

SOLICITUD PARA UN PERMISO DE AUSENCIA (LOA)

Nombre del Participante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ # ID OHS: _____

_____ # de Grupo: _____

El Participante no podrá asistir al programa de OHS DUI por la siguiente razón:

Vacaciones → sólo permitido a clientes que estén al día en todas las áreas, incluyendo cuotas del programa.

Servicio Militar Trabajo fuera del Estado Enfermedad Encarcelado Tratamiento Dificultad Personal

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL PARTICIPANTE

- La cuota de LOA debe ser pagada en el momento de solicitar el permiso.
- Durante el permiso de LOA debe tener su cuenta al corriente o hacer un plan de pagos para ponerla.
 Al corriente Cantidad que debe \$ _____. Plan de pagos con contabilidad \$ _____ por mes.
- El tiempo fuera en permiso de ausencia no cuenta como tiempo activo en el programa.
- Usted debe proveer documentación por escrito para apoyar su solicitud de LOA, (i.e.) motivo y fechas.
- Si el motivo de su LOA ya no es válido, usted deberá ponerse en contacto con OHS para continuar las actividades del programa.
- Si usted no puede ponerse en contacto con OHS para la fecha de regreso programada, usted puede estar en peligro de ser expulsado del programa por no regresar del LOA.
- Aquellas personas que necesiten extender el permiso de LOA deben ponerse en contacto con el programa antes de la fecha de regreso prevista y proporcionar documentación. La razón para la extensión debe ser la misma que la razón del LOA original.

Explicación para LOA: _____

Documentación para LOA: Proporcionada Pendiente Documentación medica fue verificada por _____

Motivo para un Retro LOA: _____

Fecha de la primera actividad que voy a faltar ____ / ____ / ____ Fecha de regreso ____ / ____ / ____

- Permisos de LOA que son por dos semanas o menos, reanudarán el mismo horario que tenían antes del LOA.
- Permisos de LOA que son por más de dos semanas deben ponerse en contacto con OHS para la fecha de regreso prevista, para ser reasignados a las actividades del programa restantes. **Por favor, póngase en contacto con la siguiente persona para asignar de nuevo sus actividades:**

_____ @ _____

Nombre del Personal de OHS

Número de Teléfono

Signature of OHS Staff Originating LOA Request: _____ Date: _____

Approved Conditionally Approved (documentation is needed) Denied

Designee: _____ Title: _____ Date: _____