

Families First Coronavirus Response Act (FFCRA) Request Form

Employee Name: _____

Date: _____

Type of Leave

I am requesting the following leave under the FFCRA:

Paid Sick Leave as a result of the reason(s) listed below (select all that apply):

I am subject to a Federal, State, or local quarantine or isolation order related to COVID-19

Name of Governmental Entity issuing the order: _____

I have been advised by a health care provider to self-quarantine related to COVID-19

Name of Health Care Professional advising of self-quarantine: _____

I am experiencing COVID-19 symptoms and am seeking (or have sought) a medical diagnosis

I am caring for another individual who is subject to quarantine or has been advised by a health care provider to self-quarantine related to COVID-19

Individual's Name: _____

Individual's Relation to me: _____

Name of Governmental Entity issuing the order (if applicable): _____

Name of Health Care Professional advising of self-quarantine (if applicable): _____

I am caring for my child whose school or place of care is closed (or child care provider is unavailable) due to COVID-19 related reasons. If listed child is over 14, I further certify that there are special circumstances that require me to provide care for them.

Name of Child (or Children) to be cared for: _____

Name of School that has closed or Place of Care that is unavailable: _____

I am experiencing any other substantially-similar condition specified by the U.S. Department of Health and Human Services.

Condition: _____

Expanded Family and Medical Leave as a result of:

I am caring for my child whose school or place of care is closed (or child care provider is unavailable) due to COVID-19 related reasons. I represent that no other person will be providing care for the child(ren) listed below during the period for which I receive family medical leave. If listed child is over 14, I further certify that there are special circumstances that require me to provide care for them.

Name of Child (or Children) to be cared for: _____

Name of School that has closed or Place of Care that is unavailable: _____

Dates of Leave

Leave Start Date: _____ Leave End Date: _____ Total Hours Requested: _____

Employee Acknowledgement

I acknowledge that I am unable to work, including means of telework, for the reason(s) selected above. By signing below, I certify that the above information is truthful and understand that misrepresenting my need for leave is grounds for discipline, up to and including termination.

Employee Signature

Date

Employee Name

La Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (FFCRA o Ley)

Formulario de solicitud

Nombre Del Empleado: _____

Fecha: _____

Tipo de licencia:

Estoy solicitando la siguiente licencia bajo la FFCRA

Licencia por enfermedad pagada como resultado de los motivos enumerados a continuación (seleccione todos los que correspondan):

Estoy sujeto a orden de cuarentena o aislamiento Federal, Estatal, o local relacionada al COVID-19;

Nombre de la entidad gubernamental que emite la orden: _____

Ha sido instruido por un proveedor de salud que se ponga en auto-cuarentena por COVID-19;

Nombre del proveedor profesional que asesora sobre la auto cuarentena: _____

Estoy experimentando síntomas de COVID-19 y está solicitando diagnóstico médico;

Estoy cuidando a una persona sujeta a una orden descrita en (1) o en auto-cuarentena descrita en (2);

Nombre de Individual: _____

Relación del individuo conmigo: _____

Nombre de la entidad gubernamental que emite la orden (si aplica): _____

Nombre del proveedor profesional que asesora sobre la auto cuarentena (si aplica): _____

Estoy cuidando a un hijo cuya escuela o lugar de cuidados está cerrado (o cuidados infantiles no están disponibles) por razones de COVID-19; o Si el niño que figura en la lista tiene más de 14 años, certifico además que hay circunstancias especiales que requieren que les brinde atención.

Nombre del niño (o niños) a cuidar: _____

Nombre de la escuela que ha cerrado o lugar de atención que no está disponible: _____

Estoy experimentando otras condiciones sustancialmente similares a las especificadas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Condición: _____

Licencia familiar y médica ampliada como resultado de:

Estoy cuidando a mi hijo en la cual la escuela o lugar de cuidado está cerrado (o el proveedor de cuidado infantil no está disponible) debido a razones relacionadas con COVID-19. Declaro que ninguna otra persona brindará atención a los niños enumerados abajo continuación durante el período por el cual recibo licencia médica familiar. Si el niño que figura en la lista tiene más de 14 años, certifico además que hay circunstancias especiales que requieren que les brinde atención.

Nombre del niño (o niños) a cuidar: _____

Nombre de la escuela que ha cerrado o lugar de atención que no está disponible: _____

Fechas de licencia

Fecha de inicio de la licencia: _____ Fecha de finalización de la licencia: _____

Total de horas solicitadas: _____

Reconocimiento del empleado

Reconozco que no puedo trabajar, incluidos los medios de teletrabajo, por los motivos seleccionados anteriormente. Al firmar a continuación, certifico que la información anterior es veraz y entiendo que falsificación de mi necesidad de licencia es motivo de disciplina, incluida la terminación.

Firma del Empleado

Fecha

Nombre Del Empleado