



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;
DOCUMENTATION REQUIRED: The source of any quarantine or isolation order such as a copy of the Federal, State or Local quarantine or isolation order related to COVID-19 applicable to the employee.
- 2. I have been advised by a health care provider to self-quarantine related to COVID-19;
DOCUMENTATION REQUIRED: The name of the health care provider who has advised the employee to self-quarantine or written documentation by a health care provider advising the employee to self-quarantine due to concerns related to COVID-19.
- 3. I am experiencing COVID-19 symptoms and I am seeking a medical diagnosis;
DOCUMENTATION REQUIRED: The name of the health care provider who has advised the employee to self-quarantine and a description of my symptoms: _____

- 4. I am caring for an individual subject to an order described in (1) or self-quarantined as described in (2);
DOCUMENTATION REQUIRED: The source of any quarantine or isolation order such as a copy of the Federal, State or Local quarantine or isolation order related to COVID-19 applicable to the employee or the name of the health care provider who has advised the employee to self-quarantine or written documentation by a health care provider advising the employee 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;
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.
- 6. I am experiencing any other substantially-similar condition specified by the Secretary of Health and Human Services
DOCUMENTATION REQUIRED: The name of the health care provider who has advised the employee to self-quarantine and a description of my 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;
DOCUMENTACIÓN NECESARIO: La origen de cualquier orden de cuarentena o aislamiento, con una copia del document federal, estatal o orden de cuarentena o aislamiento local relacionada con COVID-19 aplicable al empleado.

- 2. Estoy aconsejado por un profesional de la salud a la auto-cuarentena relacionada con COVID-19;
DOCUMENTACIÓN NECESARIO: El nombre del proveedor de atención médica que le ha aconsejado al empleado que se ponga en cuarentena o Documentación escrita de un proveedor de atención médica que aconseja al empleado que auto-cuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19.

- 3. Estoy experimentando síntomas de COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico médico;
DOCUMENTACIÓN NECESARIO: El nombre del proveedor de atención médica que le ha aconsejado al empleado que se ponga en cuarentena y una descripción de mis síntomas: _____

- 4. Estoy cuidando a un individuo sujeto a una orden descrita en (1) o en cuarentena como descrito en (2);
DOCUMENTACIÓN NECESARIO: La origen de cualquier orden de cuarentena o aislamiento, con una copia del document federal, estatal o orden de cuarentena o aislamiento local relacionada con COVID-19 aplicable al empleado o el nombre del proveedor de atención médica que le ha aconsejado al empleado que se ponga en cuarentena o Documentación escrita de un proveedor de atención médica que aconseja al empleado que auto-cuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19.

- 5. Estoy cuidando a mi niño o niña de la escuela o lugar de cuidado que está cerrado (o el proveedor de cuidado infantil que no esta disponible) por razones relacionadas con COVID-19
DOCUMENTACIÓN NECESARIO: Aviso de cierre o falta que se ha publicado en un gobierno, escuela o día sitio del internet de atención, publicado en un periódico o enviado por correo electrónico al empleado desde un empleado o oficial de la escuela, lugar de cuidado o de cuidado infantil.

- 6. Estoy experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por el Secretario de salud y Servicios Humanos.
DOCUMENTACIÓN NECESARIO: El nombre del proveedor de atención médica que le ha aconsejado al empleado que se ponga en cuarentena y una descripción de mis 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