



REQUEST FOR LEAVE OF ABSENCE RELATED TO 2022 COVID-19 SUPPLEMENTAL PAID SICK LEAVE (SPSL)

Form Updated: 04/22/2022

Para ser elegible para esta licencia, usted deberá calificar por las razones enumeradas bajo proyecto de ley del senado 114.

SECCION 1: INFORMACION DEL EMPLEADO

Nombre del Empleado (Apellido)	# de Identificación del Empleado	Estado (FT/PT):
Correo Electrónico Primario	Número de Teléfono Primario	
Sitio/Local de Escuela		
Nombre del Supervisor	Teléfono del Supervisor	

SECCION 2: RAZON DE SU AUCENCIA

Debido a la selección de abajo yo estoy/estuve indispuerto para trabajar y estoy solicitando SPSL.
(marque la razón apropiada abajo):

- 1) Yo estoy sujeto a una ley/orden federal, estatal o local de cuarentena o aislamiento relacionado con salir positivo de COVID-19
- 2) Yo he sido aconsejado por el proveedor de atención medica que este en cuarentena o aislamiento personal debido a preocupaciones relacionadas al COVID-19.
- 3) Yo estoy experimentando síntomas de COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico médico.
- 4) Yo estoy asistiendo a una cita para recibir una vacuna para mi o miembro familiar.
- 5) Yo estoy o un miembro familiar está experimentando síntomas relacionados a la vacuna del COVID-19 que me impiden poder trabajar.

***Solicitudes por más de 24 horas requieren documentación de parte de su proveedor médico.**

- 6) Yo estoy cuidando a una persona que está sujeta a cualquier numero 1) o 2) arriba.

Relación con el individuo/miembro familiar:

- 7) Yo estoy al cuidando de un niño/a, como se define en la subdivisión © de la Sección 245.5, cuyo escuela o lugar de cuidado está cerrado o de lo contrario indisponible por las razones relacionadas al COVID-19 en las premisas.

***Se requiere verificación actual en el momento de la presentación para aprobación de su solicitud:**

SECCION 3: RAZON PARA IRSE – 40 HORAS ADICIONALES

- 1- 1) Yo estoy al cuidado de un miembro familiar el cual ha salido positivo de COVID-19. Favor de usar el botón de abajo para subir su documentación.



REQUEST FOR LEAVE OF ABSENCE RELATED TO 2022 COVID-19
SUPPLEMENTAL PAID SICK LEAVE (SPSL)

Form Updated: 04/22/2022

SECCION 4: FECHA DE EXCEDENCIA DE TRABAJO

Fecha de Inicio:	Fecha Final:	Horas:
Fecha de Inicio:	Fecha Final:	Horas:
Fecha de Inicio:	Fecha Final:	Horas:

Firma: _____

Fecha: _____

FOR HUMAN RESOURCES ONLY: PARA USO DE RECURSOS HUMANOS SOLAMENTE:

- Leave Request Approved:
- Request is approved with the following modification(s):
- Request is **NOT** approved because:
- Employee did not provide a qualifying reason covered by Labor Code § 248.6 & 248.7, SB 114.
- Employee did not provide verification document(s)

Human Resources Technician: _____

Date: _____