

	Empleado
Departamento	Posición
Asignación	Empleo
?	Duración (fechas específicas)

El beneficio de licencia bajo la Ley familias primero de respuesta al coronavirus (FFCRA) caducó el 31 de diciembre de 2020. Cypress-Fairbanks ISD permitirá el uso de Días de licencia de COVID sin usar; si los días no se agotaron previamente. Estos días estarán disponibles hasta el 30 de junio de 2021. Este tipo de licencia no se puede usar de forma intermitente.

Todo empleado que solicite el uso de Licencia de COVID de CFISD debe llenar este formulario y enviarlo a [HRLeave@cfisd.net](mailto:HRLeave@cfisd.net) tan pronto como se identifique la necesidad de la licencia. También se debe adjuntar toda documentación médica necesaria al enviar esta solicitud.

Para que la solicitud sea procesada de forma oportuna, asegúrese de enviar el **formulario dentro de un plazo de 3 días hábiles**.

- CFISD está limitado equivalente de 10 días (máximo de 80 horas)
  - : tarifa de pago regular
  - : dos tercios de la tarifa de pago regular

Solicito licencia por la(s) siguiente(s) razón(razones):

### VERSONA

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

Nombre de la entidad que exige la cuarentena o aislamiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad que exige la cuarentena o aislamiento: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica COVID-19 (Se necesita documentación médica para el procesamiento)

Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

### PARA CUIDADO DE UN NIÑO O U OTRA PERSONA

No puedo ir a trabajar porque debo cuidar a una persona a la cual se le ha recomendado hacer cuarentena o aislamiento.

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Uso de licencia acumulada: La licencia por esta razón específica paga solo 2/3 por los días usados; sin embargo, el empleado puede optar por usar licencia acumulada para alcanzar el 100% de pago.

Elijo usar licencia pagada acumulada para suplementar el pago de 2/3 cubierto por la Licencia de COVID de CFISD para recibir el 100% de pago de mi tarifa de pago regular.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Designation (completed by HR Department):

The employee qualifies for CFISD COVID Leave.

The employee does not qualify for CFISD COVID Leave.

### For office use only:

Medical certification provided Yes No

Approved by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_