



Donación de ausencias por enfermedad a una persona - Formulario para el donador

De acuerdo con las normas de Donación de ausencias por enfermedad (SLD), dono _____ horas de mi ausencia por enfermedad para que las use:

Apellido y nombre de pila del **Empleado receptor**

Núm. de ID (EID) del **Empleado receptor**

- Entiendo que la ausencia donada se deducirá de mi saldo de ausencia por enfermedad y ya no estará disponible para mi uso. Las horas no se deducirán sino hasta que el receptor cumpla con los requisitos de elegibilidad. Esta donación es irrevocable independientemente de que las horas donadas se usen o no. Se requiere un mínimo de una (1) hora y las horas parciales deben darse en incrementos de un cuarto (0.25) de hora para su procesamiento.
- Entiendo que es mi responsabilidad mantener una cantidad suficiente de horas de ausencia por enfermedad en caso de que yo pueda necesitar mis propias ausencias por enfermedad acumulada.
- **Entiendo que el valor en dólares de la ausencia por enfermedad donada puede ser un ingreso gravable e impuestos retenidos de mi pago. Si la necesidad de donación de ausencias por enfermedad de receptor califica como una urgencia médica según los lineamientos del IRS, la ausencia donada puede quedar exenta de impuestos. Esta determinación no se conocerá sino hasta que Recursos Humanos haya evaluado la necesidad del receptor. Reconociendo esta información, ¿está de acuerdo en proceder con su donación? (marque el recuadro aplicable a continuación)**

Sí, solo si mi donación queda exenta de impuestos. _____(inicial)

Sí, independientemente de si mi donación queda exenta de impuestos. _____(inicial)

- Comprendo que, como donador, si no tengo ganancias suficientes para cubrir los impuestos, yo seré responsable de reembolsar a la UT Austin los impuestos. Además, entiendo que la estimación de ingresos no se considera ganancia elegible para la jubilación.
- Al firmar este formulario, afirmo que no he recibido ni recibiré ningún pago económico (remuneración) ni regalo a cambio de esta donación y que no he sido intimidado, amenazado ni coaccionado directa ni indirectamente por ningún otro empleado en relación con esta donación de ausencias por enfermedad.
- Al firmar este formulario, afirmo que mantendré la confidencialidad de cualquier información médica o personal que haya compartido conmigo el receptor, a menos que él especifique lo contrario.
- Al firmar este formulario, afirmo que constituye una representación verdadera y exacta de los hechos. Si no es así, puedo quedar sujeto a acciones disciplinarias, inclusive la terminación de mi empleo.

Nombre en letra de molde del **Empleado donante**

Núm. de ID (EID) del **Empleado donante**

Firma del **Empleado donante**

Fecha

La SLD no se procesará si no aparece una firma. Presente el formulario completado a la Gerencia de Prestaciones y Ausencias de RR. HH. mediante correo electrónico a HRS-LM@austin.utexas.edu o por fax al 512-471-7008.

La donación de ausencias por enfermedad a una persona es diferente de la donación a la reserva de ausencias por enfermedad (SLP). Si quiere hacer una donación al programa de SLP, use el formulario de donación correspondiente; esas donaciones están libres de impuestos. Para obtener información sobre las donaciones a la SLP, visite hr.utexas.edu/current/leave/pool.html