|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del empleado**  | **Nombre del empleador** | **Fecha** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **No. de teléfono del empleado** | **No. de teléfono del empleador** |  |
|  |  |  |
| **Fecha de inicio de la licencia**  | **Fecha de finalización de la licencia**  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Certifico que la razón que se detalla a continuación me impide trabajar (o teletrabajar): ☐ Estoy sujeto a una orden de **cuarentena o aislamiento** **federal, estatal, o local** en relación al COVID-19 que específicamente me impide trabajar.  Nombre de la entidad gubernamental que emite la orden: ☐ Un médico **me recomendó que permanezca en cuarentena o aislamiento individual** debido a preocupaciones en relación al COVID-19.  Nombre del médico que hizo la recomendación: ☐ Estoy sufriendo **síntomas de COVID-19** y estoy a la espera de un diagnóstico.☐ **Brindo cuidados a un individuo** que está sujeto a una cuarentena o al que un médico recomendó que permanezca en cuarentena o aislamiento individual en relación al COVID-19.Nombre de la persona a la que brindo cuidados y de qué manera estamos relacionados: Nombre de la entidad gubernamental que emite la orden: ***O*** Nombre del médico que hizo la recomendación: ☐ **Debo cuidar a mi(s) hijo(s)** ya que su escuela o proveedor de cuidado infantil está cerrado debido al COVID-19. **Certifico que ninguna otra persona apta está disponible para cuidar al (los) niño(s) durante el período de licencia solicitado.** Si el niño que debo cuidar tiene más de 14 años, certifico además que hay circunstancias especiales por las cuales debo ser yo quien cuide de él.Nombre(s) y edad(es) del (los) niño(s): Nombre de la(s) escuela(s) o lugar(es) de atención cerrado(s):  ☐ Contraje **otras afecciones que son sustancialmente similares** al COVID-19 de acuerdo a lo especificado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. |

**Firma del empleado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

LA SIGUIENTE SECCION DEBE SER COMPLETADA POR IF

### Se brindó la información oralmente por teléfono S N Nombre del empleado Intermediario fiscal que registró la información y la certificación del empleado que solicita licencia remunerada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

### En caso de denegar la solicitud, certifico que me es imposible encontrar suficientes empleados que puedan, estén dispuestos, capacitados y disponibles en el tiempo y lugar requerido para trabajar para mí o que mi empleado posee aptitudes o conocimientos especializados de sus responsabilidades. [EMPLEADOR]

### Nombre del empleado Intermediario fiscal que registró la autorización del empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autorización del empleador Autorizada Denegada