

Massachusetts COVID-19 Formulário de Pedido de Licença para Doentes de Emergência Temporária Paga

Por lei, os empregados devem apresentar um pedido por escrito ao seu empregador para tirarem uma Licença Temporária de Emergência Paga de Massachusetts COVID-19 (COVID-19 Licença por Doença). Preencher e submeter este formulário ao seu departamento de RH, juntamente com documentação de apoio por escrito, antes de tirar uma licença ou logo que seja possível. Deve também seguir todos os outros procedimentos padrão de notificação com respeito ao seu supervisor ou gestor, conforme aplicável.

Nome	
Número de Identificação do Funcionário	
SSN ou Número de Identificação fiscal	
Data de Início da Licença / Hora	
Fim da Data de Licença / Hora	

Marque a caixa apropriada abaixo para o motivo relevante de qualificação para a Licença por Doença COVID-19:

Eu preciso:

- auto-isolar-me e cuidar de mim mesmo porque fui diagnosticado com COVID-19;
- obter um diagnóstico médico, cuidados, ou tratamento para os sintomas da COVID-19; ou
- Obter ou recuperar de uma imunização da COVID-19.

Preciso de cuidar de um membro da família que:

- deve auto-isolar-se devido a um diagnóstico COVID-19; ou
- precisa de diagnóstico médico, cuidados, ou tratamento para sintomas de COVID-19.

Estou sujeito a uma ordem de quarentena ou determinação semelhante por um funcionário público local, estatal ou federal, uma autoridade sanitária com jurisdição, meu empregador, ou um prestador de cuidados de saúde.

Nome da entidade governamental, empregador ou prestador de serviços de saúde que faz o pedido ou aconselha a auto-quarentena:

--

Preciso cuidar de um membro da família devido a uma ordem de quarentena ou determinação similar em relação ao membro da família por um funcionário público local, estadual ou federal, uma autoridade sanitária com jurisdição, o empregador do membro da família ou prestador de serviços de saúde.

Nome da entidade governamental, empregador ou do prestador de serviços de saúde que faz o pedido ou aconselha a auto-quarentena:

--

Nome da pessoa sujeita a quarentena, e relação com a pessoa (tal como: cônjuge, pais, etc): Ao assinar abaixo, atesto que estou qualificado para a Licença por Doença COVID-19 pelo motivo acima seleccionado e que, por este motivo, não posso trabalhar ou teletrabalhar. Compreendo que fazer uma reclamação falsa pode resultar em acção disciplinar. Irei notificar o meu gabinete de RH e o meu director/supervisor assim que as minhas circunstâncias mudarem.

_____ Assinatura do funcionário

_____ Data

Assegurar-se de fornecer qualquer documentação escrita de apoio relevante, juntamente com esta nota escrita preenchida e assinada, ao escritório dos RH.

APENAS PARA UTILIZAÇÃO DE RH:

Data/ Hora Real de Início da Licença	
Data/ Hora Real do Fim da Licença	
Total de Horas Utilizadas	
Salários Totais	
Total de Despesas Relacionadas	
Local Principal de Trabalho do Funcionário[1]	
Número Médio de Horas Semanais Trabalhadas[2]	

[1] O “local principal de emprego” de um empregado significa o local de trabalho ou local físico onde o empregado passou a maior percentagem de horas de trabalho entre as datas de 1 de janeiro e 30 de abril de 2021; os acordos temporários de teletrabalho celebrados durante este período não devem levar em conta esta determinação . Para um novo empregado que começou a trabalhar a partir de 1 de maio de 2021, “local de trabalho principal” significa o local de trabalho ou local físico onde se espera que o empregado passe a maior percentagem de horas de trabalho entre o primeiro dia de trabalho e 30 de setembro de 2021, com base no acordo de trabalho acordado entre o empregador e o empregado. No entanto, o “local principal de emprego” de um empregado não é em Massachusetts se este tiver sido transferido permanentemente para fora do estado. [2] Para os empregados cujo horário e horas semanais variam de semana para semana, o número médio de horas que o empregado estava programado para trabalhar por semana durante os 6 meses anteriores. Se um empregado com um horário variável não tiver trabalhado para o empregador por 6 meses, o número de horas por semana que o empregado esperava razoavelmente trabalhar quando contratado.

