

## Instrucciones: EPSL, EFMLA, Regreso al Trabajo

Este paquete debe entregársele a un empleado en caso que solicite Licencia de Emergencia por Enfermedad con Pago o Licencia de Emergencia Médica Familiar. Revise lo siguiente antes de entregársela al empleado y antes de que el empleado regrese a trabajar.

### Licencia de Emergencia por Enfermedad con Pago (EPSL) y Emergencia FMLA (EFMLA) Solicitud del Empleado

- El empleado debe llenar y firmar el formato. Una vez revisado y aprobado, el gerente que la aprobó debe firmar el formato y darle una copia al empleado que hizo la solicitud.
- Pida documentación que soporte la solicitud, tal como una nota del médico y/o resultados de las pruebas.
- Guarde la solicitud aprobada y cualquier documentación relacionada, en un expediente CONFIDENCIAL del empleado. Recuerde que la información médica es protegida por la ley y solo debe compartirse con otros empleados cuando sea necesario.
- Cuando procese la nómina de un empleado en EPSL registre estas horas por separado del pago estándar por enfermedad de la compañía.
- Mantenga un registro de cualquier pago de EPSL realizado y proporcione esta información a su jefe de finanzas para Reembolso de Crédito Tributario.

### Protocolo para Regreso al Trabajo

- Antes de proporcionar este paquete al empleado, llene las secciones "Información General y Duración Prevista de la Licencia", prestando especial atención a quién de su empresa debe contactar el empleado si tiene preguntas sobre los requisitos para regresar al trabajo.
- El empleado llena el resto del formato y lo devuelve al contacto registrado ANTES de regresar al trabajo.
- El gerente que lo recibe debe firmarlo y colocar una copia del formato completo en el expediente del empleado. Se puede dar una copia del formato al empleado, si este lo solicita.
- Se debe advertir a los gerentes que ningún empleado debe regresar a trabajar si no ha cumplido con todos los requisitos enumerados Y sin haber presentado el formato firmado.

**Para recursos adicionales, visite [coremarkins.com/covid-19](https://www.coremarkins.com/covid-19)**

# Licencia de Emergencia por Enfermedad con Pago (EPSL) y Licencia de Emergencia Médica Familiar FMLA (EFMLA) Formato de Solicitud del Empleado

Los empleados que soliciten una Licencia de Emergencia por Enfermedad con Pago (EPSL) o una Licencia de Emergencia Médica Familiar (EFMLA) de conformidad con la Ley de Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (FFCRA), deben llenar este formato de solicitud. Usted debe avisar con la mayor antelación posible. Entregar el formato completo a su Gerente para que lo procese.

## INFORMACION GENERAL

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del Gerente: \_\_\_\_\_

## DURACION PREVISTA DE LA LICENCIA

Primer Día Fuera del Trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha Prevista de Regreso: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE LICENCIA (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

No puedo trabajar (o teletrabajar) debido a las siguientes razones y solicito licencia conforme a la FFCRA:

- 1. Estoy sujeto a una orden de cuarentena o aislamiento federal, estatal o local relacionada con COVID-19.  
Orden Emitida por: \_\_\_\_\_
- 2. Un médico me ha aconsejado que me ponga en autocuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19. Nombre del Médico: \_\_\_\_\_
- 3. Estoy experimentando los síntomas del COVID-19 y buscando diagnóstico médico (incluya la nota del médico si la tiene)
- 4. Estoy cuidando un individuo sujeto a los números 1 o 2 arriba mencionados.  
Nombre del individuo: \_\_\_\_\_  
Relación con el individuo: \_\_\_\_\_
- 5. Estoy cuidando a mi(s) hijo(s) menor(es) porque el colegio o el lugar donde cuidan a mi hijo ha sido cerrado, o la guardería de mi hijo no está disponible debido a las precauciones del COVID-19.  
Nombre y edad del niño (s): \_\_\_\_\_  
Nombre del colegio/guardería: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Inicial) Declaro que ninguna otra persona idónea se ocupará del cuidado de los niño (s) mencionados anteriormente durante el período en que estoy recibiendo licencia remunerada en virtud de la FFCRA.

\_\_\_\_\_(Inicial) Para cualquier niño mayor de 14 años, certifico que hay circunstancias especiales que requieren mi cuidado.

Necesitare tomar la licencia de la siguiente manera

- Por un bloque de tiempo continuo (fechas indicadas arriba)
- En un horario de tiempo reducido así: \_\_\_\_\_
- De manera intermitente así: \_\_\_\_\_

6. Estoy experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en consulta con la Secretaría del Tesoro y la Secretaría de Trabajo.

Es posible que se requiera documentación adicional que soporte su solicitud de licencia.

## AUTORIZACION

Estoy solicitando una licencia relacionada al COVID-19 y he leído las instrucciones de este formulario, incluyendo los detalles sobre los requisitos de documentación y me comprometo a proporcionar dicha documentación tan pronto como pueda. Certifico que no puedo trabajar (o teletrabajar) por las razones indicadas anteriormente.

Además, entiendo que sigo siendo responsable de mi parte de las primas del seguro médico y de cualquier beneficio voluntario en el que estoy inscrito. Me comprometo a pagar estas primas mediante deducciones de nómina o mediante pago manual.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Gerente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Protocolo de Regreso al Trabajo

Nos comprometimos a mantener un lugar de trabajo seguro para nuestros empleados y clientes. Cualquiera que regrese al lugar de trabajo después de una ausencia relacionada con COVID debe seguir el siguiente protocolo para regresar. Si tiene alguna pregunta sobre estas normas, por favor antes de regresar, contacte a la persona indicada abajo.

## INFORMACION GENERAL

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del Gerente: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta sobre estas normas, por favor antes de regresar, contacte a la persona indicada abajo

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono o Email: \_\_\_\_\_

## DURACION PREVISTA DE LA LICENCIA

Primer Día Fuera del Trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha Prevista de Regreso: \_\_\_\_\_

## REQUISITOS

Debe cumplir con TODOS los requisitos aplicables antes de volver al trabajo. Regresar al trabajo antes de cumplir con todos los requisitos listados puede resultar en acciones disciplinarias incluyendo el despido. Por favor, marque las casillas correspondientes a su experiencia y firme a continuación. Para regresar al trabajo, este formulario debe ser firmado y devuelto a su gerente o al contacto indicado arriba.

Si usted presenta cualquier síntoma de COVID-19:

- 1. Han pasado POR LO MENOS 10 días desde que los primeros síntomas se presentaron.
- 2. No he tenido fiebre POR LO MENOS 24 horas sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre.
- 3. Mis síntomas han mejorado.

Si usted no tiene ningún síntoma de COVID-19:

- 1. POR LO MENOS 10 días han pasado desde la prueba
- 2. POR LO MENOS 14 días han pasado desde la exposición

Es posible que se requiera documentación adicional como soporte para su regreso, si su condición requiere un período prolongado de autoaislamiento.

Doy fe de que cumplo con los requisitos mencionados para volver al trabajo. Si se presenta algún nuevo síntoma, admito el requisito de informar inmediatamente a mi empleador. Falsificar información en este formulario y/o volver al trabajo antes de cumplir con todos los requisitos enumerados puede resultar en acciones disciplinarias incluyendo el despido.

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Gerente: \_\_\_\_\_