

# Oficina de Cumplimiento

avance de la seguridad, la salud y los derechos laborales en la rama legislativa

## Certificación de Lesión o Enfermedad Graves de un Veterano para la Licencia Destinada al Cuidado de un Militar

(Ley de Licencia Familiar y Médica, según fuera aplicable por la Ley de Responsabilidad del Congreso)

### Formulario G

### Notificación para la OFICINA DE EMPLEO

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), según fuera aplicable por la Ley de Responsabilidad del Congreso (CAA, por sus siglas en inglés), establece que una oficina de empleo puede exigir a un empleado que busque licencia para la atención de un familiar herido de guerra en virtud de la FMLA debido a una enfermedad o lesión graves de un veterano cubierto que presente una certificación que proporcione hecho suficiente para respaldar la solicitud de licencia. Su respuesta es voluntaria. Aunque usted no está obligado a utilizar este formulario, no se puede pedir al empleado que proporcione más información que la permitida en virtud de las regulaciones de la FMLA emitidas por la Junta Directiva (la Junta) de la Oficina de Cumplimiento (OOC, por sus siglas en inglés) en 825.310. Las oficinas de empleo por lo general deben mantener registros y documentos relacionados con certificaciones médicas, recertificaciones o historiales médicos de los empleados o familiares de los empleados creados para fines de la FMLA como registros médicos confidenciales en archivos/registros separados de los archivos habituales de personal, si se aplica la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o la Ley de No Discriminación de la Información Genética, según fuera aplicable por la CAA.

### SECCIÓN I: Para que lo complete el EMPLEADO o VETERANO para quien el empleado está solicitando la licencia

**INSTRUCCIONES para el EMPLEADO o VETERANO:** Complete la Sección I antes de completar la Sección II. La FMLA, según fuera aplicable por la CAA, permite que una oficina de empleo requiera que un empleado presente una certificación oportuna, completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia para la atención de un familiar herido de guerra en virtud de la FMLA debido a una lesión o enfermedad graves de un veterano cubierto. Si la oficina de empleo lo solicita, se requiere su respuesta para obtener o conservar el beneficio de la licencia protegida por la FMLA. El no hacerlo puede resultar en una denegación de la solicitud de licencia FMLA de un empleado. Normativas de la OOC en 825.310(g). La oficina de empleo debe proporcionarle al empleado al menos 15 días calendario para devolver este formulario a la oficina de empleo.

(Esta sección debe completarse antes de que un profesional de atención médica complete la Sección II).

### Parte A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre y dirección de la oficina de empleo (esta es la oficina de empleo del empleado que solicita licencia para cuidar a un veterano):

---

Nombre del empleado que solicita licencia para cuidar a un veterano:

---

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
--------	----------------	----------

Nombre del veterano (para quien el empleado está solicitando la licencia):

---

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
--------	----------------	----------

Vínculo del empleado con el veterano:

Cónyuge  Padre/Madre  Hijo  Hija  Familiar más Cercano (especifique el vínculo):

## Parte B: INFORMACIÓN DEL VETERANO

- (1) Fecha de licenciamiento del veterano: \_\_\_\_\_
- (1) ¿El veterano recibió el licenciamiento de manera **deshonrosa** o fue dado de baja de las Fuerzas Armadas (incluida la Guardia Nacional o la Reserva)?  Sí  No
- (2) Proporcione rama militar, rango y unidad del veterano al momento del licenciamiento:  
\_\_\_\_\_
- (3) ¿El veterano está recibiendo tratamiento médico, de recuperación o terapia para una lesión o enfermedad?  
 Sí  No

## Parte C: CUIDADO A PROPORCIONAR AL VETERANO

Describa el cuidado a proporcionar al veterano y una estimación de la licencia necesaria para proporcionar el cuidado:

---

---

**SECCIÓN II: A completar por: (1) un proveedor de atención médica del Departamento de Defensa; (2) un proveedor de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos ("VA", por sus siglas en inglés); (3) un proveedor de atención médica privado autorizado de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; (4) un proveedor de atención médica privado autorizado fuera de la red de TRICARE del Departamento de Defensa; o (5) un proveedor de atención médica tal como se define en la normativa de la OOC en 825.125.**

**INSTRUCCIONES para el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:** El empleado indicado en la Sección I ha solicitado licencia conforme a la disposición sobre la licencia para la atención de un familiar herido de guerra en virtud de la FMLA, según fuera aplicable por la CAA, para cuidar a un familiar que es un veterano. A los efectos de la licencia para la atención de un familiar herido de guerra en virtud de la FMLA, una lesión o enfermedad grave es una que se haya contraído en el cumplimiento del deber en servicio activo en las Fuerzas Armadas (o que existía antes del comienzo del servicio activo del militar y se vio agravada por el cumplimiento del deber en servicio activo en las Fuerzas Armadas) y se manifestó antes o después de que el militar se convirtiera en veterano, y es:

- (i) una continuación de una lesión o enfermedad graves que hayan sido contraídas o agravadas cuando el veterano cubierto era un miembro de las Fuerzas Armadas y volvió al militar incapaz de realizar las funciones de su cargo, grado, rango o calificación militar; o
- (ii) una afección física o mental por la que el veterano ha recibido una Clasificación de Incapacidad Relacionada con el Servicio del Departamento de Asuntos Veteranos de los EE. UU. (VASRD, por sus siglas en inglés) del 50 por ciento o superior, y dicha clasificación VASRD se basa, en su totalidad o en parte, en la condición que precipita la necesidad de la licencia para la atención de un familiar herido de guerra; o
- (iii) una afección física o mental que afecta sustancialmente la capacidad del veterano cubierto para asegurar o seguir una ocupación sustancial y lucrativa a causa de discapacidades relacionadas con el servicio militar, o la afectaría en caso de ausencia de tratamiento; o
- (iv) una lesión, incluida una lesión psicológica, sobre la base de la cual el veterano cubierto ha sido inscrito en el Programa de Asistencia Integral a Cuidadores Familiares del Departamento de Asuntos de Veteranos.

Una certificación completa y suficiente para respaldar una solicitud de licencia para la atención de un familiar herido de guerra en virtud de la FMLA debido a una lesión o enfermedad graves de un veterano cubierto incluye documentación escrita que confirme que la lesión o enfermedad del veterano fueron causadas en el cumplimiento del deber en servicio activo o que existían antes del inicio del servicio activo del veterano y se vieron agravadas por el cumplimiento del deber en servicio activo y que el veterano está realizando tratamiento, recuperación o terapia para tal enfermedad o lesión con un profesional de atención médica mencionado anteriormente. Responda

todas las partes aplicables de manera completa. Varias preguntas buscan una respuesta en cuanto a la frecuencia o la duración de una afección, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su mejor estimación con base en su conocimiento, experiencia y examen médico del paciente. Sea tan específico como pueda; los términos tales como "toda la vida", "desconocido" o "indeterminado" pueden no ser suficientes para determinar la cobertura de la licencia para la atención de un familiar herido de guerra en virtud de la FMLA. Limite sus respuestas a la afección del veterano por la cual el empleado busca licencia. No proporcione información sobre pruebas genéticas tal como se define en 29 C. F. R. §1635.3(f), o servicios genéticos tal como se define en 29 C. F. R. §1635.3(e).

La Ley de No Discriminación de la Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) nos prohíbe solicitar/requerir información genética de una persona o un miembro de la familia de la persona, excepto si está expresamente permitido por la GINA. Le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder esta solicitud de información médica. "Información genética" incluye la historia clínica familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas, el hecho de que una persona o un familiar buscaron o recibieron servicios genéticos e información genética de un feto cargado por una persona/familiar o un embrión cargado legalmente por una persona/familiar que recibe servicios de asistencia reproductiva.

(Asegúrese de que la Sección I esté completa antes de completar esta sección. Asegúrese de firmar el formulario en la última página y regrese este formulario al empleado que solicita la licencia (vea la Sección I, Parte A arriba). **NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE CUMPLIMIENTO.**

### Parte A: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre y dirección comercial del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de Práctica/Especialidad Médica: \_\_\_\_\_

Indique si usted es:

- un proveedor de atención médica del Departamento de Defensa
- un proveedor de atención médica de Asuntos de Veteranos
- un proveedor de atención médica privado autorizado de la red TRICARE del Departamento de Defensa
- un proveedor de atención médica privado autorizado fuera de la red TRICARE del Departamento de Defensa
- otro proveedor de atención médica

### PARTE B: ESTADO DE SALUD

Nota: Si no puede hacer algunas de las determinaciones de carácter militar que figuran en la Parte B, se le permite confiar en las determinaciones de un representante autorizado del Departamento de Defensa (como un Coordinador de Cuidados de Recuperación del Departamento de Defensa) o un representante autorizado de Asuntos de Veteranos.

(1) La afección médica del veterano es:

- Una continuación de una lesión o enfermedad graves que hayan sido contraídas o agravadas cuando el veterano cubierto era un miembro de las Fuerzas Armadas y volvió al militar incapaz de realizar las funciones de su cargo, grado, rango o calificación militar.
- Una afección física o mental por la que el veterano ha recibido una Clasificación de Incapacidad Relacionada con el Servicio del Departamento de Asuntos Veteranos de los EE. UU. (VASRD, por sus siglas en inglés) del 50 por ciento o superior, y dicha clasificación VASRD se basa, en su totalidad o en parte, en la condición que precipita la necesidad de la licencia para la atención de un familiar herido de guerra.

- Una afección física o mental que afecta sustancialmente la capacidad del veterano cubierto para asegurar o seguir una ocupación sustancial y lucrativa a causa de discapacidades relacionadas con el servicio militar, o la afectaría en caso de ausencia de tratamiento.
- Una lesión, incluida una lesión psicológica, sobre la base de la cual el veterano cubierto está inscrito en el Programa de Asistencia Integral a Cuidadores Familiares del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Ninguna de las anteriores.

(2) ¿El veterano está siendo tratado por una afección que se haya producido o agravado en el cumplimiento de su deber en servicio activo en las Fuerzas Armadas?  Sí  No

(3) Fecha aproximada de inicio de la afección: \_\_\_\_\_

(4) Duración probable de la afección o necesidad de cuidado: \_\_\_\_\_

(5) ¿El veterano está realizando un tratamiento médico, de recuperación o terapia para esta afección?  
 Sí  No

En caso afirmativo, describa el tratamiento médico, de recuperación o la terapia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PARTE C: NECESIDAD DE CUIDADOS DEL VETERANO POR PARTE DE UN FAMILIAR

"Necesidad de cuidados" abarca tanto la atención física como psicológica. Incluye situaciones donde, por ejemplo, debido a su lesión o enfermedad graves, el veterano es incapaz de cuidar de sus propias necesidades médicas, higiénicas o nutricionales básicas o de seguridad, o es incapaz de trasladarse al médico. También incluye proporcionar comodidad y seguridad psicológica que serían beneficiosas para el veterano que está recibiendo atención como paciente hospitalario o en el hogar.

(1) ¿El veterano necesitará cuidado por un solo período continuo, incluido el tiempo para el tratamiento y la recuperación?  Sí  No

Si es así, estime la fecha inicial y final de este período: \_\_\_\_\_

(2) ¿El veterano requerirá citas periódicas de seguimiento del tratamiento?  Sí  No

Si es así, estime el esquema de tratamiento: \_\_\_\_\_

(3) ¿Hay una necesidad médica para que el veterano reciba cuidado periódico para estas citas de seguimiento del tratamiento?  Sí  No

(4) ¿Hay una necesidad médica para que el veterano reciba cuidado periódico para otras cosas que no sean las citas programadas de seguimiento del tratamiento (*p.ej.* brotes episódicos de la afección médica)?  Sí  No

En caso afirmativo, estime la frecuencia y la duración del cuidado periódico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_