



Un Proyecto del Centro de la Ley
de Empleo de la Sociedad de
Ayuda Legal (Legal Aid Society)
presenta

Kit de Herramientas de Derechos de Empleo para Sobrevivientes

Una guía para pedir excedencia, alojamientos de seguridad en el trabajo y otras protecciones para los sobrevivientes de violencia doméstica, asalto sexual, trauma sexual durante el servicio militar, o acecho en California.



**Legal Aid Society—
Employment Law Center**

www.las-elc.org

La creación y distribución de estas herramientas fueron posibles gracias a una Flom Memorial Incubator Grant concedida a través de la Skadden Foundation.

Tabla de contenido

❖ Repaso del Kit de Herramientas de Derechos de Empleo para Sobrevivientes ...	3
❖ Sintiéndose Seguro en el Trabajo	4
❖ Excedencia del Trabajo por Motivos Relacionados con la Violencia.....	5-8
❖ Las Opciones para Reemplazo de Salario durante Excedencia sin Sueldo	8-9
❖ Terminación de Trabajo y sus Derechos	9
❖ Trabajadores Indocumentados	10
❖ Asistencia Legal Adicional.....	10
❖ Ejemplos de Cartas para Solicitud de Excedencia y Alojamiento	11-25

Repaso del Kit de Herramientas de Derechos de Empleo para Sobrevivientes

Violencia doméstica, asalto sexual (incluyendo trauma sexual durante el servicio militar), o acecho puede interferir con el empleo de un sobreviviente. Sin embargo, sobrevivientes en California están protegidos por la ley que establecía una excedencia con protección del empleo, el alojamiento, la sustitución de los salarios, y prohibiciones contra la discriminación en el trabajo.

Cuando solicite una excedencia o alojamiento, siempre es una buena idea poner su solicitud por escrito. A lo largo de este guía, hemos proporcionado ejemplos de cartas usted puede usar para solicitar los diferentes tipos de excedencia o alojamiento detallado abajo. Si usted, su consejero, o su proveedor de atención médica tiene alguna pregunta acerca de estos ejemplos de cartas, puede ponerse en contacto con Proyecto SOBREVIVIR (Project SURVIVE) del Centro de la Ley de Empleo de la Sociedad de Ayuda Legal. Puede llamar gratis en California a **(888) 864-8335** o **(415) 593-0033** fuera de California.

Descargo de Responsabilidad

Esta Kit de Herramientas tiene como objetivo proporcionar información exacta con respecto a los derechos legales relacionados con el empleo en California. Sin embargo, porque las leyes y procedimientos legales están sujetos a cambios frecuentes y diferentes interpretaciones, el Centro de la Ley de Empleo de la Sociedad de Ayuda Legal no puede garantizar que la información en este Kit de herramientas es actualizada ni hacerse responsable por cualquier uso que se le dé. No dependa de esta información sin consultar un abogado o la agencia apropiada sobre sus derechos legales en su situación particular.

Sintiéndose Seguro en el Trabajo

La ley de California da derecho a los sobrevivientes de violencia doméstica, asalto sexual (incluyendo trauma sexual militar), o acecho a alojamientos razonables relacionadas con la seguridad en el lugar de trabajo. Si usted pide un alojamiento relacionado con la seguridad de trabajo referente a violencia doméstica, asalto sexual, o acecho, la ley exige que su empleador hable con usted acerca lo que usted necesita, para que juntos puedan determinar cuál alojamiento dirige a sus problemas de seguridad y también es factible para su empleador. Los empleadores no están obligados a proporcionar un alojamiento que pueda ser excesivamente costoso o perjudicial para el negocio, pero si niegan su alojamiento solicitado por esa razón, deben considerar y discutir opciones alternativas con usted.

Alojamientos de seguridad razonables podrían incluir las siguientes:

- el cambio de su extensión de teléfono o la eliminación de su información de contacto del sitio web de la empresa para evitar que un abusador o acosador se ponga en contacto con usted en el trabajo;
- el traslado de su estación de trabajo, la modificación de su horario, la reasignación a un turno laboral diferente, o que le permita transferir ubicaciones;
- instalación de cerraduras, cámaras de vigilancia y otros equipos de seguridad en el lugar de trabajo.

Los anteriores son sólo algunos ejemplos de posibles alojamientos. Si no está seguro de qué tipo de alojamiento le ayudaría a mantenerse seguro en el trabajo, organizaciones de defensa de las víctimas están disponibles para hablar con usted sobre cómo puede aumentar su seguridad, tanto dentro como fuera del lugar de trabajo. Si aún no está trabajando con un defensor de víctimas, consejero, o una organización de víctimas, usted puede encontrar uno en su área llamando a la Línea Nacional de Violencia Doméstica (National Domestic Violence Hotline) a **(800) 799-SAFE (7233)** o la Línea Nacional de Asalto Sexual (National Sexual Assault Hotline) a **(800) 656-HOPE (4673)**.

Ejemplos Útiles de Cartas/Formularios:

- ❖ **Muestra de Solicitud A:** Alojamiento relacionada con la seguridad de trabajo – petición del empleado (*página 12*)
- ❖ **Muestra de Certificación A:** Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando un alojamiento relacionada con la seguridad de trabajo (*página 13*)

Excedencia del Trabajo por Motivos Relacionados con la Violencia

Las leyes federales y estatales permiten que usted tome tiempo fuera del trabajo con protección del empleo por una serie de razones relacionadas con la violencia doméstica, asalto sexual, o acecho. A continuación, encontrará información sobre los distintos tipos de excedencias que puede solicitar, y las referencias a los modelos de cartas en este kit de herramientas que le ayudaría solicitar permisos de excedencia.

Excedencia para aparecer en Corte	La ley de California permite sobrevivientes tomar tiempo fuera del trabajo con protección del empleo para obtener asistencia de una corte para asegurar su propia salud, seguridad, o bienestar, o la de su hijo. Esta asistencia incluye una orden temporal de restricción, orden de restricción permanente, u otro alivio "por mandato judicial" (como manutención de los hijos, custodia de los hijos, o las audiencias judiciales de divorcio). Esta protección se aplica a los sobrevivientes que trabajan en cualquier empresa u organización en California, sin importar el número de empleados. Su empleador tiene el derecho de solicitar la certificación de la necesidad de la excedencia por este motivo (Muestra de Certificación B (página 15)).
<u>Ejemplos Útiles de Cartas / Formularios:</u> ❖ Muestra de Solicitud B: Excedencia para aparecer en Corte – petición del empleado (página 14) ❖ Muestra de Certificación B: Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para aparecer en Corte (página 15)	
Excedencia para Obtener Asesoramiento, Planificación de Seguridad, u otros servicios relacionados con la violencia	Un sobreviviente que trabaja para un empleador que tiene 25 o más empleados , tiene derecho a una excedencia con protección del empleo: <ul style="list-style-type: none">• Para buscar atención médica para las heridas causadas por la violencia;• para obtener los servicios de un refugio o programa de violencia doméstica, o un centro de crisis de violación;• para obtener asesoramiento psicológico;• para participar en la planificación de la seguridad o tomar otras acciones para mejorar la seguridad de violencia en el futuro, incluyendo la reubicación temporal o permanente. En respuesta a una solicitud de este tipo de excedencia, su empleador

tiene el derecho de solicitar la certificación de su condición de víctima de violencia (**Muestra de Certificación C** (página 17)).

Ejemplos Útiles de Cartas:

- ❖ **Muestra de Carta C:** Excedencia para obtener asesoramiento, planificación de seguridad, u otros servicios – petición del empleado (página 16)
- ❖ **Muestra de Certificación C:** Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para obtener otros servicios (página 17)

Excedencia para atender a la salud grave de usted o un familiar

Si usted califica para excedencia bajo la Ley de Excedencia Familiar y Medica (Family Medical Leave Act) o la Ley de Derechos Familiares de California (California's Family Rights Act), usted tiene derecho a un máximo de 12 semanas al año de permiso no retribuido con protección del empleo para atender a su propia condición de salud grave o la condición de salud grave de un padre, hijo, cónyuge, o pareja de hecho registrada. Una **condición de salud grave** es una enfermedad, herida, impedimento, condición física o condición mental que causa un período de incapacidad (es decir, la incapacidad para trabajar, atender a la escuela, o realizar otras actividades diarias regulares) **y** requiere UNO DE LAS SIGUIENTES: una noche de estancia en un hospital, hospicio, o centro residencial de cuidados médicos **O** continuar el tratamiento por un proveedor de atención médica. Este permiso también se puede tomar para vincularse con un nuevo hijo.

Para calificar para esta forma de excedencia, usted tiene que (1) trabajar para un empleador que tiene por lo menos **50 empleados dentro de un radio de 75 millas de su lugar** de trabajo; (2) ha trabajado para ese empleador durante **al menos un año**; (3) ha trabajado por lo menos **1,250 horas** en el año inmediatamente anterior a su necesidad de la excedencia. Si usted no califica ver: "Excedencia debido a su propia discapacidad," a continuación.

Si usted califica para la excedencia de trabajo protegido por la condición de salud grave propio o un familiar, una solicitud de esta excedencia **no requiere la divulgación de la violencia**, pero puede requerir la certificación de un proveedor de atención médica verificando que usted o un miembro de la familia tiene una condición de salud grave. (Sin embargo, debido a las leyes de privacidad estrictas de California, usted no tiene que revelar el diagnóstico específico.) Su empleador debe proporcionarle un formulario de certificación a partir de su solicitud de certificación. Usted también puede usar la certificación incluida en este kit de herramientas (**Muestra de Certificación D** paginas 19-21)).

Ejemplos Útiles de Cartas / Formularios:

- ❖ **Muestra de Carta D:** Excedencia para atender a la salud grave de usted o un familiar – petición del empleado (*página 18*)
- ❖ **Muestra de Certificación D:** Comisión de Empleo Justo y Vivienda (Fair Employment and Housing Commission) Certificación del proveedor de atención médica. (*páginas 19-21*)

Excedencia debido a su propia discapacidad

Empleados que no califican para una excedencia bajo la Ley de Excedencia Familiar y Médica o la Ley de Derechos Familiares de California pueden calificar para excedencia bajo las leyes de discapacidad estatales y federales.

Si usted tiene una discapacidad como consecuencia de la violencia (como el trastorno de estrés post-traumático u otra discapacidad física o mental), usted puede tener derecho a una excedencia como una acomodación razonable bajo la ley de discapacidad estatal o federal si usted trabaja para un empleador **con al menos 5 empleados**. Este tipo de solicitud **no requiere que informe a su empleador acerca de la violencia**, pero su empleador puede solicitar documentación médica que indique que tiene una discapacidad y necesita un alojamiento relacionado.

(Tenga en cuenta que las adaptaciones razonables distintas de la excedencia también se pueden solicitar, si es necesario para adaptarse a la discapacidad de un empleado. Si usted tiene una discapacidad y no está seguro de qué alojamiento le ayudaría en el lugar de trabajo, puede llamar al Job Accommodation Network (JAN) del Departamento de Trabajo (Department of Labor) a **(800) 526-7234** o visite su sitio web a <http://www.askjan.org>. JAN puede proporcionarle ideas de alojamiento adaptadas a su discapacidad y lugar específico de trabajo.)

Ejemplos Útiles de Cartas / Formularios:

- ❖ **Muestra de Carta E:** Alojamiento Razonable por Discapacidad (Excedencia) – petición del empleado (*página 22*)
- ❖ **Muestra de Certificación E:** Alojamiento Razonable por Discapacidad (Excedencia) – petición de proveedor de atención médica (*página 23*)
- ❖ **Muestra de Carta F:** Alojamiento Razonable por Discapacidad (que no sea Excedencia) – petición del empleado (*página 24*)
- ❖ **Muestra de Certificación F:** Alojamiento Razonable por Discapacidad (que no sea

Las Opciones para Reemplazo de Salario durante Excedencia sin Sueldo

California mantiene varios programas que proporcionan reemplazo del salario si usted necesita tiempo libre del trabajo para cuidarse o a un familiar, o si usted está despedida o tiene que dejar su trabajo para mantener la seguridad suya o de su familia.

<p>Seguro Estatal de Incapacidad</p>	<p>Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) da derecho a los trabajadores a un máximo de cincuenta y dos semanas de pago parcial (55% de los salarios semanales), mientras fuera del trabajo debido a la incapacidad de llevar a cabo su trabajo normal o acostumbrado debido a las enfermedades físicas y mentales, enfermedades u otras condiciones de salud, incluyendo las condiciones de salud causada o agravada por la violencia doméstica, asalto sexual, o acecho. Beneficios de SDI son administrados por el Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD).</p> <p>Para más información o para aplicar, llame (800) 480-3287 o visita http://www.edd.ca.gov/Disability/.</p>
<p>Permiso Familiar Pagado</p>	<p>Permiso Familiar Pagado (PFL) da derecho a los trabajadores que participan en el programa de Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) a un máximo de seis semanas de pago parcial (55% de los salarios semanales) cada año, mientras que toma tiempo libre del trabajo para cuidar a un niño, los padres, padre-en-ley, cónyuge, pareja de hecho registrada, hermano, abuelo, o nieto con una condición de salud grave, incluyendo una condición causada o agravada por la violencia doméstica, asalto sexual, o acecho. PFL también se puede usar mientras esté tomando tiempo fuera del trabajo para vincularse con un nuevo bebé o niño adoptado o de crianza en el hogar. Beneficios del PFL son administrados por el Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD).</p> <p>Para más información o para aplicar, llame (877) 238-4373 o visita http://www.edd.ca.gov/Disability/More_PFL_information.htm.</p>
<p>Seguro de Desempleo</p>	<p>Los beneficios del seguro de desempleo proporcionan el reemplazo parcial del salario a los trabajadores temporalmente desempleados o que trabajan a</p>

tiempo parcial, pero que tienen salarios muy bajos.

Aunque ordinariamente trabajadores que dejan sus puestos de trabajo no son elegibles para el seguro de desempleo, usted puede ser elegible si ha tenido una razón de peso para dejar su trabajo (un "renuncio por buena causa"). En California, una sobreviviente de violencia doméstica que deja su trabajo para proteger a su familia o a ella misma de la violencia doméstica tiene "buena causa" para dejar ese trabajo. Con el fin de mostrar una "renuncia por buena causa," normalmente debe demostrar que usted dio a su empleador una oportunidad de solucionar el problema - por ejemplo, mediante la solicitud de una excedencia o ajustes razonables relacionado con la seguridad. Si su empleador se niega estas peticiones, o si no hay cambios relacionados con el trabajo que podrían abordar sus preocupaciones de seguridad, usted debe ser capaz de mostrar un "renuncio por buena causa." Seguro de Desempleo es administrado por el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD).

Para más información o para aplicar, llame **(866) 333-4606** o visita <http://www.edd.ca.gov/Unemployment/>.

Terminación de Trabajo y sus Derechos

Si su empleador sabe que usted es una víctima de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho, no puede penalizar ni puede despedirlo por esa razón. Además, si usted le dice a su empleador que usted es una víctima de violencia y pide una adaptación razonable relacionada con la seguridad, tales como cambiar su extensión telefónica, su empleador no le puede castigar o terminar porque usted pidió una comodidad o por la divulgación de su estado como víctima.

Si ha sido despedido porque usted es un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho, o por la solicitud de un alojamiento relacionado con la seguridad razonable, debido a esa violencia, puede presentar una queja ante el Comisionado Laboral (la División de Cumplimiento de Normas Laborales), que puede pedir a su empleador que le reincorpore a su trabajo y le reembolse por los salarios perdidos y beneficios laborales. Oficinas del Comisionado del Trabajo se encuentran en toda California. El número de la oficina de Comisionado del Trabajo más cercana a usted se puede encontrar en <http://www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm>. Un empleado tiene un año desde la fecha de la denegación de ajustes, terminación u otra forma de discriminación a presentar una queja ante el Comisionado Laboral.

Trabajadores Indocumentados

Si usted es indocumentado, usted todavía tiene el derecho a estar libre de discriminación y tomar ventaja de las excedencias, alojamiento y otras protecciones disponibles para los sobrevivientes en el lugar de trabajo.

Aunque los trabajadores indocumentados no tienen derecho al seguro de desempleo, usted tiene derecho a declarar el seguro de discapacidad y permiso familiar pagado si usted ha pagado al fondo de Seguro Estatal de Incapacidad de California.

Asistencia Legal Adicional

Llame **Proyecto SOBREVIVIR** de la Sociedad de Ayuda Legal a (888) 864-8335 línea gratuita en California o (415) 593-0033 fuera de California.

Ejemplos de Cartas para Peticiones de Excedencia y Alojamiento

<p>Sintiéndose Seguro en el Trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Muestra de Solicitud A: Alojamiento relacionada con la seguridad de trabajo – petición del empleado 12 ❖ Muestra de Certificación A: Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando un alojamiento relacionada con la seguridad de trabajo 13
<p>Excedencia para aparecer en Corte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Muestra de Solicitud B: Excedencia para aparecer en Corte – petición del empleado 14 ❖ Muestra de Certificación B: Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para aparecer en Corte 15
<p>Excedencia para Obtener Asesoramiento, Planificación de Seguridad, u otros servicios relacionados con la violencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Muestra de Solicitud C: Excedencia para obtener asesoramiento, planificación de seguridad, u otros servicios– petición del empleado . 16 ❖ Muestra de Certificación C: Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para obtener otros servicios 17
<p>Excedencia para atender a la salud grave de usted o un familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Muestra de Solicitud D: Excedencia para atender a la salud grave de usted o un familiar – petición del empleado 18 ❖ Muestra de Certificación D: Comisión de Empleo Justo y Comisión de Vivienda (Fair Employment and Housing Commission) Certificación del proveedor de atención médica..... 19-21
<p>Excedencia debido a su propia discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Muestra de Solicitud E: Alojamiento Razonable por Discapacidad (Excedencia) – petición del empleado 22 ❖ Muestra de Certificación E: Alojamiento Razonable por Discapacidad (Excedencia) – petición de proveedor de atención médica..... 23 ❖ Muestra de Solicitud F: Alojamiento Razonable por Discapacidad (que no sea Excedencia) – petición del empleado 24 ❖ Muestra de Certificación F: Alojamiento Razonable por Discapacidad (que no sea Excedencia) – petición de proveedor de atención médica 25

MUESTRA DE SOLICITUD A:

Alojamiento relacionada con la seguridad de trabajo para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho– petición del empleado

.....

Cuando usar esta carta: La siguiente carta puede ser usada para solicitar una acomodación razonable relacionado con la seguridad del trabajo, tales como transferencia, modificación horario, cambiar del número de teléfono, o cualquier otra medida de seguridad para ayudar a mantener la seguridad en su lugar de trabajo.

Si su empleador responde a esta carta solicitando una prueba de su condición de víctima de violencia doméstica, asalto sexual, y / o acecho, usted debe preguntar a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental), consejero, o defensor de víctimas a completar la Certificación A en la siguiente página de este kit de herramientas ("Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando un alojamiento relacionada con la seguridad de trabajo para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho").

.....

[Fecha]

Estimado **[Nombre del Representante de Recursos Humanos, Supervisor o Gerente]:**

Como víctima de **[la violencia doméstica / asalto sexual y / o acecho]**, estoy solicitando un ajuste razonable relacionada con la seguridad en Sección 230 (f) del Código Laboral de California. Si usted no es la persona adecuada para recibir esta solicitud, por favor notifique inmediatamente y envíe esta carta a la persona que se encarga de las solicitudes de ajustes razonables.

Actualmente me siento insegura en el trabajo, y me gustaría reunirme con usted para hablar sobre la posibilidad de un alojamiento razonable relacionado con la seguridad. ***[Si se conoce, puede describir el alojamiento de seguridad necesaria. Si no, puede discutir las opciones con el empleador.]***

Sección 230 (f) del Código Laboral de California requiere que un empleador "proporciona medidas razonables para una víctima de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho que solicita una acomodación para la seguridad de la víctima mientras que está en el trabajo." Tales alojamientos "puede incluir la aplicación de medidas de seguridad, incluyendo una transferencia, reasignación, horario modificado, teléfono del trabajo cambiado, cambiado estación de trabajo, cerradura instalada, la asistencia en la documentación de la violencia doméstica, asalto sexual, o acecho que ocurre en el lugar de trabajo, un procedimiento de seguridad implementado, u otro ajuste una estructura de trabajo, las instalaciones del lugar de trabajo, o el requisito de trabajo en respuesta a la violencia doméstica, asalto sexual, o acecho, o la remisión a una organización de asistencia a las víctimas. "

Por favor, hágame saber si usted requiere la certificación de mi condición de sobreviviente de la violencia. Estoy listo y dispuesto a participar en el proceso interactivo con usted para hablar de mi solicitud de alojamiento.

Gracias,

[Firma]

MUESTRA DE CERTIFICACIÓN A:

Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando un alojamiento relacionada con la seguridad de trabajo para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acoso

.....

Cuando usar esta carta: Si usted solicita una acomodación relacionada con la seguridad, su empleador puede solicitar la prueba de que usted es una víctima de violencia doméstica, asalto sexual, o acoso. En respuesta, se puede mostrar esta carta a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental), consejero o defensor de víctimas, y pedir que le proporcionará una carta similar que certifique que está recibiendo tratamiento o asesoramiento en relación con la violencia doméstica, asalto sexual, o acoso.

.....

[Membrete del Proveedor de atención médica u organización de víctimas]

[Fecha]

A quien le interese:

[Nombre] requiere un alojamiento razonable relacionado con la seguridad. *[Nota: Si se sabe cuál alojamiento, puede describir con más detalle - adaptaciones apropiadas pueden incluir la aplicación de medidas de seguridad, incluyendo una transferencia, reasignación, horario modificado, cambiado de teléfono del trabajo, cambiado estación de trabajo, instalado bloqueo, la asistencia en la documentación de violencia doméstica, asalto sexual, o acoso que ocurre en el lugar de trabajo, un procedimiento de seguridad implementado, u otro ajuste a una estructura de trabajo, las instalaciones del lugar de trabajo, o el requisito de trabajo en respuesta a la violencia doméstica, asalto sexual, o acoso)] en relación con [violencia doméstica / asalto sexual, y / o acoso].]*

Con esta carta, yo certifico que **[Nombre]** está recibiendo **[tratamiento/asesoramiento]** para la victimización resultante de **[la violencia doméstica / asalto sexual, y / o acoso]** debido a que la modificación solicitada es necesaria.

[Firma]

MUESTRA DE SOLICITUD B:

Excedencia para aparecer en Corte para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho– petición del empleado

.....

Cuando usar esta carta: La siguiente carta puede ser usada para solicitar un permiso de trabajo protegido para ir a la corte a solicitar una orden de restricción u otra protección para usted o sus niños contra un agresor o acosador.

Si su empleador responde a esta carta solicitando una prueba de su condición de víctima de violencia doméstica, asalto sexual, y / o acecho, usted debe preguntar a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental), consejero o defensor de víctimas a completar la Certificación B en la página siguiente de este conjunto de herramientas ("Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para aparecer en Corte para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho").

.....

[Fecha]

Estimado **[Nombre del Representante de Recursos Humanos, Supervisor o Gerente]:**

Como víctima de **[la violencia doméstica / asalto sexual, y / o acecho]** yo **[estuve / estará]** ausente del trabajo en **[fecha(s)]** para obtener o intentar obtener mandamientos judiciales y protección. Si usted no es la persona adecuada para recibir esta solicitud, por favor notifique inmediatamente y envíe esta carta a la persona que se encarga de las solicitudes de excedencia.

Sección 230 (c) del Código Laboral de California requiere todos los empleadores a permitir un empleado una excedencia con protección del empleo "para obtener o intentar obtener algún alivio, incluyendo, pero no limitado a, una orden de restricción temporal, una orden de restricción permanente, u otra orden judicial de restricción alivio, para ayudar a asegurar la salud, seguridad o bienestar de la víctima o de su hijo.

Por favor, hágame saber si usted requiere la certificación de mi condición de sobreviviente de la violencia.

Gracias,

[Firma]

MUESTRA DE CERTIFICACIÓN B:

Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para aparecer en Corte para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho

.....

Cuando usar esta carta: Si usted solicita una excedencia para aparecer en corte, su empleador puede solicitar una prueba de que usted es una víctima de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho. En respuesta, puede mostrar este modelo de carta a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental), consejero o defensor de víctimas, y pedir que le proporcionará una carta similar que certifique que está recibiendo tratamiento o asesoramiento en relación con la violencia doméstica, asalto sexual, o acecho.

.....

[Membrete del Proveedor de atención médica y organización de víctimas]

[Fecha]

A quien le interese:

Yo soy un **[licenciado médico, consejero de la violencia doméstica, o consejero de asalto sexual]** de **[Organización]** para **[nombre del empleado]**.

Como víctima de **[la violencia doméstica / asalto sexual y / o acecho]**, **[Nombre]** **[necesita / necesitaba]** tiempo fuera del trabajo el **[fecha (s)]** para obtener o intentar obtener mandamientos judiciales para ayudar a asegurar la salud, seguridad, o el bienestar de **[el / ella] y / o [su hijo]**.

Por esta carta, certifico que **[Nombre]** está recibiendo **[tratamiento / asesoramiento]** para la victimización resultante de **[la violencia doméstica / asalto sexual, y / o acecho]** debido a que es necesaria la excedencia solicitada.

[Firma]

MUESTRA DE SOLICITUD C:

Excedencia para obtener asesoramiento, planificación de seguridad, u otros servicios para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acoso – petición del empleado

.....

Cuando usar esta carta: Si usted trabaja para un empleador que tiene por lo menos 25 empleados, la siguiente carta se puede utilizar para solicitar un permiso de trabajo protegido para ausentarse de su trabajo para buscar atención médica o asesoramiento psicológico, obtener servicios de un centro de asesoramiento o refugio, participar en la planificación de la seguridad, o tomar otras acciones para mantener la seguridad.

Si su empleador responde a esta carta solicitando una prueba de su condición de víctima de violencia doméstica, asalto sexual, y / o acoso, usted debe preguntar a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental), consejero o defensor de víctimas a completar la Certificación C en la página siguiente de este conjunto de herramientas ("Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para obtener otros servicios para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acoso").

.....

[Fecha]

Estimado **[Nombre del Representante de Recursos Humanos, Supervisor o Gerente]:**

Como víctima de **[la violencia doméstica / asalto sexual, y / o acoso]** yo **[fue / estará]** ausente del trabajo el **[fecha (s)]** para **[describa el tipo de servicios o actividad para la cual se necesita una dispensa de trabajo, tales como la atención médica, asesoramiento, planificación de seguridad, traslado, etc.]**. Si usted no es la persona adecuada para recibir esta solicitud, por favor notifique inmediatamente y envíe esta carta a la persona que se encarga de las solicitudes de excedencia.

Sección 230.1 (a) del Código Laboral de California requiere que los empleadores con al menos 25 empleados permitir que un empleado tome una excedencia con protección del empleo "para buscar atención médica", "obtener los servicios de un refugio de violencia doméstica, programa o centro de crisis de violación", "obtener asesoramiento psicológico" "participar en la planificación de la seguridad", "mostrar temporalmente o permanente reubicar," y / o "tomar otras acciones para aumentar su seguridad contra la violencia doméstica, asalto sexual, o acoso en el futuro."

Por favor, hágamelo saber si usted requiere la certificación de mi condición de sobreviviente de la violencia.

Gracias,

[Firma]

MUESTRA DE CERTIFICACIÓN C:

Certificación del proveedor de atención médica o defensor de víctimas solicitando excedencia para obtener otros servicios para un sobreviviente de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho

.....

Cuando usar esta carta: Si usted solicita una excedencia para obtener servicios tales como atención médica, asesoramiento, o la planificación de la seguridad, su empleador puede solicitar una prueba de que usted es una víctima de violencia doméstica, asalto sexual, o acecho. En respuesta, se puede mostrar esta carta de muestra a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental), consejero o defensor de víctimas, y pedir que le proporcionará una carta similar que certifique que está recibiendo tratamiento o asesoramiento en relación con la violencia doméstica, asalto sexual, o acecho.

.....

[Membrete del Proveedor de atención médica y organización de víctimas]

[Fecha]

A quien le interese:

Yo soy un **[licenciado médico, consejero de la violencia doméstica, o consejero de asalto sexual]** de **[Organización]** para **[nombre del empleado]**.

[Nombre] requiere una excedencia el **[fecha (s)]** para obtener servicios relacionados con **[la violencia doméstica / asalto sexual, y / o acecho]**. **[Incluya una breve descripción de los servicios necesarios; puede incluir (pero no se limitan a) la búsqueda de atención médica, obtener servicios de un refugio de violencia doméstica, programa o centro de crisis de violación, la obtención de asesoramiento psicológico, la participación en la planificación de la seguridad, o la reubicación / obtención de servicios de reubicación.]**

Por esta carta, certifico que **[Nombre]** está recibiendo **[tratamiento / asesoramiento]** para la victimización resultante de **[la violencia doméstica / asalto sexual, y / o acecho]** debido a que es necesaria la excedencia solicitada.

[Firma]

MUESTRA DE SOLICITUD D:

Excedencia para atender a la salud grave de usted o un familiar – petición del empleado

.....

Cuando usar esta carta: Si usted trabaja para un empleador que tiene por lo menos 50 empleados, ha trabajado allí durante al menos un año, y ha trabajado 1,250 horas durante el año anterior a su solicitud directamente la excedencia, la siguiente carta se puede utilizar para solicitar un permiso de trabajo protegido de su empleador para asistir a su propia condición de salud grave o la condición grave de salud de su hijo, cónyuge, pareja de hecho, padre o madre.

Si su empleador responde a esta carta solicitando la certificación de la necesidad de la excedencia, usted debe preguntar a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental) para completar la **Certificación D** en las siguientes páginas de este kit de herramientas ("Comisión de Empleo Justo y Comisión de Vivienda (Fair Employment and Housing Commission) Certificación del proveedor de atención médica").

.....

[Fecha]

Estimado **[Nombre del Representante de Recursos Humanos, Supervisor o Gerente]:**

Esta carta es para informarle de mi necesidad de la excedencia bajo la Ley de Excedencia Familiar y Médica (FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA).

Necesito una excedencia de **[fecha]** hasta **[fecha]**. **[Recuerde que también puede solicitar periódica, intermitente FMLA / CFRA o utilizar este permiso para reducir sus horas programadas según sea necesario para atender a su propio / condición de salud de su familiar.]**

Tengo un problema grave de salud, debido a que estoy incapacitado temporalmente para trabajar durante este período de tiempo.

[O]

Mi **[padre / hijo / cónyuge / pareja de hecho]** tiene un problema grave del salud. Para brindar atención a **[él / ella]**, voy a ser incapaz de trabajar durante este tiempo.

Tengo entendido que soy elegible para un máximo de 12 semanas de excedencia por año bajo la Ley de Excedencia Familiar y Médica y la Ley de Derechos Familiares de California, y que voy a ser reintegrado a mi trabajo después de mi excedencia. **[Si usted recibe beneficios de seguro de salud a través de su empleador:]** También tengo entendido que la empresa va a continuar mi seguro de salud durante mi excedencia.

Por favor, hágamelo saber inmediatamente y por escrito si necesita una certificación o nada más lejos de mí. Le agradezco su ayuda con este asunto.

Sinceramente,

[Firma]

MUESTRA DE CERTIFICACIÓN D:

Comisión de Empleo Justo y Comisión de Vivienda (Fair Employment and Housing Commission) Certificación del proveedor de atención médica (Ley de Derechos Familiares de California de 1993 (CFRA))

1. Nombre del empleado: _____

2. Nombre del paciente (si no es el empleado): _____

3. Fecha que condición médica o necesidad de tratamiento empezó [NOTA: EL MÉDICO NO PUEDE DIVULGAR EL DIAGNÓSTICO DE BASE SIN CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE]: _____

4. Duración probable de la excedencia médica o necesidad de tratamiento: _____

5. La hoja adjunta describe lo que significa una "condición de salud grave" según la Ley de Excedencia Familiar y Medica (FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA). ¿Puede la condición del paciente calificar bajo una de las categorías descritas? En caso afirmativo, por favor marque la categoría apropiada:

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

6. Si la certificación es para la condición grave de salud del empleado, por favor conteste las siguientes:

Sí No

¿Es el empleado capaz de realizar cualquier tipo de trabajo? (Si es "No", vaya la siguiente pregunta.)

¿Es el empleado incapaz de realizar una o más de las funciones esenciales de la posición del empleado? (Responda después de revisar declaración del empleador de las funciones esenciales de la posición del empleado o, si no proporcionado, después de discutir con el empleado.)

7. Si la certificación es para el cuidado de un familiar del empleado, por favor conteste las siguientes:

Sí No

¿Necesita (o va a necesitar) el paciente asistencia médica básica para, la higiene, la nutrición, la seguridad o el transporte?

Después de la revisión de la declaración firmada por el empleado (Véase artículo 10 a continuación), ¿es necesario la participación del empleado? (Esta participación puede incluir consuelo psicológico y / o arreglo para el cuidado de terceros para el miembro de la familia.)

MUESTRA DE CERTIFICACIÓN D:

Comisión de Empleo Justo y Comisión de Vivienda (Fair Employment and Housing Commission) Certificación del proveedor de atención médica (Ley de Derechos Familiares de California de 1993 (CFRA))

8. Estime el periodo de tiempo que cuidado es necesario o el tiempo que la participación del empleado puede ser beneficiar _____

9. Por favor conteste la siguiente pregunta si el empleado solicita excedencia intermitente o un horario de trabajo reducido.

Sí No

¿Es necesario por razones médicas para que el empleado sea fuera del trabajo de forma intermitente o para trabajar menos de horario normal de trabajo del empleado con el fin de atender a la condición de salud grave del empleado o miembro de la familia??

Si la respuesta a la 9 es afirmativa, por favor indique el número estimado de visitas al médico, y / o la duración estimada del tratamiento médico, ya sea por el profesional de la salud u otro proveedor de servicios de salud, tras la recomendación del médico.

TEMA 10 ES DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO QUE NECESITA EXCEDENCIA FAMILIAR.

****A PROPORCIONAR AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MEDICA BAJO UNA HOJA APARTE.

10. Cuando se necesita excedencia para el cuidado familiar para cuidar a un familiar gravemente enfermo-, el empleado deberá indicar la atención que le brindará y una estimación del período de tiempo durante el cual se proporcionará este tipo de atención, incluyendo un calendario, si la excedencia debe ser tomar intermitentemente o en un horario de trabajo reducido: _____

11. Firma del proveedor de atención medica: _____

Fecha: _____

A. "Condición de salud grave" significa enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que involucra a uno de las siguientes:

1. **Cuidado del Hospital:** Atención a pacientes internos (es decir, una noche de estancia) en un hospital, hospicio, o residencial institución de cuidado médico, incluyendo cualquier período de incapacidad o tratamiento posterior en relación con o como consecuencia de dicha atención hospitalaria.

MUESTRA DE CERTIFICACIÓN D:

Comisión de Empleo Justo y Comisión de Vivienda (Fair Employment and Housing Commission) Certificación del proveedor de atención médica (Ley de Derechos Familiares de California de 1993 (CFRA))

2. **Excedencia más tratamiento:** Un período de incapacidad de más de tres días calendario consecutivos (incluyendo cualquier tratamiento o período de incapacidad relacionada con la misma condición resolutoria), que también incluye:
 - (1) Tratamiento de dos o más veces por un proveedor de atención médica, por una enfermera o asistente médico bajo la supervisión directa de un médico o por un proveedor de servicios de atención de salud (por ejemplo, terapeuta físico) bajo las órdenes de, o en remisión por un proveedor de atención de la salud; o
 - (2) El tratamiento por un proveedor de atención médica en al menos una ocasión, lo que se traduce en un régimen de tratamiento continuo bajo la supervisión del médico.
3. **Embarazo:** [NOTA: propia incapacidad de un empleado debido al embarazo está cubierto como una condición de salud grave en virtud de la FMLA, pero no bajo CFRA] Cualquier período de incapacidad por embarazo, o para el cuidado prenatal.
4. **Condiciones crónicas que requieren tratamiento:** Una condición crónica que:
 - (1) Requiere visitas periódicas para tratamiento por un proveedor de atención médica, o por una enfermera o asistente médico bajo la supervisión directa de un médico;
 - (2) continúa durante un período prolongado de tiempo (incluyendo episodios de una sola condición subyacente recurrente); y
 - (3) Puede provocar episodios en lugar de un período continuo de incapacidad (por ejemplo, asma, diabetes, epilepsia, etc).
5. **Condiciones permanente / a largo plazo que requieren supervisión:** Un período de incapacidad que es permanente o de largo plazo debido a una condición por la cual el tratamiento puede no ser eficaz. El empleado o miembro de la familia debe estar bajo la continua supervisión de, pero no es necesario recibir tratamiento activo por un proveedor de atención médica. Los ejemplos incluyen la enfermedad de Alzheimer, un derrame cerebral grave, o la fase terminal de una enfermedad.
6. **Tratamientos Múltiples (condiciones no crónicas):** Cualquier período de excedencia para recibir múltiples tratamientos (incluyendo cualquier período de recuperación de los mismos) por un proveedor de atención médica o por un proveedor de servicios de salud bajo las órdenes de o en remisión por un profesional de la salud, ya sea para cirugía reparadora después de un accidente u otra lesión, o para una condición que probablemente resultaría en un período de incapacidad o de más de tres días calendario consecutivos en la excedencia de intervención o tratamiento médico, como el cáncer (quimioterapia, radiación, etc), artritis severa (terapia física, o enfermedad renal (diálisis).

Nota: Autoridad citada: Section 12935(a), Government Code. Reference: Section 12945.2, Government Code; Family and Medical Leave Act of 1993, 29 U.S.C. § 2601 et seq.; and 29 C.F.R. § 825.

MUESTRA DE SOLICITUD E:

Alojamiento Razonable por Discapacidad (Excedencia) – petición del empleado

.....

Cuando usar esta carta: La siguiente carta puede ser utilizado para solicitar una excedencia como un ajuste razonable para su propia discapacidad.

Si su empleador responde a esta carta solicitando una prueba de su incapacidad, usted debe preguntar a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental) para completar la **Certificación E** de la página siguiente de este kit de herramientas ("Alojamiento Razonable por Discapacidad (Excedencia) – petición de proveedor de atención médica").

.....

[Fecha]

Estimado **[Nombre del Representante de Recursos Humanos, Supervisor o Gerente]:**

Este es un pedido de acomodo razonable bajo la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) y la Ley de Empleo y Vivienda Justa de California (FEHA). Si usted no es la persona adecuada para recibir esta solicitud, por favor notifique inmediatamente y envíe esta carta a la persona que se encarga de las solicitudes de acomodo razonable.

Soy una persona con una "discapacidad" bajo las leyes estatales y federales. Estoy solicitando una excedencia empezando el **[fecha]**. Mi programado día de retorno es **[fecha]**.

Según la Comisión Federal de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC), una excedencia es una forma de ajuste razonable. Consulte la sección titulada "Leave" y los ejemplos correspondientes en *EEOC Enforcement Guidance on Reasonable Accommodation and Undue Hardship Under the Americans with Disabilities Act*, disponibles en www.eeoc.gov.

Por favor, hágame saber si usted requiere documentación médica razonable de mi condición, o si desea proponer alojamientos alternativos a los que he solicitado. Estoy listo y dispuesto a participar en el proceso interactivo con usted para que pueda continuar en mi empleo.

Gracias,

[Firma]

**MUESTRA DE CERTIFICACIÓN E:
Alojamiento Razonable por Discapacidad (Excedencia) – petición de
proveedor de atención médica**

.....

Cuando usar esta carta: Si usted solicita una excedencia debido a una discapacidad, su empleador puede solicitar documentación médica de su incapacidad. En respuesta, se puede mostrar esta carta muestra a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental) y pedirle que le proporcionará una carta similar documentando su discapacidad y necesidad de una excedencia.

.....

[Fecha]

A quien le interese:

Yo soy el **[título o descripción del trabajo, tales como médico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta, trabajador social, trabajador de caso, o profesional de atención médica]** que trata a **[Nombre]**.

[Nombre] tiene una condición médica que limita sustancialmente las principales actividades de la vida, incluyendo **[llenar en las actividades principales de la vida pertinentes, tales como: el cuidado de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse, o el funcionamiento de una función corporal importante (incluyendo las funciones del sistema inmunológico, órganos de los sentidos especiales y la piel, el crecimiento celular normal, digestivo, genitourinario, intestino, vejiga, neurológico, el cerebro, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hematológico, linfático, músculo-esquelético, y las funciones reproductivas, o el funcionamiento de un órgano individual dentro de un sistema de órganos)]**.

Como resultado de la discapacidad de **[Nombre]**, **[él / ella]** es temporalmente incapaz de trabajar. **[Él / ella]** necesita una excedencia para el tratamiento y la recuperación. Esta excedencia **[comenzó el / está programada para comenzar en fecha]**.

Anticipo que **[Nombre]** será capaz de volver al trabajo el **[fecha (Tenga en cuenta que es importante incluir una fecha anticipada de regreso al trabajo, aunque podría extenderse en el futuro.)]**.

[Firma]

MUESTRA DE SOLICITUD F:

Alojamiento Razonable por Discapacidad (que no sea Excedencia) – petición del empleado

.....

Cuando usar esta carta: La siguiente carta puede ser usada para solicitar un acomodo razonable para su propia discapacidad.

Si su empleador responde a esta carta solicitando una prueba de su incapacidad, usted debe preguntar a su proveedor de atención médica (incluyendo su profesional de la salud mental) para completar la Certificación F en la página siguiente de este kit de herramientas ("Alojamiento Razonable por Discapacidad (que no sea Excedencia) – petición de proveedor de atención médica").

.....

[Fecha]

Estimado **[Nombre del Representante de Recursos Humanos, Supervisor o Gerente]:**

Este es un pedido de acomodo razonable bajo la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) y la Ley de Empleo y Vivienda Justa de California (FEHA). Si usted no es la persona adecuada para recibir esta solicitud, por favor notifique inmediatamente y envíe esta carta a la persona que se encarga de las solicitudes de acomodo razonable.

Soy una persona con una "discapacidad" bajo las leyes estatales y federales. **[Describa la situación y cómo alojamiento le ayudara realizar su trabajo o mantener su salud. Por ejemplo:**

-Como resultado de mi discapacidad, tengo episodios intensos de estrés. Durante estos episodios, puede necesitar tomar un momento para descansar y recuperarse. Por lo tanto, como un alojamiento para mi discapacidad, necesito el permiso de tomar descansos cortos y no programadas cuando ocurren estos episodios.

-Como resultado de mi discapacidad, de vez en cuando tengo dificultad con la memoria. Por lo tanto, como un alojamiento para mi discapacidad, necesito una grabadora y el permiso para grabar reuniones de la oficina.

-Como resultado de mi discapacidad, tengo pánico intenso y la preocupación de ser abordado por extraños inesperadamente. Por lo tanto, como un alojamiento para mi discapacidad, necesito mi espacio de trabajo se alejó de la puerta de entrada.]

Por favor, hágame saber si usted requiere documentación médica razonable de mi condición, o si desea proponer alojamientos alternativos a los que he solicitado. Estoy listo y dispuesto a participar en el proceso interactivo con usted para que pueda continuar en mi empleo.

Gracias,

[Firma]

MUESTRA DE CERTIFICACIÓN F: Alojamiento Razonable por Discapacidad (que no sea Excedencia) – petición de proveedor de atención médica

.....

Cuando usar esta carta: Si usted solicita una adaptación razonable por una discapacidad, su empleador puede solicitar documentación médica de su incapacidad. En respuesta, se puede mostrar esta carta muestra a su profesional médico o profesional de la salud mental y pedirle para proporcionarle una carta similar documentar su discapacidad y necesidad de una excedencia.

.....

[Fecha]

A quien le interese:

Yo soy el **[título o descripción del trabajo, tales como médico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta, trabajador social, trabajador de caso, o profesional de atención médica]** que trata a **[Nombre]**.

[Nombre] tiene una condición médica que limita sustancialmente las principales actividades de la vida, incluyendo **[llenar en las actividades principales de la vida pertinentes, tales como: el cuidado de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse, o el funcionamiento de una función corporal importante (incluyendo las funciones del sistema inmunológico, órganos de los sentidos especiales y la piel, el crecimiento celular normal, digestivo, genitourinario, intestino, vejiga, neurológico, el cerebro, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hematológico, linfático, músculo-esquelético, y las funciones reproductivas, o el funcionamiento de un órgano individual dentro de un sistema de órganos)]**.

Como resultado de la discapacidad de **[Nombre]**, **[él / ella]** busca un alojamiento de lugar de trabajo.

[Describa la situación y cómo alojamiento ayudará al empleado realizar su trabajo o mantener su salud. Por ejemplo:

-Como resultado de la discapacidad de **[Nombre]**, **[él / ella]** tiene episodios intensos de estrés. Durante estos episodios, **[Nombre]** puede necesitar tomar un momento para descansar y recuperarse. Por lo tanto, como un alojamiento para la discapacidad de **[él / ella]**, **[Nombre]** necesita el permiso de tomar descansos cortos y no programadas cuando ocurren estos episodios.

-Como resultado de la discapacidad de **[Nombre]**, **[él / ella]** de vez en cuando tiene dificultad con la memoria. Por lo tanto, como un alojamiento para la discapacidad de **[él / ella]**, **[Nombre]** necesita una grabadora y el permiso para grabar reuniones de la oficina.

-Como resultado de la discapacidad de **[Nombre]**, **[él / ella]** tiene pánico intenso y la preocupación de ser abordado por extraños inesperadamente. Por lo tanto, como un alojamiento para la discapacidad de **[él / ella]**, **[Nombre]** necesita que su espacio de trabajo se alejó de la puerta de entrada.]

[Firma]