una decisión.
23. El director ejecutivo debe mantener el archivo relacionado al programa de ausencia por enfermedad por tres años.
 - a. El comité ejecutivo deberá reportar el estado actual del programa de ausencia por enfermedad en cualquier momento bajo la petición del superintendente o la mesa directiva de educación.
 - b. El departamento de sueldos del FWISD y las oficinas de salud y recursos humanos deberán proveer información al comité ejecutivo si se solicita por cualquier dato que quede registrado en sus archivos relacionados al uso del programa de ausencia por enfermedad.
 - c. Se entregará un reporte anual al superintendente en agosto de cada año escolar.
 - d. Se enviará un reporte anual a cada escuela para publicarse en septiembre de cada año escolar.
 - e. El director ejecutivo organizará juntas con el comité, dará información y aconsejará y servirá como presidente de las juntas. El director ejecutivo no tendrá derecho a votar, pero votará sólo con el fin de evitar tensiones.
24. Los cambios de los estatutos del programa, aparte de editar y clarificar, pueden ser sugeridos por un voto mayor del comité ejecutivo con cinco o más miembros que votan en cualquier junta. Los cambios serán válidos solamente con la aprobación de la mesa directiva de educación.
25. Las decisiones del comité ejecutivo de no aprobar una solicitud para el uso del programa de ausencia por enfermedad o una solicitud para la extensión de tal uso, son finales y no hay derecho de apelación, excepto como se mencionó en el número 22 de arriba.
26. Debe haber una asistencia de cinco (5) miembros presentes de los ocho (8) o nueve (9) en el comité para actuar en las solicitudes, excepto en los meses de junio, julio y agosto. Durante estos meses, el director ejecutivo hará una encuesta por teléfono y determinará la aprobación o negativa de aquellos miembros del comité que pueda localizar.

FORMULARIOS DEL PROGRAMA DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD DEL FWISD

Todos los formularios del programa de ausencia por enfermedad están incluidos en las siguientes páginas.

Estos formularios son:

- Solicitud de ausencia por enfermedad
- Declaración del médico*

Todos los formularios se deben llenar completamente o se devolverán al que los envía.

La declaración del médico no es necesaria cuando se solicitan días para cuidar a un esposo/a o menor de (18) años de edad enfermo mortalmente. Más bien, se debe enviar una carta del médico que lo atiende certificando que es una enfermedad mortal.

ACLARACIÓN: Su información médica, incluyendo días concedidos y otra correspondencia, se mantendrá confidencial a no ser que la ley nos requiera que la hagamos pública.

**PROGRAMA DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD DEL FWISD
 FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD
 (Debe llenarse por completo)**

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad y zona postal:	
Teléfono en casa:	Celular:
Fecha de nacimiento:	Sexo: Masculino/Femenino (marque uno)
Número de seguro social:	
Yo solicito _____ días del programa de ausencia por enfermedad (número de días solicitados debe ser en incrementos no mayores de veinte y cinco (25) por enfermedad catastrófica o por enfermedad mortal de un miembro de la familia y diez (10) días por enfermedad menor prolongada por complicaciones e ingreso al hospital).	
Fecha en que empieza cualquier día concedido:	
Primer día de ausencia por esta enfermedad o accidente:	
Esta es la 1a, 2a, 3a, o ____ solicitud (marque una). Si 2a, 3a, etc. solicitud, dé fecha del último día concedido con autoridad: _____	
Días adicionales concedidos si hubiera, seguirán a continuación con el último día otorgado previamente.	
Firmado:	Fecha:
Título del trabajo:	Lugar de trabajo y teléfono:
Años de servicio con el FWISD:	Número de días de contrato:
<p>Esta solicitud no se hará efectiva hasta que se reciba la declaración del médico.</p> <p>NOTA: Cualquier persona que solicite días de permiso al departamento de servicios de salud para hablar con su médico y/u oficina sobre su enfermedad o accidente.</p> <p>Este formulario completo puede enviarse a FWISD's Health Services Dept., Attn: SLP Executive Committee, 100 N.University Dr., Ste. NW 100, Fort Worth, Texas 76107-1360.</p>	
Office Use Only	
Physician's Statement Received:	Date:
Request Approved:	Requested Denied:
Number of Days Approved:	
From:	Through:
Signed/Date:	

Fort Worth ISD
PHYSICIAN'S STATEMENT

(Must be filled out completely only by Physician)

Patient's Name:	
Address:	
City & Zip:	
Home Phone:	
Date of Birth:	Sex: Male / Female (circle one)
Social Security Number:	
Note: Any person requesting days gives permission for the Health Services Dept. to talk with their doctor and/or office concerning their illness or accident.	
Diagnosis or nature of illness or injury (Lay Language):	
Date of Consultation:	
Dates Hospitalized:	
Admitted:	Discharged:
Prognosis:	
Date patient will be able to return to work (if known):	
Total Disability:	
From:	Through (if known):
Partial Disability:	
From:	Through (if known):
Comments or Restrictions:	
Physician's Name:	
Address:	City & State:
Telephone:	
Signature of Examining Physician/Date:	
<i>This form completely filled out may be sent to the FWISD's Health Services Dept., Attn: SLP Executive Committee, 100 N. University Dr., Ste. NW 100 Fort Worth, Texas 76107-1360.</i>	