



## Recursos Humanos

### Donación de ausencias por enfermedad a una persona - Formulario para el receptor

De acuerdo con las normas de donación de ausencias por enfermedad (SLD), acepto que las horas donadas se añadan a mi saldo de ausencias para usar como ausencias por enfermedad (*marque el recuadro aplicable a continuación*)

Sí, acepto las horas de ausencia por enfermedad donadas. \_\_\_\_\_(inicial)

No, no acepto las horas de ausencia por enfermedad donadas. \_\_\_\_\_(inicial)

- Comprendo que este formulario de aceptación/declinación es válido por doce (12) meses a partir de la fecha de la firma a menos que notifique lo contrario a Recursos Humanos por escrito sobre mi deseo de cambiar mi decisión de aceptación/declinación.
- Entiendo que la ausencia por enfermedad donada debe usarse para las razones permitidas según HOP-5-4210, ausencia por enfermedad. Sin embargo, a diferencia de la ausencia por enfermedad acumulada, la ausencia por enfermedad donada no se transferirá a otra agencia estatal, no es elegible para restauración después de un reemplazo, ni es elegible para pago a un heredero tras la muerte.
- Comprendo que si mi necesidad de ausencia es elegible para la reserva de ausencias por enfermedad (SLP), debo solicitar una SLP y que, si esta se aprueba, debe agotar mi adjudicación de SLP antes de aceptar y usar las ausencias que me han donado como parte del programa de donación de ausencias por enfermedad (SLD).
- Comprendo que mi derecho a la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) correrá simultáneamente con cualquier ausencia elegible para FMLA, incluyendo las horas aceptadas como parte del programa de SLD.
- Comprendo que mi supervisor/gerente será notificado respecto de que acepté la ausencia por enfermedad donada.
- Al firmar este formulario, afirmo que no he sido intimidado, amenazado ni coaccionado directa ni indirectamente por ningún otro empleado en relación con esta donación de ausencias por enfermedad.
- Al firmar este formulario, afirmo que no he recibido ni recibiré ningún pago económico (remuneración) ni regalo a cambio de esta donación.
- Al firmar este formulario, afirmo que cumpliré con las responsabilidades establecidas por las normas y los procedimientos del programa de SLD. Si no es así, puedo quedar sujeto a acciones disciplinarias, inclusive la terminación de mi empleo.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del **Empleado receptor**

\_\_\_\_\_  
Núm. de ID (EID) del **Empleado receptor**

\_\_\_\_\_  
Firma del **Empleado receptor**

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La SLD no se procesará si no aparece una firma. Presente el formulario completado a la Gerencia de Prestaciones y Ausencias de RR. HH. mediante correo electrónico a [HRS-LM@austin.utexas.edu](mailto:HRS-LM@austin.utexas.edu) o por fax al 512-471-7008.**

*La donación de ausencias por enfermedad a una persona es diferente de la reserva de ausencias por enfermedad (SLP). Para obtener información sobre el programa de SLP, visite [hr.utexas.edu/current/leave/pool.html](http://hr.utexas.edu/current/leave/pool.html)*