|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: [ ]  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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

### 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