

EXPANDIDA DE FAMILIAR Y MÉDICO SALIDA RELACIONADO CON COVID-19

Allied Community Resources
 PO Box 479
 East Windsor, CT 06088
 Email: covid19@alliedgroup.org

Sunset Shores
 67 Bridgeport Avenue
 Milford, CT 06460-3931
 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 TRABAJAR (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 _____.

EXPANDIDA DE FAMILIAR Y MÉDICO SALIDA RELACIONADO CON COVID-19

Allied Community Resources
PO Box 479
East Windsor, CT 06088
Email: covid19@alliedgroup.org

Sunset Shores
67 Bridgeport Avenue
Milford, CT 06460-3931
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