



Under the **Families First Coronavirus Response Act (FFCRA)**, I am requesting leave for one of the following reasons (please check one):

This information is required under the FFCRA. Benefits are not guaranteed as they are subject to the **FFCRA** rules and regulations.

PLEASE ATTACH REQUIRED DOCUMENTATION TO THIS FORM. RETURN BY FAX 916-331-9201, EMAIL IVERGARA@CAPITALCITYDRYWALL.COM, OR BY MAILING FORM TO 6525 32ND ST., STE. B1, NORTH HIGHLANDS, CA 95660. QUESTIONS: CONTACT OUR OFFICE AT 916-331-9200.

1. I am subject to a Federal, State, or local quarantine or isolation order related to COVID-19; Provide the source of any quarantine or isolation order related to COVID-19 applicable to you.

2. I have been advised by a health care provider to self-quarantine related to COVID-19; Provide the name of the health care provider who has advised you to self-quarantine and the duration of quarantine due to concerns related to COVID-19.

3. I am experiencing COVID-19 symptoms and I am seeking a medical diagnosis; Provide the name of the health care provider who has advised you to self-quarantine and the date of your appointment or testing and a description of your symptoms: _____

4. I am caring for an individual subject to an order described in (1) or self-quarantined as described in (2); Provide the source of any quarantine or isolation order related to COVID-19 and/or the name of the health care provider who has advised the person to self-quarantine due to concerns related to COVID-19.

5. I am caring for my child whose school or place of care is closed (or child care provider is unavailable) for reasons related to COVID-19 and no other suitable person is available to care for the child; DOCUMENTATION REQUIRED: Notice of closure or unavailability that has been posted on a government, school, or day care website, published in a newspaper, or emailed to the employee from an employee or official of the school, place of care, or child care provider. Please attach documents.

6. I am experiencing any other substantially-similar condition specified by the Secretary of Health and Human Services Provide the name of the health care provider if you intend to seek medical attention and a description of your symptoms: _____

I certify that the information provided by me is true and accurate. I understand that by not providing the proper documentation, that my leave request may be denied. I am requesting leave starting on: _____ (date)

Employee Signature

Date

Employee Name

Employee Number

For Internal Use Only:

Base Rate _____ E-PSL - EE
Adjusted Rate _____ E-PSL - non-EE
DOH _____ Adjusted Rate _____ E - FMLA - non-EE



Bajo las **Familias Primero Coronavirus Respuesta Ley (FFCRA)**, solicito permiso para una de las siguientes razones (por favor marque uno):

Esta información es requerida bajo la FFCRA. Los beneficios no están garantizados ya que están sujetos a las reglas y regulaciones de FFCRA.

POR FAVOR, ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A ESTE FORMULARIO POR FAX 916-331-9201, O AL CORREO ELECTRÓNICO A IVERGARA@CAPITALCITYDRYWALL.COM, O POR CORREO AL 6525 32ND ST., STE. B1, NORTH HIGHLANDS, CA 95660. PREGUNTAS: CONTÁCTENOS CON NUESTRA OFICINA AL 916-331-9200.

1. Estoy sujeto a un federal, estatal o local de cuarentena o aislamiento relacionado con el COVID-19; Proporcionar cualquier cuarentena o aislamiento orden en relación con COVID-19 aplicable a usted

2. Estoy aconsejado por un profesional de la salud a la auto-cuarentena relacionada con COVID-19; Proporcionar el nombre del proveedor de salud que le ha aconsejado a la auto-cuarentena y la duración de la cuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19

3. Estoy experimentando síntomas de COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico médico; Proporcione el nombre del proveedor de atención médica que le ha aconsejado que realice la cuarentena y la fecha de su cita o Prueba y una descripción de sus síntomas

4. Estoy cuidando a un individuo sujeto a una orden descrita en (1) o en cuarentena como descrito en (2); Proporcione cualquier orden de cuarentena o aislamiento relacionada con COVID-19 y / o el nombre del proveedor de atención médica que le ha aconsejado a la persona que se auto-ponga en cuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19.

5. Estoy cuidando a mi hijo or hija de la escuela o lugar de cuidado que está cerrado (o el proveedor de cuidado infantil no está disponible) pararazones relacionadas con COVID-19 y ninguna otra persona adecuada está disponible para cuidar al niño; DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Notificación de cierre o falta de disponibilidad que se ha publicado en un gobierno, escuela o dásitio web de atención, publicado en un periódico o enviado por correo electrónico al empleado de un empleado u oficial de la escuela,lugar de cuidado o proveedor de cuidado infantil. Por favor adjunte documentos.

6. Estoy experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por el Secretario de salud y Servicios Humanos. Proporcionar el nombre del proveedor de atención médica si tiene la intención de buscar atención médica y una descripción de sus síntomas:

Certifico que la información proporcionada por mí es verdadera y exacta. Entiendo que al no proporcionar la documentación adecuada, mi solicitud de licencia podría ser negado. Estoy solicitando permiso a partir del: _____ (fecha)

Firma del empleado

Fecha

Nombre de empleado

Número de empleado

For Internal Use Only:

Base Rate _____

E-PSL - EE

Adjusted Rate _____

E-PSL – non-EE

DOH _____

Adjusted Rate _____

E – FMLA – non-EE