

## Verificación del empleado en relación con el uso autorizado de la ausencia laboral debido a enfermedad

Conforme a la Ley de Pago por Ausencia Laboral debido a Enfermedad (Paid Sick Leave Law), los empleadores están autorizados a inquirir que los empleados verifiquen que una instancia de ausencia laboral por enfermedad de cualquier duración haya sido utilizada para fines autorizados por la ley. Los empleadores pueden solicitar a los empleados que suministren un certificado médico de un médico con licencia *solo* después de haber usado más de tres días consecutivos de ausencia laboral por enfermedad.

Los empleados elegibles están autorizados a usar la ausencia laboral por enfermedad por los siguientes motivos:

1. *Enfermedad mental, o necesidad de un diagnóstico médico, atención o tratamiento de una enfermedad mental (del mismo empleado o de un familiar)*
2. *Enfermedad física, o necesidad de un diagnóstico médico, atención o tratamiento de una enfermedad física (del mismo empleado o de un familiar)*
3. *Lesiones, o la necesidad de un diagnóstico médico, atención o tratamiento de lesiones (del mismo empleado o de un familiar)*
4. *Problema de salud, o la necesidad de un diagnóstico médico, atención o tratamiento de un problema de salud (del mismo empleado o de un familiar)*
5. *Necesidad de atención médica preventiva (del mismo empleado o de un familiar)*
6. *Clausura del lugar de trabajo del empleado por orden de un funcionario público debido a una emergencia de salud pública*
7. *Necesidad de cuidar a un niño cuya escuela o guardería ha sido cerrada por orden de un funcionario público debido a una emergencia de salud pública*

El/la que suscribe, \_\_\_\_\_ (escriba a mano o a máquina su nombre), doy fe de haber usado el permiso de ausencia laboral por enfermedad debido a, al menos, una de las razones autorizadas mencionadas anteriormente en la(s) siguiente(s) fecha(s):

Mes	Fecha(s)	Año calendario

Entiendo que brindar información falsa sobre el uso de la ausencia laboral por enfermedad podría dar lugar a medidas disciplinarias, incluido el despido.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Cargo del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Número de identificación del empleado

Empleador:	
Lugar de trabajo:	
Dirección del empleador (si es distinto del lugar de trabajo):	