

## **Plantilla para el Empleador: Aviso de posible exposición a COVID-19 en el sitio laboral**

**Descargo de responsabilidad:** Esta es una plantilla en forma de carta para empleadores que se les exija notificar a empleados de una posible exposición conforme a AB685, el cual entra en vigor el 1 de enero de 2021. Antes de esta fecha los empleadores han de utilizar esta plantilla y sus anexos para formular una correspondencia detallada. Edite el documento según fuese necesario, además de revisar todas las secciones correspondientes y en negrita. Comuníquese con un abogado si necesita clarificar algo o si surgieran preguntas adicionales.

**Fecha** \_\_\_\_\_

A los empleados de \_\_\_\_\_ se la notificado que un individuo infectado de COVID-19 estuvo presente en \_\_\_\_\_ el/la oficina/ instalación/ sitio laboral; por lo tanto, es posible que usted haya quedado expuesto al virus.

Usted podría tener derecho a los siguientes beneficios por COVID-19 conforme a leyes federales, estatales y/o municipales, incluyendo aunque sin limitarse a permiso de ausencia por COVID-19, permiso de ausencia laboral por enfermedad, permiso de ausencia por mandato estatal, permiso complementario de ausencia por enfermedad, disposiciones acordadas referentes a permisos de ausencia, compensación al trabajador:

Permiso de Ausencia Conforme a la Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus – “(le aplica a empleadores con menos de 500 empleados) O Permiso complementario de ausencia pagado para trabajadores que no integraran el sector alimentario / permiso complementario de ausencia pagado para trabajadores que integraran el sector alimentario (ambos le aplican a empleadores con 500 empleados o más) se adjunta como Prueba Documental “A”. NOTIFICACIÓN a Empleadores: Introduzca el aviso que le corresponda a su fuerza laboral. Sólo uno de estos avisos se ha de adjuntar como Prueba Documental “A”.

Ley de Derecho de Ausencia Familiar y Médica /Ley de Derechos a la Familia en California se adjuntan como Prueba Documental “B”. [si correspondiera; la Ley de Derecho de Ausencia Familiar y Médica (FMLA)/Ley de Derechos a la Familia en California (CFRA) en la actualidad le aplicaría a un empleador que contara con 50 empleados o más. A partir del 1 de enero de 2021, CFRA le aplicará a empleadores con 5 o más].

Permiso de ausencia por enfermedad autorizado por ordenanza de un gobierno municipal se adjunta como Prueba Documental “de leyes aquí”. [si correspondiera. Los Empleadores han de consultar las ordenanzas municipales referentes a permisos de ausencia por enfermedad en la ciudad/ condado donde tengan negocios o donde sus empleados trabajen.]

**(California’s Sick Leave Policy or PTO’s Policy is if the PTO policy encompasses California sick leave requirements] is attached as Exhibit “\_\_”)**

Las normas de \_\_\_\_\_ referentes a permisos de ausencia por enfermedad del

estado de California [o las normas de \_\_\_\_\_ referentes a permisos de ausencia pagados (PTO, por sus siglas en inglés) si las normas PTO incluyeran los requisitos de permiso de ausencia por enfermedad de California] se adjuntan como Prueba Documental “\_\_”.

**(PTO's Policy or Vacation's)**

**Policy [Only include the PTO policy if the company's PTO policy does not include California sick leave requirements. Use the vacation policy if company policy or practice allows for the use of vacation time off for sick leave purposes].**

Las normas de permiso de ausencia pagado (PTO) de \_\_\_\_\_ o las normas de vacaciones de \_\_\_\_\_.

[Sólo incluya las normas PTO si las normas PTO de la compañía no incluyeran los requisitos de permisos de ausencia por enfermedad del estado de California. Use las normas referentes a vacaciones si las normas o prácticas de la compañía permiten el uso de permisos de ausencia por vacaciones para propósitos de permiso de ausencia por enfermedad].

Permiso de ausencia conforme al acuerdo de negociación colectiva se adjunta como Prueba Documental “ ”. **[si correspondiera].**

## **Employer Template: Notice of Potential Workplace Exposure to COVID-19**

Beneficios de Compensación al Trabajador. Si usted estima que ha contraído una enfermedad vinculada a COVID-19 como resultado de su empleo, podría tener derecho a beneficios de compensación al trabajador. Si se determinara que la enfermedad vinculada a COVID-19 surgió de y durante el transcurso de su empleo, podría tener derecho a compensación, incluyendo cobertura completa de costos de hospital, quirúrgicos y tratamiento médico, indemnización por discapacidad e indemnización por defunción. Para presentar un reclamo de compensación al trabajador, favor de notificarle a su empleador que usted estima su enfermedad vinculada a COVID-19 está vinculada al trabajo y presente un formulario de reclamo DWC1 conforme a la Sección 5401 del Código Laboral.

Las normas de \_\_\_\_\_ contra acoso y discriminación vinculados a COVID-19 se adjuntan como Prueba Documental “\_\_\_\_”.

Los protocolos de desinfección y plan de seguridad de \_\_\_\_\_ se adjuntan como Prueba Documental “\_\_\_\_”.

Si tiene alguna pregunta referente a los beneficios indicados anteriormente, favor de comunicarse con:

[nombre] \_\_\_\_\_

[título del puesto] \_\_\_\_\_

[teléfono] \_\_\_\_\_

[dirección de correo electrónico] \_\_\_\_\_