SALIDA DE EMERGENCIA PAGADA POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON COVID-19

Allied Community Resources Sunset Shores

PO Box 479 67 Bridgeport Avenue

East Windsor, CT 06088 Milford, CT 06460-3931

Email: covid19@alliedgroup.org Email: Covid19@sunsetshoresfi.com

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Empleado** | **Nombre del Empleador** | **Fecha** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Número de Teléfono del Empleado** | **Número de Teléfono del Empleador** |  |
|  |  |  |
| **Dirección de correo electrónico del Empleado** | **Fecha de Inicio de Salida** | **Fecha final de Salida** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Certifico que no puedo tragbajar (O teletrabajar) por la siguiente razón:  Estoy sujeto a una orden de cuarentena o aislamiento federal, estatal o local relacionada con COVID-19 que específicamente me impide trabajar. Nombre de la entidad gubernamental que emite la orden:  Un proveedor de atención médica me recomendó ponerme en cuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19.  Nombre del proveedor de atención médica asesor:  **Tengo síntomas de COVID-19** y estoy buscando (o he buscado) un diagnóstico.  Estoy cuidando a otra persona que está sujeta a cuarentena o que un proveedor de atención médica le ha recomendado una auto cuarentena relacionada con COVID-19. Nombre de la persona a la que estoy cuidando y nuestra relación:  Nombre de la entidad gubernamental que emite la orden:  ***O***  Nombre de el proveedor de atención médica asesor:  Necesito cuidar a mi (s) hijo (s) porque su escuela o proveedor de cuidado infantil está cerrado o no está disponible debido a COVID-19. Certifico que ninguna otra persona adecuada está disponible para cuidar a los niños durante el período de salida solicitada. Si el niño que figura en la lista tiene más de 14 años, certifico además que existen circunstancias especiales que exigen que cuide de ellos.Nombre(s) y edad(s) del niño(s):   Nombre de la(s) escuela(s) cerrada(s) de atención:    Estoy experimentando otras condiciones sustancialmente similares a COVID-19 según lo especificado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.  Estoy obteniendo una vacuna relacionada con COVID-19 o me estoy recuperando de cualquier lesión, discapacidad, enfermedad o condición relacionada con dicha vacuna. Indique la cantidad de licencia solicitada: Parte de la jornada laboral (Especifique la cantidad de horas) \_\_\_\_\_ Día (s) de trabajo completo (Especifique el número de días) \_\_\_\_\_\_\_.  Estoy buscando o esperando los resultados de una prueba de diagnóstico o un diagnóstico médico de COVID-19, cuando dicho empleado ha estado expuesto a COVID-19 o el empleador ha solicitado dicha prueba o diagnóstico. Indique la cantidad de ausencia solicitada: Parte de la jornada laboral (Especifique la cantidad de horas) \_\_\_\_\_ Día (s) de trabajo completo (Especifique el número de días) \_\_\_\_\_\_\_. |

**Firma del Empleado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

SALIDA DE EMERGENCIA PAGADA POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON COVID-19

Allied Community Resources Sunset Shores

PO Box 479 67 Bridgeport Avenue

East Windsor, CT 06088 Milford, CT 06460-3931

Email: covid19@alliedgroup.org Email: covid19@sunsetshoresfi.com

### ESTA SECCIÓN COMPLETADA POR FI

### ¿Se proporcionó información verbalmente por teléfono? S N Nombre del Empleado Intermediario Fiscal Información de Registro y certificación del empleado que solicita una salida pagada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

### Cláusula de no discriminación: certifico que entiendo que la Ley del Plan de Rescate Estadounidense no permite la discriminación con respecto a la salida y que mi decisión de aprobar o denegar una salida de PCA para un empleado que cumple con uno de los criterios de elegibilidad anteriores debe aplicarse de manera justa a todos. Empleados que soliciten y califiquen para dicha salida. Mi decisión de ofrecer el beneficio de Salida Pagada bajo la ARPA debe, por ley, aplicarse a todos mis empleados. [EMPLEADOR]

### Nombre del personal de FI que registró la autorización del empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autorización del Empleador Autorizado Negado