

To request emergency paid sick leave as provided under the Families First Coronavirus Response Act and [Company Name]'s Emergency Paid Sick Leave Policy, please complete the following request form and submit to your manager or the human resources department as soon as possible before leave commences. Verbal notice will be accepted until a form can be provided.

Documentation supporting the need for leave must be included with this request, as described in the FMLA Leave Expansion and Emergency Paid Sick Leave policy.

Employee Name (print): _____

Department: _____ Supervisor: _____

Requested Leave Start Date: _____ End Date: _____

The amount of emergency paid sick leave being requested is _____ hours.

[Optional: I wish to take intermittent leave for reason #5 below, during the following days and hours:]

Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday Sunday

I am requesting this emergency paid sick leave due to my inability to work (or telework) because (check the appropriate reason below):

- 1) I am subject to a federal, state, or local quarantine or isolation order related to COVID-19.
- 2) I have been advised by a health care provider to self-quarantine due to concerns related to COVID-19.
- 3) I am experiencing symptoms of COVID-19 and seeking a medical diagnosis.
- 4) I am caring for an individual who is subject to either number 1 or 2 above.
- 5) I am caring for my child whose primary or secondary school or place of care has been closed, or my childcare provider is unavailable due to COVID-19 precautions; and,
 - I attest that no other suitable person is available to care for my child during the requested period of leave.
 - I attest special circumstances exist requiring my need for leave to care for a child ages 15-17.
- 6) I am experiencing another substantially similar condition specified by the secretary of health and human services.

I have attached documentation supporting my need for leave.

Employee
Signature _____ Date _____

Manager
Signature _____ Date _____

HR Department Rep.
Signature _____ Date _____

Employee Statement Supporting Leave

I, _____, provide the following information in support of my request for emergency paid sick leave (complete all that apply):

Leave due to a government-issued quarantine or isolation order

Name of the issuing government agency for the quarantine or isolation order:

Effective dates of the order: _____

Leave due to a health care provider's advice to self-quarantine

Name of the health care provider advising me or the individual I am caring for to self-quarantine: _____

Written documentation is available and attached: Yes No

Name and relation of the individual who I am needed to care for:

Name: _____ Relation: _____

Leave due to a school or place of child care closed due to COVID-19

Name of school or place of care:

Name of child caregiver unavailable due to concerns related to COVID-19:

Name and age of child or children I am needed to care for:

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

No other suitable person is available to care for my child for the requested leave period due to:

The special circumstances requiring my need for leave to care for a child ages 15-17 are:

Leave due to a substantially similar condition specified by the secretary of health and human services

Provide details regarding the need for this leave:

I attest that the above information is accurate and complete. I understand falsification of any information given may lead to disciplinary action.

Employee Signature: _____ Date:

Para solicitar una licencia por enfermedad pagada de emergencia según lo dispuesto en la Ley de respuesta al primer coronavirus de Familias y la Política de licencia por enfermedad pagada de emergencia de [Nombre de la empresa], complete el siguiente formulario de solicitud y envíelo a su gerente o al departamento de recursos humanos lo antes posible antes de la licencia comienza Se aceptará un aviso verbal hasta que se pueda proporcionar un formulario.

La documentación que respalda la necesidad de licencia debe incluirse con esta solicitud, tal como se describe en la política de Expansión de Licencias FMLA y Licencia por Enfermedad Pagada de Emergencia.

Nombre del empleado (imprimido): _____

Departamento: _____ Supervisor: _____

Fecha de inicio de licencia solicitada: _____ Fecha de finalización: _____

La cantidad de licencia por enfermedad pagada de emergencia que se solicita es _____ horas.

[Opcional: Deseo tomar un permiso intermitente por la razón # 5 a continuación, durante los siguientes días y horas:]

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Estoy solicitando este tiempo de enfermedad pagada de emergencia debido a mi incapacidad para trabajar (o teletrabajo) porque (marque el motivo apropiado a continuación):

- 1) Estoy sujeto a una orden de aislamiento o cuarentena federal, estatal o local relacionada con COVID – 19.
- 2) Un proveedor de atención médica me ha aconsejado que realice la cuarentena por razones relacionadas con COVID-19.
- 3) Estoy experimentando síntomas de COVID – 19 y estoy buscando un diagnóstico médico.
- 4) Estoy cuidando a una persona que está sujeta a los números 1 o 2 anteriores.
- 5) Estoy cuidando a mi hijo cuya escuela primaria o secundaria o lugar de cuidado ha sido cerrado, o mi proveedor de cuidado infantil no está disponible debido a las precauciones COVID-19; y,
 - Doy fe de que no hay otra persona adecuada disponible para cuidar a mi hijo durante el período de licencia solicitado.
 - Doy fe de que existen circunstancias especiales que requieren mi necesidad de licencia para cuidar a un niño edades 15-17.
- 6) Estoy experimentando otra condición sustancialmente similar especificada por la secretaria de salud y servicios humanos.

He adjuntado documentación que respalda mi necesidad de licencia.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Firma del Gerente _____ Fecha _____

Firma Recursos Humanos _____ Fecha _____

Declaración de empleado que respalda la licencia

Yo, _____ proporciono la siguiente información para respaldar mi solicitud de licencia por enfermedad pagada de emergencia (complete todos los que correspondan):

Permiso debido a una orden de aislamiento o cuarentena emitida por el gobierno

Nombre de la agencia gubernamental emisora de la orden de cuarentena o aislamiento:

Fechas vigentes de la orden: _____

Permiso por consejo de un proveedor de atención médica para la cuarentena

Nombre del proveedor de atención médica que me aconseja o de la persona que estoy cuidando autocuarentena: _____

La documentación escrita está disponible y se adjunta: Sí No

Nombre y relación de la persona a la que debo cuidar:

Nombre: _____ Relación: _____

Permiso debido a la escuela o sitio de cuidado infantil cerrado debido a COVID-19

Nombre de la escuela o lugar de cuidado infantil:

Nombre del cuidador de niños no disponible debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19:

Nombre y edad del niño o niños que necesito para cuidar:

Nombre _____ Edad: _____

Nombre _____ Edad: _____

Nombre _____ Edad: _____

Ninguna otra persona adecuada está disponible para cuidar a mi hijo durante el período de licencia solicitado debido a:

Las circunstancias especiales que requieren mi necesidad de licencia para cuidar a un niño de 15 a 17 años son:

Permiso debido a una condición sustancialmente similar especificada por el secretario de salud y servicios humanos.

Proporcione detalles sobre la necesidad de este permiso:

Doy fe de que la información anterior es precisa y completa. Entiendo que la falsificación de cualquier información dada puede conducir a medidas disciplinarias.

Firma del empleado: _____ Fecha