

**SAMPLE LETTER FOR NON-WORK
RELATED INJURIES OR ILLNESSES**
School/Department Letterhead

Fecha

Nombre del empleado

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Estimado (a) _____:

Usted ha presentado documentación médica que indica que tiene limitaciones que pueden afectar su capacidad para desempeñar su trabajo. Si está incapacitado para desempeñar las funciones principales de su trabajo debido a las restricciones médicas, puede elegir una de las siguientes opciones que son licencias aprobadas según el Estatuto de la Florida 1012.67 y la norma de la Junta Escolar 3.80:

1. Utilizar los días de enfermedad y de vacaciones que no ha usado (PBSD 0032),
2. Solicitar una licencia sin pago (PBSD 1666),
3. Solicitar una licencia médica de familia (PBSD 2312) o
4. Solicitar el seguro por discapacidad a corto o largo plazo, si es que lo hubiese comprado previamente como uno de sus beneficios (comuníquese con el Departamento de Administración de Beneficios y Riesgos Laborales al 561- 434-8580).

Si decide tomar cualquiera de las opciones antes mencionadas, es su responsabilidad el notificarle a su supervisor cuando esté listo para regresar al trabajo. Necesitará presentar una nota de su médico en la fecha fijada para su retorno o antes, indicando que usted puede reanudar completamente su trabajo. Si su médico necesita una copia de las responsabilidades de su trabajo para poder determinar su capacidad para desempeñar las funciones asignadas al mismo, puede solicitar que se le envíe una descripción del trabajo llamando al teléfono 561-434-8777 de servicio al cliente del Departamento de Recursos Humanos.

Si su impedimento es permanente y usted piensa que éste puede calificar como una discapacidad según la Ley de enmienda para la protección de estadounidenses con incapacidades (*Americans with Disabilities Act Amendments Act, ADAAA*), comuníquese con el coordinador de ADA al (561- 434-8637) quien determinará si es elegible para cualquier modificación.

Atentamente,

Director o Supervisor

Acuse de recibo del empleado _____ Fecha _____