

Utilice este formulario si está presentando una solicitud de beneficios de licencia intermitente (a tiempo parcial).

A. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Últimos cuatro números de Seguro Social o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)

Apellido

B. INFORMACIÓN SOBRE SU HORARIO REGULAR DE TRABAJO

¿Cuántos días trabaja regularmente por semana teniendo en cuenta todas las fuentes de empleo?

No es necesario que indique qué días específicos forman parte de su “horario regular de trabajo por semana”, como lunes o miércoles. Solo debe elegir la cantidad de días por semana. Si no tiene un horario regular de trabajo por semana porque éste varía de una semana a otra, de todos modos debe seleccionar una cantidad de días por semana a considerar como su horario “regular” mientras recibe los beneficios de Licencia Familiar Pagada (PFL). La cantidad predeterminada de días es 5. Si no lo sabe o si sus horarios cambian a menudo, puede colocar 5.

(Marque una opción con un círculo): 1 2 3 4 5 6 7

C. INFORMACIÓN SOBRE LOS DÍAS DE LICENCIA SOLICITADOS

Para poder solicitar a los beneficios, debe elegir las fechas futuras específicas en las cuales estará de licencia y para las cuales solicita beneficios de la Licencia Familiar Pagada. En algunos casos, tendrá la opción de modificar las fechas solicitadas después de presentar su reclamo. A continuación indique las fechas específicas para las cuales solicita los beneficios de la Licencia Familiar Pagada. Si necesita campos adicionales de fechas, envíe copias adicionales del Formulario PFL-IL con su reclamo.

mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa	mm/dd/aa
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y está completa.

Firma: _____ Fecha: _____