



QUEDANDO EN CASA PARA PROTEGERSE DE COVID-19

Las reglas federales y estatales requieren que su empleador le provee con un lugar de trabajo seguro. Si usted no regresa al trabajo porque su ambiente no está seguro, puede ser que todavía califica para recibir beneficios de desempleo.

La División de Servicios de Empleados de Carolina del Norte ([DES](#)) dice que usted puede calificar para continuar recibiendo beneficios de desempleo si es parte de las siguientes categorías:

1. Usted ha sido diagnosticado con COVID-19 o tiene síntomas de COVID-19 y un médico le ha aconsejado que no vaya al trabajo.
2. Un miembro de su casa ha sido diagnosticado con COVID-19 o usted está cuidando algún miembro de su familia o un miembro de su casa que ha sido diagnosticado con COVID-19.
3. Usted está de alto riesgo de enfermarse de una manera seria debido a COVID-19.
4. Usted es el/la cuidador/a de un niño o una persona en su casa que no puede asistir a la escuela porque está cerrada debido a COVID-19, y eso le previene de ir al trabajo.
5. Usted no puede ir al lugar de empleo a causa de una cuarentena de COVID-19 y eso le previene ir a trabajar.
6. Usted no puede regresar al trabajo debido a un mandato gubernamental relacionado al viaje, la operación de negocios o reuniones masivas.
7. Usted tiene razón para creer que hay un alto riesgo válido a su salud y seguridad debido a un riesgo significativo de exposición o infección de COVID-19 en su trabajo porque su empleador no está siguiendo las pautas del gobierno o la industria, o porque el lugar de trabajo no está seguro para que regrese al trabajo.

Este formulario es para ayudar a los empleados que no pueden regresar al trabajo por una de las razones ya mencionadas relacionadas con COVID-19. Si usted está experimentando cualquiera de las situaciones ya mencionado, puede rellenar este formulario y dárselo a su empleador.

Aviso al empleador

Nombre del empleador: _____

Nombre(s) de (los) empleado(s): _____

No puedo regresar al trabajo en este momento por la siguiente razón relacionado con COVID-19:

_____ He sido diagnosticado con COVID-19 y el médico me ha aconsejado de no regresar al trabajo.

_____ Tengo síntomas de COVID-19 y él médico me ha aconsejado que no regrese al trabajo.

_____ Un miembro de mi casa ha sido diagnosticado con COVID-19.

_____ Estoy cuidando de un miembro de mi familia o casa que ha sido diagnosticado con COVID-19.

_____ Estoy de alto riesgo de contraer una enfermedad seria de COVID-19.

_____ Soy el/la cuidador/a principal de un niño o una persona en mi casa que no puede asistir a la escuela o su guardería porque está cerrado debido a COVID-19 y eso me previene de trabajar. El nombre de mi hijo/a o la persona en mi casa es:

_____ No puedo llegar al trabajo debido a una cuarentena de COVID-19.

_____ Un médico me ha aconsejado de hacer una cuarentena solitaria.

_____ No puedo regresar al trabajo debido a un mandato gubernamental relacionado al viaje, la operación de negocios o reuniones masivas.

_____ Tengo razón de creer que hay un alto riesgo válido a mi salud y seguridad debido a un riesgo significativo de exposición o infección de COVID-19. Las razones por las cuales no creo que sea seguro para regresar al trabajo son:

FIRMA

FECHA (MM/DD/AAAA)