



[Use este formulario para notificarle a su empleador sobre su necesidad de recibir ausencia por enfermedad con paga debido a COVID-19]

Aviso a mi empleador

Fecha: _____ de 2020

Yo, _____ (nombre del empleado), no puedo trabajar en estos momentos porque [marque una o ambas casillas]:

- Tengo síntomas de COVID-19 actualmente.
- Salud Pública de Austin me hizo la prueba de COVID-19 el _____ y estoy esperando los resultados.

Esta carta es mi solicitud de ausencia por enfermedad con paga bajo la ley federal conocida como la Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus. Entiendo que esta es una ley federal nueva que les da a los trabajadores el derecho a recibir ausencia por enfermedad con paga si no pueden trabajar porque se están haciendo una prueba de COVID-19, están teniendo síntomas de COVID-19, están esperando los resultados de la prueba de COVID-19 o si están enfermos con COVID-19.

Me han dicho que los negocios que les dan ausencia por enfermedad con paga a sus empleados bajo esta ley pueden recibir un reembolso de los costos a través de un crédito de impuestos federal. En este enlace puede encontrar más información sobre la ley: <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.

Estoy consciente de que esta ley me protege de cualquier tipo de represalias por haber solicitado o usado tiempo libre por enfermedad con paga si no puedo regresar a trabajar debido a razones relacionadas con el COVID-19.

En la mayor medida en que yo califique, estoy solicitando tiempo libre con paga que me concede esta ley. Las guías de salud actuales de Austin y del Condado de Travis requieren que me quede en casa al menos diez días desde que comiencen los síntomas del COVID-19 y un día después de que desaparezca mi fiebre. Por ahora, solicito la ausencia por enfermedad con paga por los diez días subsiguientes a la fecha de esta carta.

Si puedo regresar a trabajar antes porque la prueba da negativo y/o desaparecen mis síntomas de COVID-19, les avisaré.

Firma del empleado



Fecha

