

**APLICACION PARA PROGRAMA DE AUSENCIA POR
ENFERMEDAD DEL CONDADO DE WEBB 2009 - 2010**

(La información marcada en sombra es necesaria para procesar)

NOMBRE _____ DEPARTAMENTO _____

DOMICILIO _____

No. & Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
FECHA DE NACIMIENTO ____ # de ID _____ ULTIMOS CUATRO NUMEROS DEL S.S. _____

CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD

El programa de Ausencia Por Enfermedad (Sick Leave Pool) es el único modo de transferir horas de permiso de enfermedad de un empleado a otro.

El Programa de Ausencia Por Enfermedad puede proporcionar empleados que son elegibles con horas adicionales de ausencia por enfermedad en casos de una enfermedad catastrófica. Usted debe contribuir horas este año para ser elegible si surge la necesidad de aplicar en el próximo año fiscal. Empleados que no hacen una contribución no son elegibles para aplicar.

Debe de tener 12 meses o más de servicio con el condado para solicitar horas del programa pero no existe un requerimiento mínimo de servicio para contribuir.

El empleado puede contribuir no menos de 8 horas y no más de 40 horas por año fiscal.

Yo _____, **DESEO**, participar en el programa de Ausencia Por Enfermedad para el año Fiscal del 2009-2010.

Firma _____
Fecha

Total de horas de ausencia por enfermedad acumuladas _____
Total de horas de ausencia por enfermedad contribuidas _____
Balance de horas de ausencia por enfermedad _____

Yo _____, **NO DESEO**, participar en el programa de Ausencia Por Enfermedad para el año Fiscal del 2009-2010.

Firma _____
Fecha

Historial de asistencia (Debe incluir la deducción de la contribución al programa para ser procesada)

Verificado Por (Nombre y Titulo) _____
Fecha