

## 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:

- I 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