

## COVID-19 병가 건본 양식

### 매사추세츠 주 COVID-19 임시 긴급 유급 병가 요청 서식

법에 의거하여, 직원은 매사추세츠 주 COVID-19 임시 긴급 유급 병가(COVID-19 병가)를 사용하려면 고용주에게 서면 요청서를 제출해야 합니다. 휴가를 사용하기 전이나 실현 가능한 대로 최대한 빨리 이 서식을 작성하여 서면 증빙 문서와 함께 인사부에 제출하십시오. 또한 해당되는 경우 귀하의 상사 또는 관리자에 대한 기타 모든 표준 통지 절차를 준수해야 합니다.

성명	
직원 ID 번호	
사회보장번호 또는 세금등록번호	
휴가 시작 날짜/시간	
휴가 종료 날짜/시간	

관련된 COVID-19 병가 자격 사유에 대해 아래에서 적합한 네모칸에 체크 표시를 하십시오.

본인은 다음 항목을 수행해야 합니다.

- COVID-19 확진을 받았기 때문에 자가격리하고 본인을 직접 돌보아야 합니다.
- COVID-19 증상에 대한 의학적 진단, 진료, 또는 치료를 받아야 합니다. (또는)
- COVID-19 예방접종을 받거나, 접종 후 회복을 해야 합니다.

본인은 다음과 같은 가족 구성원을 돌보아야 합니다.

- COVID-19 확진을 받아 자가격리를 해야 합니다. (또는)
- COVID-19 증상에 대한 의학적 진단, 진료, 또는 치료를 받아야 합니다.

본인은 지역, 주, 또는 연방 공무원, 관할 보건 당국, 자신의 고용주 또는 의료 제공자가 해당 직원(본인)에 대해 내린 격리 명령 또는 그와 유사한 결정을 따라야 합니다.

자가 격리를 명령하거나 권고하는 정부 기관, 고용주 또는 의료 제공자의 이름:

## COVID-19 병가 건본 양식

□ 본인은 지역, 주, 또는 연방 공무원, 관할 보건 당국, 또는 의료 제공자가 해당 가족 구성원에 대해 내린 격리 명령 또는 그와 유사한 결정 때문에 가족 구성원을 돌보아야 합니다.

자가 격리를 명령하거나 권고하는 정부 기관, 고용주 또는 의료 제공자의 이름:

격리 대상자의 이름 및 본인과의 관계(배우자, 부모 등):

아래에 서명함으로써 본인은 위에서 선택한 이유로 COVID-19 병가 자격이 되며 이러한 이유 때문에 근무나 재택근무를 할 수 없음을 입증합니다. 본인은 허위 청구를 할 경우 징계 조치로 이어질 수 있음을 이해합니다. 본인은 상황이 변경되는 즉시 인사부 및 관리자/상사에게 알릴 것입니다.

\_\_\_\_\_  
직원 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

**작성 및 서명을 완료한 본 서면 통지와 함께 모든 관련 증빙 서면 서류를 인사부에 제출해야 합니다.**

인사부 전용:

실제 휴가 시작 날짜/시간	
실제 휴가 종료 날짜/시간	
총 사용 시간	
총 임금	
총 관련 비용	

## COVID-19 병가 견본 양식

직원의 주요 고용 장소 <sup>1</sup>	
평균 주당 근무 시간수 <sup>2</sup>	

---

<sup>1</sup> 직원의 "주요 고용 장소"는 2020년 1월 1일과 2021년 4월 30일 사이에 해당 직원이 가장 높은 퍼센티지의 근무 시간을 보낸 작업장이나 물리적 위치를 의미합니다. 이 기간 동안 시행된 임시 채택 근무제는 이 결정에 고려되어서는 안 됩니다. 2021년 5월 1일 또는 그 이후에 근무를 시작한 신입 사원인 경우, 해당 고용주와 해당 직원 사이에 합의된 근로제를 토대로, "주요 고용 장소"는 근무 첫날부터 2021년 9월 30일 사이에 가장 높은 퍼센티지의 근무 시간을 보낼 것으로 예상되는 작업장 또는 물리적 위치를 의미합니다. 그러나 다른 주로 영구적으로 전근한 직원인 경우, "주요 고용 장소"는 메사추세츠 주에 있지 않습니다.

<sup>2</sup> 일정 및 주당 시간이 주마다 다른 직원의 경우, 이전 6개월 동안 해당 직원이 주당 근무하도록 예정된 평균 시간수입니다. 일정 변동이 심한 직원이 6개월 동안 해당 고용주를 위해 일하지 않은 경우, 고용 시 해당 직원이 합리적으로 일할 것으로 예상되는 주당 시간수입니다.