

استمارة طلب إجازة مرضية متعلقة بجائحة (COVID-19)

استمارة الطلب الإجازة المرضية المؤقتة الطارئة المدفوعة الأجر المتعلقة بجائحة (COVID-19) بولاية ماساتشوستس

بموجب القانون، يجب على الموظفين تقديم طلب كتابي إلى صاحب العمل لأخذ الإجازة المرضية المؤقتة الطارئة المدفوعة الأجر المتعلقة بجائحة (COVID-19) بولاية ماساتشوستس (إجازة مرضية بسبب جائحة COVID-19). أكمل هذه الاستمارة وأرسلها إلى قسم الموارد البشرية لديك، جنباً إلى جنب مع الوثائق الداعمة المكتوبة، قبل أخذ الإجازة أو في أقرب وقت ممكن عملياً. يجب عليك أيضاً اتباع جميع إجراءات الإخطار القياسية الأخرى فيما يتعلق بمشرفك أو مديرك حسب الاقتضاء.

الاسم	
رقم هوية الموظف	
رقم الضمان الاجتماعي أو رقم المعرف الضريبي	
تاريخ/ وقت بدء الإجازة	
تاريخ/ وقت انتهاء الإجازة	

علم على المربع المناسب أدناه لمعرفة السبب المؤهل للإجازة المرضية ذات الصلة بجائحة (COVID-19):

أنا بحاجة إلى:

- العزل الذاتي والاعتناء بنفسه لأنه قد تم تشخيص إصابتي بمرض (COVID-19)؛
- الحصول على تشخيص طبي أو رعاية أو علاج لأعراض مرض (COVID-19)؛ أو
- الحصول على التطعيم ضد مرض (COVID-19) أو التعافي من أثر التطعيم.

أنا بحاجة إلى رعاية أحد أفراد أسرتي الذي:

- يجب أن يعزل ذاتياً بسبب تشخيص إصابته بمرض (COVID-19)؛ أو
- الحاجة إلى تشخيص طبي أو رعاية أو علاج لأعراض مرض (COVID-19).

أنا خاضع لأمر بالحجر الصحي أو قرار مشابه من قبل مسؤول عام محلي أو من الولاية أو فيدرالي، أو سلطة صحية ذات اختصاص قضائي، أو من قبل جهة عملي أو مقدم للرعاية الصحية.

اسم الجهة الحكومية أو جهة العمل أو مقدم الرعاية الصحية الذي يطلب أو ينصح بالحجر الصحي الذاتي:

أنا بحاجة إلى رعاية أحد أفراد أسرتي بسبب أمر الحجر الصحي أو قرار مشابه فيما يتعلق بأحد أفراد الأسرة من قبل مسؤول عام محلي أو من الولاية أو فيدرالي، أو سلطة صحية ذات اختصاص قضائي، أو صاحب عمل أحد أفراد الأسرة، أو مقدم للرعاية الصحية.

اسم الجهة الحكومية أو جهة العمل أو مقدم الرعاية الصحية الذي يطلب أو ينصح بالحجر الصحي الذاتي:

اسم الشخص الخاضع للحجر الصحي والعلاقة بالشخص (مثل الزوج(ة) أو الوالد(ة) وما إلى ذلك):

استمارة طلب إجازة مرضية متعلقة بجائحة (COVID-19)

بالتوقيع أدناه، أقر بأنني مؤهل للحصول على إجازة مرضية متعلقة بجائحة (COVID-19) للسبب المحدد أعلاه، ولهذا السبب، لا يمكنني العمل أو العمل عن بُعد. أفهم أن تقديم مطالبة كاذبة قد يؤدي إلى اتخاذ إجراء تأديبي. سأقوم بإخطار مكتب الموارد البشرية الخاص بي ومديري/ مشرفي بمجرد أن تتغير ظروفي.

توقيع الموظف

التاريخ

تأكد من تقديم أي وثائق مكتوبة داعمة ذات صلة، جنباً إلى جنب مع هذا الإشعار الكتابي المكتمل والموقع، إلى مكتب الموارد البشرية الخاص بك.

لاستخدام قسم الموارد البشرية فقط

التاريخ/ الوقت الفعلي لبدء الإجازة	
التاريخ/ الوقت الفعلي لانتهاج الإجازة	
العدد الإجمالي للساعات المستخدمة	
إجمالي الأجور	
إجمالي المصاريف ذات الصلة	
مكان العمل الأساسي للموظف ¹	
متوسط عدد ساعات العمل الأسبوعية ²	

¹ "مكان العمل الأساسي" للموظف يعني موقع العمل أو الموقع الفعلي حيث قضى الموظف أكبر نسبة من ساعات العمل بين تاريخ 1 يناير/ كانون الثاني 2020 و30 أبريل/ نيسان 2021؛ يجب ألا تدخل ترتيبات العمل المؤقتة عن بُعد التي تم الدخول فيها خلال هذه الفترة في هذا التحديد. بالنسبة إلى الموظف الجديد الذي بدأ العمل في 1 مايو/ أيار 2021 أو بعد ذلك، فإن "مكان العمل الأساسي" يعني موقع العمل أو الموقع الفعلي حيث من المتوقع أن يقضي الموظف أكبر نسبة مئوية من ساعات العمل بين أول يوم عمل ويوم 30 سبتمبر/ أيلول 2021، بناءً على ترتيب العمل المتفق عليه بين صاحب العمل والموظف. ومع ذلك، فإن "مكان العمل الأساسي" للموظف ليس في ولاية ماساتشوستس إذا تم نقله بشكل دائم خارج الولاية.

² بالنسبة للموظفين الذين يختلف جدولهم الزمني وساعاتهم الأسبوعية من أسبوع لآخر، متوسط عدد الساعات التي كان من المقرر أن يعملها الموظف في الأسبوع على مدار الـ 6 أشهر السابقة. إذا لم يعمل الموظف ذو الجدول الزمني المتغير لدى صاحب العمل لمدة 6 أشهر، عدد الساعات في الأسبوع التي يتوقع من الموظف بشكل معقول أن يعملها عند تعيينه.