

Licencia por Enfermedad Suplementaria Pagada de California 2022 Formulario de Solicitud de Pago

Tuve una ausencia que califica para una licencia pagada bajo la Licencia por enfermedad suplementaria pagada de California 2022 en las fechas que se indican abajo. Entiendo que hay dos bancos de licencia a los que puedo tener derecho, y al seleccionar mi razón calificativa para la licencia de abajo, elijo que mi licencia se pague del banco de licencia especificado. Mi ausencia se debió por la siguiente razón calificativa (marque la casilla correspondiente):

Banco de Licencia#1:

- Estuve sometido a un período de cuarentena o aislamiento relacionado con COVID-19 según lo define una orden u recomendación del Departamento de Salud Pública Estatal, los Centros federales para el Control y la Prevención de Enfermedades o un funcionario de salud pública local que tiene jurisdicción sobre el lugar de trabajo.
- Un proveedor de atención médica me aconsejó que me aislara o me pusiera en cuarentena debido al COVID-19.
- Experimentaba síntomas de COVID-19 y buscaba un diagnóstico médico.
- Estaba cuidando a mi hijo(a)/padre(madre)/cónyuge/pareja domestica registrada/abuelo(a)/nieto(a)/hermano(a) (marque uno con un círculo) que está sujeto a una orden u recomendación, o a quien se le ha recomendado aislarse o ponerse en cuarentena.
- Estaba cuidando a un niño cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado o no está disponible por razones relacionadas con COVID-19 en las instalaciones.
- Di positivo en la prueba de COVID-19 y no puedo proporcionar la documentación requerida del resultado positivo de mi prueba.
- Estoy cuidando a mi hijo(a)/padre(madre)/cónyuge/pareja domestica registrada/abuelo(a)/nieto(a)/hermano(a) (marque uno con un círculo) que dio positivo por COVID-19 y no puedo proporcionar la documentación requerida de su resultado positivo.
- Estaba asistiendo a mi propia cita para recibir una vacuna contra el COVID-19. Esta fue mi primera dosis/segunda dosis/refuerzo (circule uno). *
- Estaba asistiendo a una cita para mi hijo(a)/padre(madre)/cónyuge/pareja domestica registrada/abuelo(a)/nieto(a)/hermano(a) (marque uno con un círculo) para recibir una vacuna o un refuerzo de la vacuna para la protección contra el COVID-19, esta fue la primera dosis de los miembros de la familia/ segunda dosis/refuerzo (circule uno). *
- Estaba experimentando síntomas, o cuidando a un miembro de la familia que experimentaba síntomas, relacionados con una vacuna COVID-19 o un refuerzo de la vacuna que me impedía poder trabajar o teletrabajar. *

 Mi relación con el miembro de la familia (si estoy cuidando a un miembro de la familia) es:

_____.

***Nota:** La licencia pagada tomada por las últimas tres razones calificativas se limita a un total de 3 días o 24 horas, incluyendo el tiempo para recibir la vacuna o el refuerzo, a menos que el empleado proporcione verificación de un proveedor de atención médica de que el empleado cubierto o su familiar continúan experimentar síntomas relacionados con una vacuna o refuerzo COVID-19. Este límite se aplica a cada licencia relacionada con vacunas o refuerzos.

Banco de Licencia #2:

- Di positivo en la prueba de COVID-19 y proporcioné la documentación adecuada sobre el resultado positivo de mi prueba.
- Estoy cuidando a mi hijo(a)/padre(madree)/cónyuge/pareja domestica registrada/abuelo(a)/nieta(a)/hermano(a) (marque uno con un círculo) que dio positivo en la prueba de COVID-19 y proporcione la documentación adecuada sobre el resultado positivo de la prueba.

Estoy solicitando que me paguen mi pago por enfermedad suplementario disponible, no utilizado, si corresponde, por la cantidad de horas que se detallan a continuación.

Fecha(s) de enfermedad tomada(s)

_____	Número de horas: _____
_____	Número de horas: _____
_____	Número de horas: _____
_____	Número de horas: _____
_____	Número de horas: _____

Fecha: _____

Nombre del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Empleador / Completar por Supervisor:

El empleado es un empleado de tiempo completo o de medio tiempo (circule uno).

En el momento de la solicitud, el empleado tiene derecho a _____ horas de licencia.

El empleado ha proporcionado documentación de su propia prueba positiva de COVID-19 o la de un miembro de su familia (circule uno). Sí / No (circule uno).

Si la ausencia se debió al propio caso positivo de COVID-19 del empleado, se le ha proporcionado al empleado una prueba en el hogar o se le ha indicado que se haga la prueba en una cita programada y proporcione documentación sobre los resultados de la prueba. Sí / No (circule uno).