

SOLICITUD / DESIGNACION DE LICENCIA POR ENFERMEDAD PAGADA POR EMERGENCIA (EPSL) Y/O LICENCIA DE SALIDA MEDICA FAMILIAR AMPLEADA

Nombre: _____

Fecha de solicitud: _____

Departamento/area: _____

Posición: _____

Fecha de contratación: _____

1. TIPO DE SOLICITUD/DESIGNACIÓN DE SALIDA (PPORFAVOR LA RAZON DEL TIEMPO FUERA:)

El empleado:

- 1) Está sujeto a una orden de aislamiento o cuarentena federal, estatal o local relacionada con COVID-19; o,
- 2) Ha sido aconsejado por un proveedor de atención médica a la cuarentena relacionada con COVID-19; o,
- 3) Está experimentando síntomas de COVID-19 y está buscando un diagnóstico médico; o,
- 4) Está cuidando a un individuo sujeto a una orden descrita en (1) o auto-cuarentena como se describe en (2); o,
- 5) Está cuidando a un niño cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado (o el proveedor de cuidado de niños no está disponible) por razones relacionadas con COVID-19
- 6) Está experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por el Secretario de Salud y Servicios Humanos, en consulta con los Secretarios de Trabajo y Tesorería

Ninguna otra razón es elegible para EPSL o EFMLA; comuníquese con Recursos Humanos para obtener asistencia adicional.

2. DURACIÓN DE LA SALIDA (Porfavor la duración de salida solicitada/designada.)

Permiso continuo-un permiso de ausencia para _____ consecutivos DIAS SEMANAS desde _____ hasta _____.

Permiso intermitente o horario de trabajo reducido – #5 solamente.

Porfavor explicar _____

3. RECONOCIMIENTO DE EMPLEADO – Cuando solicite licencia EPSL y / o EFMLA

- No puedo trabajar o teletrabajar debido a las razones anteriores.
- Entiendo (con la excepción del n. ° 5), que es posible que necesite una autorización del proveedor de atención médica para volver al trabajo.
- Entiendo que completar este formulario no constituye automáticamente la aprobación de mi solicitud de tiempo libre.

Firma del empleado (o nombre si se envía electrónicamente) _____ fecha: _____

4. APROBACIÓN Y COMENTARIOS DE LA EMPRESA COMPANY APPROVAL AND COMMENTS

- Se aprueba el tiempo libre.
- El tiempo libre se aprueba dependiendo de la siguiente documentación: Documentación escrita de un proveedor de atención médica
- email/carta de la escuela, lugar o cuidado, o proveedor de cuidado infantil, orden de cuarentena o aislamiento.
- Se requiere información adicional antes de la aprobación. (indicar fecha y notas de discusión)

Aprobado: _____

Fecha: _____

(Nombre y título del administrador)

*** Si hay una razón justificada para denegar esta solicitud de licencia, o para requerir información adicional, los comentarios de explicación y consulta deben anotarse en el reverso aquí.**

If there is justified reason for denying this leave request, or to require additional information, comments of explanation and inquiry should be noted on the reverse Here.

Solo para uso Interno:

Tras la aprobación, proporcione al empleado: una copia de esta forma

el cartel de DOL primero familias

el folleto de EDD DE2320the EDD Fecha en que se provee : _____