

## [Company Letter Head]

### **Aviso al Representante del Sindicato de Posible Riesgo de Contagio de COVID-19**

[Por Medio de Entrega Personal/Correo Electronico/ Texto]

Nombre: [Employee Name]

Fecha: [Date]

Este aviso se le entrega a usted como representante de empleados quienes pueden haber sido expuestos a COVID-19 (también conocido como “Coronavirus”) al menos uno de los sitios de trabajo de [COMPANY]. Recientemente empleados que usted representa estuvieron presentes en un sitio de trabajo de [COMPANY] donde un individuo que (1) ha tenido resultados de prueba positivos o a sido diagnosticado con COVID-19. (2) Se le ha ordenado aislarse por personal oficial de servicios de salud públicos o (3) ha muerto a causa de COVID-19, y estuvo presente durante su periodo infeccioso. Usted debe avisarles a estos empleados que monitoreen sus síntomas. Los empleados deben de estar sobre aviso que si desarrollan cualquier síntoma de COVID-19, no se deben de presentar a trabajar en persona, en ese caso deben de avisar a su **[supervisor, mayordomo, o al departamento de recursos humanos]** y contactar a su doctor para que lo(a) oriente. Información específica acerca de individuos que califican, como se requiere bajo el Código Laboral sección 6409(c), esta al final de este aviso.

Nosotros estamos comprometidos a mantener un lugar de trabajo seguro para nuestros empleados, lo cual prohíbe la discriminación, el acoso o las represalias de cualquier tipo conforme a las leyes estatales y federales. Como póliza de la Compañía, nosotros no toleramos ni el acoso ni las represalias en contra de ningún trabajador(a) por revelar que ha tenido una prueba de COVID-19 positiva, una diagnosis u orden de cuarentena o aislamiento, ni por expresar concierne, o expresar preocupación acerca de la seguridad en su lugar de empleo o la salud de los trabajadores. Para más información acerca de las pólizas de la Compañía, por favor revise **[La guía de empleo / hable con su representante de Recursos Humanos / contrato de empleo/ las publicaciones de trabajo.]**

Los protocolos de limpieza implementados para prevenir y reducir la propagación de COVID-19 están incluidos en nuestro Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades ((Illness Prevention Program (IIPP), como se conoce en inglés)) el cual esta a su disponibilidad en cuanto lo pida. En adición a los procesos de limpieza rutinarios y pólizas de seguridad, la Compañía esta cumpliendo con todas las guías de sanitación y seguridad publicadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedad ((Centers for Disease Control (CDC), como se le conoce en inglés). Esto incluye, por ejemplo, desinfectar toda la herramienta y el equipo que es compartido, superficies tocadas frecuentemente incluyendo fuentes de agua, mesas, y sillas. También se limpiaran y desinfectaran las áreas comunes compartidas en el trabajo, lo que incluye los baños, vehículos y áreas de descanso. La Compañía desinfectara artículos y espacios

de trabajo de manera continua, como se considere necesario para cumplir con las guías de la CDC.

**Se le avisa que empleados que usted representa pueden ser elegibles para recibir beneficios relacionados al COVID-19, bajo las leyes locales, estatales, y federales, los cuales incluyen, pero no se limitan a:**

- Ausencia Pagada por Enfermedad bajo Emergencia Federal (Federal Emergency Paid Sick Leave) otorgada por la ley federal de Familias Primero en Respuesta al Coronavirus (Families First Coronavirus Response Act)
- Expansión de Ausencia Pagada por razones de Familia o Medicas (Expanded Paid Family & Medical Leave) otorgada bajo la ley federal de Familias Primero en Respuesta al Coronavirus (Families First Coronavirus Response Act)
- California COVID-19 Ausencia Pagada Suplemental por Enfermedad para Trabajadores del Sector de Alimentos
- California COVID-19 Ausencia Pagada Suplemental por Enfermedad
- Cualquier ausencia pagada por enfermedad disponible por parte de la Compañía que usted tenga bajo Ausencia Pagada por Enfermedad en California (California Paid Sick Leave)
- Cualquier ausencia pagada por enfermedad proveída por la Compañía.
- Ausencia negociada bajo las provisiones de ausencia
- Beneficios de Compensación al Trabajador por parte de la Compañía – si acaso usted ha sufrido de enfermedad relacionada con COVID-19 al ser expuesto en el trabajo.
- La Agencia del Desarrollo Laboral (LWDA) tiene una lista de beneficios que pueden estar disponibles para trabajadores impactados por COVID-19. Esta lista puede ser un recurso para determinar a cuales beneficios puede usted calificar para recibir. La lista esta accesible en el sitio de internet <https://www.labor.ca.gov/coronavirus2019/#chart>.

En adición a los beneficios previamente nombrados, hay varios recursos y programas de emergencia Estatales, Federales, y Locales disponibles, los cuales proveen ayuda monetaria, de vivienda, de asistencia con alimentos y de salud, seguro de discapacidad y seguro de desempleo. Si usted o los empleados que representa tienen alguna preocupación acerca de la seguridad o la salubridad en el trabajo , incluyendo preguntas relacionadas con riesgos del COVID-19, beneficios a los cuales pueden ser elegibles, y su protección en contra de la discriminación, acoso y represalias, por favor pónganse en contacto con [\[su Representante de Recursos Humanos / su supervisor\]](#).

### **Revelación de Individuos Calificados <sup>1</sup>**

Por la presente se le avisa, como representate de empleados, de la presencia de un individuo calificado en un sitio de trabajo donde empleados que usted representa hicieron trabajo para **[COMPANY]**. Bajo el Código Laboral sección 6409.6(c), la siguiente

---

<sup>1</sup> Atención: Esta sección contiene información relacionada con la salud de un empleado y debe de usarse de manera que proteja la confidencialidad de los empleados a todo el alcance posible.

información se le provee acerca del individuo calificado hasta el alcance y conocimiento aplicable por la Compañía:

Nombre del Empleado:

Título de Trabajo del Empleado:

Fecha de inicio de enfermedad:

Localidad donde la enfermedad ocurrió:

Descripción de la enfermedad:

Numero de días que el empleado ha estado alejado del trabajo:

¿A caso a muerto el empleado como resultado de la enfermedad?