

Request for Family and Medical Leave (FMLA) Solicitud de Ausencia Familiar y Médica (FMLA)



EMPLOYEE – PLEASE COMPLETE ALL FIELDS BELOW

EMPLEADO – POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS SIGUIENTES: _____

Employee's Name / Nombre del empleado: _____

Home Phone / Teléfono: _____

CWU ID#: _____

Department / Departamento: _____

Home Email / Correo electrónico personal: _____

Work Phone / Teléfono del trabajo: _____

Mailing Address / Dirección: _____

Work Email / Correo electrónico del trabajo: _____

Supervisor: _____

Supervisor Phone / Teléfono del supervisor: _____

Supervisor Email / Correo electrónico del supervisor: _____

REASON FOR LEAVE / RAZÓN DE LA AUSENCIA: _____

Birth of child / Nacimiento de un hijo

Estimated due date /

Fecha estimada del parto: _____

Placement of child with me for adoption or foster care /
Colocación de un niño conmigo para adopción o acogida

Placement date /

Fecha de colocación: _____

My serious health condition / Mi condición de salud grave

Care for an immediate family member with a serious health
condition / Cuidado de un familiar directo con una condición de
salud grave

Spouse /
Cónyuge

Child* /
Hijo*

Parent /
Padre/Madre

Military Family Leave / Ausencia Familiar Militar

Qualifying Exigency Leave (due to deployment)

Permiso de ausencia elegible (debido a un despliegue)

Military Caregiver Leave (due to injury/illness)

Permiso para cuidador de un militar
(debido a una lesión/enfermedad)

** Please note: In order to take FMLA leave to care for a child over the age of 18, the child must be "incapable of self-care because of a mental or physical disability at the time FMLA leave is to commence."*

** Por favor, tenga en cuenta que para poder tomar el permiso de ausencia FMLA para cuidar de un hijo mayor de 18 años, éste debe ser "incapaz de cuidar de sí mismo debido a una discapacidad mental o física al momento en que comience el permiso FMLA."*

LENGTH OR FREQUENCY OF LEAVE / DURACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA AUSENCIA: _____

Requested FMLA start date /

Fecha de inicio solicitada para la licencia FMLA: _____

Anticipated FMLA end date /

Fecha prevista para el fin de la licencia FMLA: _____

Will you be absent from work continuously, intermittently, or both? /
¿Se ausentará del trabajo de manera continua, intermitente o ambas?

Continuously /
Continua

Intermittently /
Intermitente

Both /
Ambas

Provide a time frame during which you will be continuously absent
from work. / Proporcione un periodo en el cual se ausentará de
manera continua del trabajo.

From / Del: _____ To / Al: _____

If intermittent, how often do you expect to be absent from work? /
Si es de manera intermitente, ¿con qué frecuencia espera ausentarse
del trabajo?

____ Hours per /
____ Horas por

Day /
Día

Week /
Semana

Month /
Mes

Employee Signature / Firma del empleado _____

Date / Fecha _____

*Additional documentation will be required appropriate to employees situation. Please call 963-1202 to schedule a time to meet with HR's FMLA Specialist.
Se requerirá documentación adicional de acuerdo a la situación del empleado. Favor de llamar al 963-1202 para programar una reunión con el especialista en
FMLA de Recursos Humanos. FMLA Request Form / Formulario de Solicitud de FMLA Rev. 2025/08 CS4119-EC*