Подтверждение сотрудником использования накопленного отпуска по болезни по уважительной причине

Согласно Закону о накопленном времени пребывания на больничном (Закон об оплачиваемом отпуске по болезни) города Нью-Йорка (EarnedSickTimeAct / PaidSickLeaveLaw) работодатели могут потребовать от работников подтверждения того, что какой-либо отпуск по болезни независимо от его продолжительности был использован по уважительной причине, предусмотренной в указанном законе. Работодатели могут потребовать от сотрудников предоставить медицинские документы, оформленные лицензированным медицинским учреждением, *только* в случае использования отпуска по болезни более трех рабочих дней подряд.

Сотрудники, соответствующие установленным законом критериям, вправе использовать накопленный отпуск по болезни в следующих случаях:

1. *Психическое заболевание или необходимость в постановке медицинского диагноза, уходе или лечении психического заболевания (сотрудника или члена его семьи).*
2. *Физическое заболевание или необходимость в постановке медицинского диагноза, уходе или лечении физического заболевания (сотрудника или члена его семьи).*
3. *Травма или необходимость в постановке медицинского диагноза, уходе или лечении травмы (сотрудника или члена его семьи).*
4. *Другое расстройство или необходимость в постановке медицинского диагноза, уходе или лечении соответствующего расстройства (сотрудника или члена его семьи).*
5. *Необходимость в профилактическом медицинском обслуживании (сотрудника или члена его семьи).*
6. *Закрытие места работы сотрудника по распоряжению государственного служащего вследствие чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.*
7. *Необходимость ухода за ребенком, если его школа или детское учреждение закрыты по распоряжению государственного служащего вследствие чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.*

Я, _____ (имя и фамилия печатными буквами), подтверждаю, что использовал (-а) накопленный отпуск по болезни по одной из вышеуказанных причин в следующий (-ие) период (-ы):

Месяц	Дата (-ы)	Календарный год

Я понимаю, что предоставление заведомо ложной информации об использовании накопленного отпуска по болезни может привести к наложению дисциплинарного взыскания, включая увольнение.

_____ Подпись сотрудника

_____ Должность сотрудника

_____ Дата подписания

_____ Идентификационный номер сотрудника

Работодатель:	
Место работы:	
Адрес работодателя (если отличается от места работы):	