

**FORMATO MODELO (Revisado Abril, 08-2020)**

Permiso de Ausencia Laboral Según la Ley de Primer Acto de Respuesta al Coronavirus de las Familias (FFCRA – *Families First Coronavirus Response Act*) Formulario de Solicitud y Certificación

Para solicitar Permiso Pagado de Ausencia Laboral por Emergencia de Enfermedad (*EPSL* siglas en inglés) o el pago *FMLA* (siglas en inglés) de Permiso de Ausencia Laboral por Emergencia de Salud Pública, tal y como está contemplado bajo el FFCRA (siglas en inglés), por favor complete el siguiente formulario de Solicitud y Certificación y entréguelo al Departamento de Recursos Humanos lo antes posible, pero no más tarde de cinco (5) días laborales después de su primer día de ausencia laboral. Para FMLA (siglas en inglés) únicamente si el Permiso de Ausencia Laboral por Emergencia de Salud Pública, es requerida por la razón No. 5 aplica lo indicado abajo.

**INFORMACIÓN DE SOLICITUD DE PERMISO DE AUSENCIA LABORAL**

Nombre del Empleado (impresa):

Departamento:

Nombre del Gerente:

Fecha de la Solicitud:

Fecha Estimada de Regreso:

**CERTIFICACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL EMPLEADO PARA SOLICITAR PERMISO DE AUSENCIA LABORAL**

Razones para la solicitud del permiso de ausencia laboral (seleccione la casilla con la razón apropiada):

# **1.** Estoy sujeto a cuarentena bajo orden federal, estatal o local o a aislamiento relacionado con COVID–19.

Nombre de la entidad gubernamental que ordena la cuarentena/aislamiento:

# **2.** Mi proveedor de atención médica me advirtió de permanecer en cuarentena por mi cuenta debido a las preocupaciones concernientes al COVID–19.

Nombre del proveedor de la atención médica, especialista y dirección:

# **3.** Yo estoy padeciendo síntomas relacionados al COVID-19 y solicitando un diagnóstico médico.

Nombre del proveedor de la atención médica, especialista y dirección:

# **4.** Yo cuido de una persona que está sujeta a Razón 1 (cuarentena/orden de aislamiento) o 2 (propia-cuarentena) indicado abajo.

Indicar el nombre de la persona y la relación con usted:

Esta persona está incapacitada de cuidarse por él/ella misma/ y depende de usted para su cuidado?  Si  No.

¿Esta persona reside en su hogar?  Si  No.

Por razón 1, nombre la entidad gubernamental que ordena la cuarentena/aislamiento: \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por razón 2, nombre del proveedor de la atención médica, especialista y dirección:

# **5.** Yo cuido de mi hijo o hija y la escuela primaria o secundaria, o lugar de cuido, ha sido cerrado, o el cuido infantil de mi hijo o hija no está disponible debido a las medidas de precaución tomadas por COVID-19. Mi hijo o hija es menor de 18 años (o es mayor de 18 pero se encuentra incapacitado de cuidarse solo debido a una deficiencia).

Nombre y edades de todos los menores que requieran cuidado:

Nombre de la escuela, lugar de cuido, o cuido infantil cerrado/o inhabilitado por COVID-19:

Al indicar aqui, yo estoy afirmando que no hay otra persona disponible que provea el cuidado de mi hijo(s) ya previamente señalados durante el periodo por el cual yo solicito permiso el permiso de ausencia laboral, incluyendo a los co-padres o co-guardianes:

Por cualquier menor de edad entre 15, 16, o 17 que necesite cuidado durante el día, a través de la presente yo afirmo que hay circunstancias requeridas especiales que me involucran en el cuidado del mismo, como las siguientes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente certifica que estoy impedida de desempeñar mi trabajo (o teletrabajo, si este fue ofrecido) por la razón identificada previamente:  Si  No.

¿Por las Razones 4 y 5 ya mencionadas, podría estar usted dispuesto a trabajar o realizar teletrabajo si su horario fuese cambiado?  Si  No. De ser Si, identifique aquí el cambio de horario requerido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha utilizado usted tiempo de EPSL (siglas en inglés) cuando trabajaba para otro empleador desde abril 1, 2020?  Si  No. De ser Si, indique el total de número de horas que usted utilizo e identifique el empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con la firma de este formulario, yo certifico que la información expresada aquí es verdadera y precisa. Yo entiendo que mi empleador se basara en esta información para rellenar el crédito fiscal de nómina para el Servicio de Impuestos Internos (IRS siglas en inglés):**

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Gerente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Recursos Humanos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_