

Si el empleado cree que califica para un permiso de ausencia basada en uno de los seis derechos de permisos de ausencia enumerados en el folleto de la Ley de Primera Respuesta de las Familias de Coronavirus (FFCRA), el empleado debe comunicarse con el coordinador de FMLA de su departamento para obtener ayuda para completar este formulario con toda la documentación necesaria. El formulario FFCRA debe enviarse a Recursos Humanos utilizando la dirección de correo electrónico [COVID19leave@nasboces.org](mailto:COVID19leave@nasboces.org).

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Fechas Solicitadas de Ausencia: \_\_\_\_\_, 2020 hasta \_\_\_\_\_, 2020

Estoy solicitando un permiso de ausencia pagado de emergencia por enfermedad. No puedo trabajar o trabajar a distancia por el siguiente motivo (marque solo uno):

1. Estoy sujeto a una orden de cuarentena o aislamiento federal, estatal o local relacionada con COVID-19.

Se adjunta una copia de esta orden y el nombre de la entidad gubernamental que ordena la cuarentena es: \_\_\_\_\_

2. Un proveedor de atención médica me ha aconsejado que realice la cuarentena por razones de COVID-19.

Se adjunta una copia de esta orden, y el nombre del proveedor de atención médica que aconseja la cuarentena es: \_\_\_\_\_

3. Estoy experimentando síntomas de COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico médico.

4. Estoy cuidando a un individuo (elija uno):

Sujeto a una orden de aislamiento o cuarentena federal, estatal o local. Se adjunta una copia de esta orden y el nombre de la entidad gubernamental que ordena cuarentena es: \_\_\_\_\_

Aconsejado por un proveedor de atención médica que me mantenga en cuarentena por razones de COVID-19. El nombre del proveedor de atención médica que aconseja que me mantenga en cuarentena es: \_\_\_\_\_

El nombre de la persona que estoy cuidando es: \_\_\_\_\_

Mi relación con este individuo es: \_\_\_\_\_

5. Estoy cuidando a mi hijo/a cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado (o el proveedor de cuidado infantil no está disponible) debido a razones relacionadas con COVID-19. Al firmar a continuación, certifico que ninguna otra persona brindará atención al niño/a durante el período por el cual estoy recibiendo permiso de ausencia.

Nombre y edad del(los) niño(s): \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela/guardería que no está disponible: \_\_\_\_\_

Horario regular de escuela/guardería: \_\_\_\_\_

- También solicito a E-FMLA que cuide a mi hijo/a. Los empleados pueden, pero no están obligados a sustituir el permiso de ausencia pagado, por la parte no pagada de E-FMLA.

Por favor marque el tipo de ausencia que le gustaría usar:

- POR ENFERMEDAD       VACACIÓN       PERSONAL

6. Estoy experimentando otras condiciones sustancialmente similares especificadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

*Reconozco que Nassau BOCES puede solicitar una certificación razonable de mi necesidad de mi ausencia.*

Al enviar esta entrada, certifico que toda la información es correcta y veraz. La tergiversación de la acumulación de tiempo está sujeta a medidas disciplinarias, incluyendo la posible terminación. Además, la presentación de un instrumento falso con Nassau BOCES puede constituir un delito menor.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado



## AVISO AL EMPLEADO

Para obtener más información, consulte el aviso adjunto titulado “Derechos de los Empleados: Permiso de Ausencia Pagado por Enfermedad y Permiso Expandido de Ausencia Médica y Familiar en virtud de la Ley de Primera Respuesta de las Familias de Coronavirus”

### *Duración de la ausencia*

Por los motivos (1-4) y (6): un empleado a tiempo completo es elegible para 2 semanas para un permiso de ausencia pagado por enfermedad, y un empleado a tiempo parcial es elegible para la cantidad de horas de permiso de ausencia pagado por enfermedad que el empleado trabaja en promedio durante un período de dos semanas.

Por la razón (5): un empleado de tiempo completo es elegible para hasta 12 semanas de permiso de ausencia pagado por enfermedad y Permiso Expandido de Ausencia Médica y Familiar. Las primeras 2 semanas de Permiso Expandido de Ausencia Familiar y Médica no son pagadas. Los empleados pueden usar permiso de ausencia pagado por enfermedad durante las primeras 2 semanas si son elegibles en base a una razón relacionada con COVID-19 o los empleados pueden optar por usar el tiempo libre acumulado por los días no pagados. Un empleado a tiempo parcial es elegible para un permiso de ausencia por la cantidad de horas que el empleado normalmente está programado para trabajar durante ese período.

### *Cálculo de pago*

Por razones del permiso de ausencia (1), (2) o (3): los empleados que toman permiso de ausencia pagado por enfermedad tienen derecho a ser pagados su tarifa regular o el salario mínimo aplicable, lo que sea más alto, hasta \$511 por día y \$5,110 en total (durante un período de 2 semanas).

Por razones del permiso de ausencia (4 y 6): los empleados que toman permiso de ausencia tienen derecho a ser pagados el 2/3 de su tarifa regular o 2/3 del salario mínimo aplicable, el que sea más alto, hasta \$ 200 por día y \$ 2,000 en total (durante un período de 2 semanas).

Por razones del permiso de ausencia (5): los empleados que toman permiso de ausencia tienen derecho a ser pagados el 2/3 de su tarifa regular o 2/3 del salario mínimo aplicable, el que sea más alto, hasta \$ 200 por día y \$ 12,000 en total (durante un período de 12 semanas).

Los empleados deben comunicarse con Recursos Humanos si tienen alguna pregunta.

# DERECHOS DEL EMPLEADO

## PERMISO DE AUSENCIA PAGADO POR ENFERMEDAD Y PERMISO EXPANDIDO DE AUSENCIA FAMILIAR Y MEDICA BAJO LA LEY DE PRIMERA RESPUESTA DE LAS FAMILIAS DE CORONAVIRUS

La **Ley de Primera Respuesta de las Familias de Coronavirus (FFCRA o Ley)** requiere que ciertos empleadores brinden a sus empleados permiso de ausencia pagado por enfermedad y permiso expandido de ausencia familiar y médica por razones específicas relacionadas con COVID-19. Estas disposiciones se aplicarán desde el 1 de abril de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020.

### ► DERECHOS DE PERMISO DE AUSENCIA PAGADOS

En general, los empleadores cubiertos por la Ley deben proporcionar a los empleados:

Hasta dos semanas (80 horas, o el equivalente de dos semanas de un empleado a tiempo parcial) del permiso de ausencia pagado por enfermedad en función de la tasa de pago regular más alta, o el salario mínimo estatal o federal aplicable, pagado a:

- 100% por razones de calificación #1-3 a continuación, hasta \$511 diarios y \$5,110 en total;
- 2/3 por razones de calificación # 4 y 6 a continuación, hasta \$200 por día y \$2,000 en total; y
- Hasta 12 semanas de permiso de ausencia pagado por enfermedad y permiso expandido de ausencia familiar y médica a 2/3 por la razón de calificación # 5 a continuación por hasta \$200 diarios y \$12,000 en total.

Un empleado a tiempo parcial es elegible para el permiso de ausencia por la cantidad de horas que el empleado normalmente está programado para trabajar durante ese período.

### ► EMPLEADOS ELEGIBLES

En general, los empleados de empleadores del sector privado con menos de 500 empleados, y ciertos empleadores del sector público, son elegibles para hasta dos semanas completas de permiso de ausencia pagado por enfermedad o parcialmente un permiso de ausencia pagado por enfermedad por razones relacionadas con COVID-19 (ver más abajo). *Los empleados que han estado empleados durante al menos 30 días antes de su solicitud de permiso de ausencia pueden ser elegibles para hasta 10 semanas adicionales de permiso de ausencia pagado por enfermedad y permiso expandido de ausencia familiar y médica por la razón #5 a continuación.*

### ► RAZONES CALIFICADORAS DE PERMISO DE AUSENCIA RELACIONADOS CON COVID-19

Un empleado tiene derecho a tomar un permiso de ausencia relacionado con COVID-19 si el empleado no puede trabajar, incluyendo el **trabajo a distancia** porque el empleado:

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Está sujeto a una orden de cuarentena o aislamiento federal, estatal o local relacionada con COVID-19;</li><li>2. Ha sido aconsejado por un proveedor de atención médica a mantener cuarentena relacionada con COVID-19;</li><li>3. Está experimentando síntomas de COVID-19 y está buscando un diagnóstico médico;</li><li>4. Está cuidando a un individuo sujeto a una orden descrita en (1) o mantiene cuarentena por sí mismo como se describe en (2);</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Está cuidando a su hijo/a cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado (o el proveedor de cuidado infantil no está disponible) debido a razones relacionadas con COVID-19; o</li><li>6. Está experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.</li></ol>
---	--

### ► EJECUCIÓN

La División de Salarios y Horas (WHD) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos tiene la autoridad para investigar y hacer cumplir el cumplimiento de la FFCRA. Los empleadores no pueden despedir, disciplinar ni discriminar de ninguna otra manera a ningún empleado que legalmente tome licencia por enfermedad remunerada o licencia familiar y médica ampliada bajo la FFCRA, presente una queja o instituya un procedimiento de conformidad con esta Ley. Los empleadores que infrinjan las disposiciones de la FFCRA estarán sujetos a sanciones y cumplimiento por parte de WHD.



**DIVISIÓN DE SALARIOS Y HORARIOS**  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS  
ESTADOS UNIDOS

Para obtener información  
adicional o presentar una  
queja: **1-866-487-9243**  
TTY: 1-877-889-5627  
[dol.gov/agencies/whd](https://dol.gov/agencies/whd)

