

ÉCHANTILLON DE FORMULAIRE POUR CONGÉ DE MALADIE LIÉE À LA COVID-19

Formulaire de demande de congés maladie d'urgence rémunérés et temporaires, liée à la COVID-19 du Massachusetts

Légalement, les employés doivent soumettre une demande écrite à leur employeur pour prendre des congés maladie d'urgence rémunérés et temporaires, liée à la COVID-19, du Massachusetts (Congés maladie liée à la COVID-19). Veuillez remplir et soumettre ce formulaire à votre département RH, accompagné d'un document écrite à l'appui, avant de prendre le congé ou le plus tôt possible. Vous devez également suivre toutes les autres procédures de notification règlementaires quant à votre superviseur ou directeur, selon le cas.

Nom	
Numéro ID de l'employé	
SSN ou n° ID fiscale	
Date/heure du début du congé	
Date/heure de fin du congé	

Cochez la case appropriée ci-dessous identifiant la raison pertinente du congé maladie liée à la COVID-19 :

J'ai besoin de :

- m'auto-isoler et me soigner car j'ai reçu un diagnostic de COVID-19 ;
- obtenir un diagnostic, un traitement ou des soins médicaux pour des symptômes de la COVID-19 ; ou
- recevoir une immunisation à la COVID-19 ou me rétablir de celle-ci.

J'ai besoin de prendre soin d'un membre de ma famille qui :

- doit s'auto-isoler en raison d'un diagnostic de COVID-19 ; ou
- a besoin d'un diagnostic, d'un traitement ou de soins médicaux en raison de symptômes de la COVID-19.

J'ai reçu une ordonnance de quarantaine ou une détermination similaire afférente à l'employé, émanant d'une autorité de santé publique officielle locale, étatique ou fédérale ayant compétence, mon employeur ou d'un fournisseur de soins de santé.

Nom de l'entité gouvernementale, employeur ou du fournisseur de soins de santé ordonnant ou conseillant l'auto-quarantaine :

--

J'ai besoin de prendre soin d'un membre de ma famille en raison d'une ordonnance de quarantaine ou d'une détermination similaire concernant le membre de la famille émanant d'une autorité de santé publique officielle locale, étatique ou fédérale ayant compétence, de l'employeur du membre de ma famille ou d'un fournisseur de soins de santé.

ÉCHANTILLON DE FORMULAIRE POUR CONGÉ DE MALADIE LIÉE À LA COVID-19

Nom de l'entité gouvernementale, employeur ou du fournisseur de soins de santé ordonnant ou conseillant l'auto-quarantaine :

Nom de la personne soumise à la quarantaine et lien de parenté avec la personne (tel qu'épouse, parent, etc.) :

En signant ci-après, je certifie que j'ai droit à un congé maladie liée à la COVID-19 pour la raison indiquée et, pour cette raison, je suis incapable de travailler ou d'effectuer un télétravail. Je comprends que toute fausse déclaration peut résulter en des mesures disciplinaires. J'aviserai le bureau de mon RH et mon directeur/superviseur dès que la situation aura changé.

Signature de l'employé

Date

Veillez soumettre cet avis écrit, rempli et signé, au bureau du RH, accompagné de toute documentation écrite et pertinente à l'appui.

RÉSERVÉ AU RH :

Date/heure effectives du début du congé	
Date/heure effectives de fin du congé	
Heures totales utilisées	
Total des salaires	
Total des dépenses connexes	
Principal lieu de travail de l'employé¹	
Moyenne hebdomadaire d'heures travaillées²	

¹ Le « principal lieu de travail » d'un employé signifie le lieu de travail ou le lieu physique où l'employé a passé la majorité des heures de travail entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 avril 2021 ; cette détermination ne tiendra pas compte des arrangements temporaires de télétravail durant cette période. En ce qui concerne les nouveaux employés qui ont débuté à compter du 1^{er} mai 2021 ou après, le « principal lieu de travail » signifie le lieu de travail ou le lieu physique où l'employé devrait passer la majorité des heures de travail entre le premier jour de travail et le 30 septembre 2021, compte tenu des arrangements convenus entre l'employeur et l'employé. Toutefois, un « principal lieu de travail » de l'employé n'est pas au Massachusetts si celui-ci a été transféré de manière permanente hors de l'État.

² Concernant les employés dont l'emploi du temps et les heures de travail hebdomadaires varient selon les semaines, le nombre moyen d'heures de travail hebdomadaires prévues pour cet employé au cours des 6 mois précédents. Si un employé dont les horaires varient n'a pas travaillé pour l'employeur pendant 6 mois, le nombre d'heures hebdomadaires pendant lesquelles l'employé devait raisonnablement travailler lorsqu'il a été engagé.