



# Formulario de Solicitud de Adaptación para la Lactancia

De acuerdo con la Política de Adaptación de Lactancia en el Trabajo del Condado de Monterey, empleados en período de lactancia pueden solicitar y se les proporcionan descansos y / o espacio para extraerse leche durante las horas de trabajo. **Se alienta a los empleados a enviar este formulario completado y firmado a su Coordinador Departamental de Beneficios tan pronto como identifiquen la necesidad de adaptación para la lactancia. Si los empleados están interesados en completar el formulario electrónicamente a través de DocuSign, haga clic [aquí](#).** Proporcionar la mayor anticipación posible ayudará al Condado a garantizar que se pueda identificar una ubicación adecuada antes de la necesidad del empleado.

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre:  Título/Cargo:

Correo electrónico del trabajo:  Teléfono del trabajo:

## SOLICITUD DE ALOJAMIENTO PARA LACTANCIA

Fecha de inicio alojamiento necesario:  Fecha estimada de finalización:

¿Necesita tiempo adicional más allá de su(s) pausa(s) de descanso y/o pausa para almorzar para extraerse la leche?  Sí  No

➤ *En caso afirmativo, complete la siguiente sección*

Indique el **adicional** días/horas fuera de los descansos/almuerzos programados regularmente que solicite, incluida la duración estimada del descanso:

	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado	<input type="checkbox"/> Domingo
<b>Descanso 1</b>	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo
	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización
<b>Descanso 2</b>	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo	Hora de comienzo
	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización	Hora de finalización

¿Cómo planeas recuperar tu tiempo (marca todo lo que corresponda)?  Acumulaciones  Horario flexible  Otros (explicar)



Con mi firma a continuación, acepto adherirme a la Política de Adaptación de Lactancia en el Trabajo del Condado:

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DEL SUPERVISOR/GERENTE**

Nombre del Supervisor/Gerente: \_\_\_\_\_

Título de Supervisor/Gerente: \_\_\_\_\_

Aprobado (*comentarios opcionales*)

\_\_\_\_\_

Denegado (*comentarios obligatorios*)

\_\_\_\_\_

Firma del Supervisor/Gerente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si la solicitud es denegada por el supervisor/gerente, el formulario debe enviarse al Jefe de Departamento para su revisión final.**

**REVISIÓN DEL JEFE DE DEPARTAMENTO**

Nombre del Jefe de Departamento: \_\_\_\_\_

Título del Jefe de Departamento: \_\_\_\_\_

Aprobado (*comentarios opcionales*)

\_\_\_\_\_

Denegado (*comentarios obligatorios*)

\_\_\_\_\_

Firma del Jefe de Departamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Si se aprueba, devuelva el formulario completo a su Coordinador Departamental de Beneficios. Si la solicitud es denegada, se debe enviar una copia de la denegación a la Oficina de Derechos Civiles.**

