

**MODELO DE FORMULARIO DE PERMISO DE ENFERMEDAD POR COVID-19**

**Formulario de Solicitud de Permiso de Enfermedad por COVID-19 Pagado, Temporal y de Emergencia en Massachusetts**

Por ley, los empleados deben presentar una solicitud escrita a su empleador para tomarse un Permiso de Enfermedad por COVID-19 Pagado, Temporal y de Emergencia en Massachusetts (Permiso de Enfermedad por COVID-19). Complete y presente este formulario en el departamento de RR. HH., junto con la documentación de respaldo escrita, antes de tomarse el permiso o tan pronto como sea posible. También debe cumplir todo otro procedimiento de notificación habitual con respecto a su supervisor o gerente, según corresponda.

<b>Nombre</b>	
<b>Número de Documento de Identificación del Empleado</b>	
<b>Número de Seguridad Social o Número de Identificación Fiscal</b>	
<b>Fecha/Hora de Inicio del Permiso</b>	
<b>Fecha/Hora de Finalización del Permiso</b>	

Marque la casilla que corresponda a continuación por el motivo específico que justifique obtener un Permiso de Enfermedad por COVID-19:

- Necesito:
  - aislarme y cuidarme porque he sido diagnosticado con COVID-19;
  - obtener un diagnóstico, asistencia o un tratamiento médico por síntomas de COVID-19; o
  - recibir una vacuna contra el COVID-19 o recuperarme luego de ser vacunado con dicha vacuna.
  
- Necesito cuidar a un familiar que:
  - debe aislarse debido a un diagnóstico de COVID-19; o
  - necesita obtener un diagnóstico, asistencia o un tratamiento médico por síntomas de COVID-19.
  
- Estoy sujeto a una orden de cuarentena o resolución similar relativa al empleado emitida por un funcionario público federal, local o del estado, mi empleador, una autoridad de salud competente, o un proveedor de salud.

Nombre de la entidad gubernamental, empleador o del proveedor de salud que ordena o aconseja el aislamiento:

- Necesito cuidar a un familiar debido a una orden de cuarentena o resolución similar relativa al familiar emitida por un funcionario público federal, local o del estado, una autoridad de salud competente, el empleador del familiar, o un proveedor de salud.

Nombre de la entidad gubernamental, empleador o del proveedor de salud que ordena o aconseja el aislamiento:

## MODELO DE FORMULARIO DE PERMISO DE ENFERMEDAD POR COVID-19

Nombre de la persona sujeta a cuarentena, y relación con ella (por ejemplo, cónyuge, padre, etc.):

--

Al firmar al pie, certifico que reúno los requisitos para obtener un Permiso de Enfermedad por COVID-19 por el motivo seleccionado arriba, y que, por tal motivo, no puedo trabajar ni en el lugar de trabajo ni de forma remota. Comprendo que realizar una declaración falsa puede derivar en medidas disciplinarias. Notificaré al departamento de RR. HH. y a mi gerente/supervisor en cuanto cambie mi situación.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Asegúrese de presentar toda documentación de respaldo escrita pertinente, junto con la presente notificación escrita, completa y firmada, en el departamento de RRHH.**

---

ÚNICAMENTE PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RR. HH.:

<b>Fecha/Hora efectiva de inicio del permiso</b>	
<b>Fecha/Hora efectiva de finalización del permiso</b>	
<b>Total de horas utilizadas</b>	
<b>Salario total</b>	
<b>Total de gastos relacionados</b>	
<b>Lugar de trabajo principal del empleado<sup>1</sup></b>	
<b>Cantidad promedio de horas semanales trabajadas<sup>2</sup></b>	

<sup>1</sup> El “lugar de trabajo principal” de un empleado es el lugar de trabajo o lugar físico donde el empleado pasó el mayor porcentaje de horas de trabajo entre el 1 de enero de 2020 y el 30 de abril de 2021; los acuerdos temporales de trabajo remoto convenidos durante este período no deberían tenerse en cuenta para esta definición. Para un empleado nuevo que comenzó a trabajar el 1 de mayo de 2021 o luego de esa fecha, el “lugar de trabajo principal” es el lugar de trabajo o lugar físico donde se espera que el empleado pase el mayor porcentaje de horas de trabajo entre el primer día de trabajo y el 30 de septiembre de 2021, sobre la base del acuerdo de trabajo convenido entre el empleador y el empleado. Sin embargo, el “lugar de trabajo principal” de un empleado no se encuentra en Massachusetts si ha sido transferido de forma permanente fuera del estado.

<sup>2</sup> Para los empleados cuyos horarios y horas semanales laborales varían cada semana, la cantidad promedio de horas que el empleado tenía programado trabajar por semana durante los 6 meses anteriores. Si un empleado con un horario variable no ha trabajado para el empleador por 6 meses, la cantidad de horas por semana que el empleado esperaba trabajar, en una situación normal, cuando fue contratado.