



Ley de respuesta al primer coronavirus de las familias (FFCRA)

Dejar información de solicitud

- Firmado en ley el 18 de marzo de 2020
- En vigencia a partir del 1 de abril de 2020; Expira el 31 de diciembre de 2020
- Proporciona dos nuevas formas de licencia temporal.
 - *Ley de licencia por enfermedad pagada de emergencia (EPSLA)
 - *Ley de Emergencia de Expansión de Licencia Médica y Familiar (EFMLEA)
- El permiso puede tomarse por ciertos motivos relacionados con COVID-19, siempre que el empleado no pueda trabajar, **incluido el teletrabajo**.
- Aplicado por la División de Salarios y Horas del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (WHD)

A. General

• Elegibilidad del empleado

- Licencia por enfermedad pagada: todos los empleados son elegibles
- Permiso de emergencia de salud pública: los empleados que han estado empleados durante al menos 30 días calendario desde la fecha de la solicitud de permiso son elegibles .

• Cobertura de seguro de salud

La cobertura de seguro de salud de un empleado se mantiene durante toda la licencia en los mismos términos y condiciones que si el empleado estuviera trabajando, y sujeto al pago del empleado de su parte de las primas de seguro.

B. Licencia por enfermedad pagada bajo la EPSLA

Razones para la licencia: un empleado tiene derecho a tomar una licencia si el empleado no puede trabajar o trabajar a distancia por las siguientes razones :

1. El empleado está sujeto a una orden de aislamiento o cuarentena federal, estatal o local relacionada con COVID-19
2. El empleado ha sido aconsejado por un proveedor de atención médica a la cuarentena relacionada con COVID-19
3. El empleado está experimentando síntomas de COVID-19 y está buscando un diagnóstico médico.
4. El empleado está cuidando a una persona que está sujeta a una orden de aislamiento o cuarentena federal, estatal o local relacionada con COVID-19 o que un proveedor de atención médica le ha aconsejado que se auto-ponga en cuarentena relacionada con COVID-19
5. El empleado está cuidando a su hijo cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado (o el proveedor profesional de cuidado infantil no está disponible) debido a razones relacionadas con COVID-19, o
6. El empleado está experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Dejar cantidad de: La disposición P ayuda Enfermo L alero b ENEFICIO i s basado en las horas trabajadas:

1. Los empleados a tiempo completo, definidos como que trabajan un promedio de 40 o más horas por semana , tienen derecho a un total de 2 semanas (80 horas) de licencia
2. Los empleados a tiempo parcial, definidos como que trabajan menos de 40 horas por semana, tienen derecho a un número prorrateado de horas de licencia por enfermedad remunerada en función de su horario de trabajo regular

Tarifa de pago: Por motivos de licencia (1), (2) o (3), los empleadores deberán pagar a sus empleados a su tarifa regular por hora o al salario mínimo aplicable, el que sea más alto, hasta \$ 511 por día y \$ 5,110 en total durante la duración de la cantidad de licencia del empleado definida anteriormente.

Por razones de licencia (4), (5) y (6) los empleadores deberán pagar a sus empleados a 2/3 de su tarifa por hora regular, hasta \$ 200 por día y \$ 2,000 en total durante la duración de la cantidad de licencia del empleado definida anteriormente

C. Licencia de emergencia de salud pública bajo EFMLEA

Razón para irse:

Solo hay una razón calificada para la licencia bajo **EFMLEA** , a saber, para cuidar a un hijo o hija cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado (o el proveedor profesional de cuidado infantil no está disponible) debido a razones relacionadas con COVID-19

- El permiso no se considera "necesario" si hay otra persona adecuada disponible para cuidar al hijo o hija

Cantidad de licencia:

Hasta 12 semanas de licencia laboral protegida ; El uso previo de la licencia FMLA reducirá la cantidad total de licencia disponible bajo EFMLEA. Por lo tanto, un empleado que ya haya usado 12 semanas de licencia bajo la FMLA durante el año de licencia NO es elegible para usar la licencia EFMLEA.

Tarifa de pago:

Las primeras dos semanas de licencia EFMLEA no son remuneradas, a menos que el empleado use la licencia por enfermedad remunerada durante las primeras dos semanas . Un empleado puede optar por complementar la licencia por enfermedad remunerada o sustituir el tiempo no remunerado con cualquier licencia personal o de vacaciones acumulada durante las **primeras dos semanas**.

Después de las primeras dos semanas, el empleado puede tomar hasta 10 semanas de licencia pagada . Sin embargo, si un empleado ha tomado una licencia FMLA por otra razón durante el año de beneficios, esa cantidad de licencia se restará de la cantidad de licencia EFMLEA disponible.

Los empleadores deberán pagar a sus empleados a 2/3 de su tarifa regular por hora, hasta \$ 200 por día y \$ 10,000 en total de la duración de la licencia del empleado. Empleado s pueden optar por complementar esta licencia pagada con cualquier tiempo personal o vacaciones acumuladas.

D. DOCUMENTACIÓN

Se **DEBE** proporcionar documentación para respaldar su necesidad de licencia. La documentación debe contener la siguiente información, independientemente del motivo del permiso solicitado:

1. Tu nombre;
2. La (s) fecha (s) para las cuales se solicita la licencia;
3. La razón que califica la licencia; y
4. Una declaración de que no puede trabajar (incluido el teletrabajo) debido a la razón calificada para la licencia.

Ciertas formas de licencia requieren información adicional como se especifica en el Formulario de solicitud. La licencia solo se otorgará al recibir suficiente documentación de respaldo.

Si desea solicitar una licencia de conformidad con la Ley de licencia por enfermedad pagada de emergencia y / o la Ley de expansión de licencia médica y familiar de emergencia , complete el **Formulario de solicitud de licencia de la Ley de respuesta al primer coronavirus de Familias** , que se encuentra en nuestro sitio web : <http://www.haverhill-ps.org/covid-19/~V~singular~3rd> y someterse a Cherie Pinardi, empleada principal en cherie.pinardi@haverhill-ps.org.



Formulario de solicitud de licencia de Familias First Coronavirus Response Act

Para solicitar una licencia de acuerdo con la Ley de respuesta ante el primer coronavirus de las familias (FFCRA), complete el siguiente formulario de solicitud y envíelo a Recursos humanos lo antes posible.

Nombre del empleado: _____ Cargo: _____
(Por favor imprime claramente)

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

Todas las solicitudes de licencia de conformidad con la Ley de respuesta al coronavirus de Familias First DEBEN tener documentación de respaldo que incluya la siguiente información:

1. Tu nombre;
2. La (s) fecha (s) para las cuales se solicita la licencia;
3. La razón que califica la licencia; y
4. Una declaración de que no puede trabajar (incluido el teletrabajo) debido a la razón calificada para la licencia .

Ciertos motivos de licencia requieren información adicional, que se especifica a continuación.

La razón de esta solicitud de licencia de FFCRA es (seleccione la casilla más apropiada):

A. Licencia por enfermedad pagada

☐ 1. El empleado está sujeto a una orden de aislamiento o cuarentena federal, estatal o local relacionada con COVID-19. El empleado recibirá su tarifa regular de pago de hasta \$ 511 / día por licencia tomada por este motivo, y un máximo de \$ 5,110 durante el período completo de licencia .

Nombre de la entidad gubernamental que emitió la orden de cuarentena o aislamiento:

☐ 2. Un proveedor de atención médica le aconsejó al empleado que se auto cuarentena relacionado con COVID-19. El empleado recibirá su tarifa regular de pago de hasta \$ 511 / día por licencia tomada por este motivo, y un máximo de \$ 5,110 durante el período completo de licencia .

Nombre del proveedor de atención médica que le ha aconsejado que realice la cuarentena:

☐ 3. El empleado experimenta síntomas de COVID-19 y busca un diagnóstico médico , *es decir* , toma medidas afirmativas para obtener un diagnóstico médico, como hacer, esperar o asistir a una cita para una prueba de COVID-19. El empleado recibirá su tarifa regular de pago de hasta \$ 511 / día por licencia tomada por este motivo, y un máximo de \$ 5,110 durante el período completo de licencia .

☐ 4. El empleado está cuidando a un individuo sujeto a una orden descrita en el motivo (1) O se auto-cuarentena como se describe en el motivo (2). El empleado recibirá 2/3 de su tarifa de pago regular, hasta \$ 200 / día por licencia tomada por este motivo, y un máximo de \$ 2,000 durante el período de licencia completo .

Nombre de la entidad gubernamental o proveedor de atención médica relevante, según corresponda:

Nombre del individuo en cuarentena, aislamiento o cuarentena:

☐ 5. El empleado cuida a su hijo menor de 18 años cuya escuela / lugar de cuidado está cerrado o el proveedor profesional de cuidado infantil no está disponible, debido a razones relacionadas con COVID-19. El empleado recibirá 2/3 de su tarifa de pago regular, hasta \$ 200 / día por licencia tomada por este motivo, y un máximo de \$ 2,000 durante el período de licencia completo .

Nombre (s) del (de los) niño (s) que se cuida (n) : _____

Nombre de la escuela / lugar de cuidado / proveedor de cuidado infantil: _____

☐ Por la presente certifico que ninguna otra persona adecuada cuidará a los niños antes mencionados durante el período para el que solicito permiso.

☐ 6. El empleado está experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El empleado recibirá 2/3 de su tarifa de pago regular, hasta \$ 200 / día por licencia tomada por este motivo, y un máximo de \$ 2,000 durante el período de licencia completo . **Nota: NO APLICABLE EN ESTE MOMENTO**

B. Licencia de emergencia de salud pública

☐ El empleado cuida a su hijo menor de 18 años cuya escuela / lugar de cuidado está cerrado o el proveedor profesional de cuidado infantil no está disponible, debido a razones relacionadas con COVID-19. El empleado recibirá 2/3 de su tarifa de pago regular, hasta \$ 200 / día por vacaciones tomadas por este motivo, y un máximo de \$ 10 , 000 durante todo el período de licencia.

Nombre (s) del (de los) niño (s) que se cuida (n) : _____

Nombre de la escuela / lugar de cuidado / proveedor de cuidado infantil: _____

☐ Por la presente certifico que ninguna otra persona adecuada cuidará a los niños antes mencionados durante el período para el que solicito permiso.

Seleccione una de las siguientes opciones con respecto a las dos primeras semanas de la licencia de emergencia de salud pública, que por ley no se pagan:

☐ Solicito simultáneamente la licencia por enfermedad pagada de conformidad con el motivo (5) y por la presente elijo sustituir dicha licencia por enfermedad pagada por el período no pagado de la licencia de emergencia de salud pública; o

☐ Me gustaría sustituir las **vacaciones** acumuladas / **personales** (circule una vez) para complementar el período no pagado de la licencia de emergencia de salud pública; o

☐ No deseo complementar el período no pagado de la licencia de emergencia de salud pública con el tiempo acumulado y entiendo que las primeras dos semanas de mi licencia de emergencia de salud pública no serán pagadas .

Seleccione lo siguiente para complementar la tasa de pago de 2/3:

☐ Por el presente, elijo complementar mi Licencia de Emergencia de Salud Pública mediante el uso de tiempo adicional de vacaciones / tiempo personal acumulado para que reciba el pago de mi día regular completo por cada día que estoy en Licencia de Emergencia de Salud Pública.

Por la presente certifico que la información dada anteriormente es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la tergiversación u omisión material de la razón de la licencia o cualquiera de los hechos que respaldan la necesidad de la licencia resultarán en la negación de la licencia y una acción disciplinaria que puede incluir el alta. Si el motivo de esta solicitud de licencia es porque estoy experimentando síntomas COVID-19 y la búsqueda de un diagnóstico médico , *es decir*, tomar medidas activas para obtener un diagnóstico médico, tales como la toma, esperando, o asistir a una cita para una prueba de COVID- 19, certifico que cumplo con las condiciones para la licencia. Además, certifico que solicito este permiso porque no puedo trabajar (en el sitio o de forma remota) debido a los motivos indicados anteriormente.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Solo para uso para el departamento de Recursos Humanos:

Fecha de recepción: _____ APROBADO ☐ DENEGADO ☐

Asistencia actualizada: ☐ Código utilizado: _____

Saldo de vacaciones: Enfermo _____ Personal _____ Vacaciones _____