

**The Families First Coronavirus Response Act (FFCRA or Act) requires certain employers to provide their employees with paid sick leave and expanded family and medical leave for specified reasons related to COVID-19. These provisions will apply from April 1, 2020 through September 30, 2021.**

### **PAID LEAVE ENTITLEMENTS**

Generally, employers covered under the Act must provide employees:

Up to two weeks (80 hours, or a part-time employee's two-week equivalent) of paid sick leave based on the higher of their regular rate of pay, or the applicable state or Federal minimum wage, paid at:

**100% for qualifying reasons #1-3 and 7-9 (Please note reasons 7 through 9 can only be used from 4/1/2021-9/30/2021), up to \$511 daily and \$5,110 total;**

1. The subject to a Federal, State, or local quarantine or isolation order related to COVID-19
2. I have been advised by a health care provider to self-quarantine related to COVID-19
3. I am experiencing COVID-19 symptoms and am seeking a medical diagnosis

**2/3 for qualifying reasons #4-6, up to \$200 daily and \$2,000 total;**

4. I am caring for an individual subject to an order described in (1) or self-quarantine as described in (2)
5. I am caring for a child whose school or place of care is closed (or child care provider is unavailable) due to COVID-19 related reasons  
(Intermittent time available for reason 5 ONLY)
6. I am experiencing any other substantially-similar condition specified by the U.S. Department of Health and Human Service
7. I am getting a COVID vaccine **(100% rate of pay – can only be used from 4/1/2021 to 9/30/2021)**
8. I am recovering from adverse reactions from the vaccine **(100% rate of pay – can only be used from 4/1/2021 to 9/30/2021)**
9. I am awaiting results of a COVID diagnosis or test after having close contact **(100% rate of pay – can only be used from 4/1/2021 to 9/30/2021)**

A part-time employee is eligible for leave for the number of hours that the employee is normally scheduled to work over that period.

**Please remember, DCW's will not be paid for hours worked, and cannot be paid for paid earned time hours, for which they have claimed Emergency Paid Sick Leave.**

### **INSTRUCTIONS**

1. **Please mail, fax (413-256-3849 or 888-773-4281) or email (fitimesheets@stavros.org) this signed form by 12:00 P.M. on the Monday after the weekly cycle ends to ensure timely payment. Incomplete or illegible forms or forms not signed by the DCW will be returned.** Please do not send the form twice. **Be sure to keep a copy of the timesheet for the DCW records.**
2. Record the Payroll Period. Each week starts on Sunday and runs through Saturday.
3. Record the Employer and DCW information. Consumer Name, Consumer Number, DCW Name and PCA last 4 of SSN.
4. Record Code
5. Record Total number of hours for each day.
6. Record Weekly Hour Total
7. Choose the appropriate reason and check the box **(only choose one)**
8. For optimum accuracy, please:
  - Write in BLACK PEN ONLY
  - Write numbers as large and legible as possible.
  - If you have any questions, please call FI at (413)256-6692 or (800)442-1185 or your skills trainer for clarification before submitting the form.
9. Inform your Consumer that you are taking Emergency Paid Sick Leave

**La Primera Respuesta de Acto para las Familias en cuanto al Coronavirus (FFCRA o Ley) requiere que ciertos empleadores proporcionen a sus empleados extensiones de tiempo libre por enfermedad pagada y extensiones para su familiares por razones médicas específicas que estén relacionadas con COVID-19. Estas disposiciones se aplicarán desde el 1 de Abril de 2020 hasta el 30 de Septiembre de 2021.**

### **LOS DERECHOS DE TIEMPO LIBRE PAGADO**

Generalmente, los empleadores que estén cubiertos por este programa (acto) deben proporcionar a los empleados:

Hasta dos semanas (80 horas, o el equivalente de dos semanas de un empleado a tiempo parcial) de tiempo libre por enfermedad, basado en el alto propuesto de su pago regular, o el salario mínimo estatal o federal aplicable, pagado a:

#### **100% de razones para calificar de el #1-3, y hasta 7 al 9 el cual solamente puede usarse desde 4/1/2021 - 9/30/2021 hasta solamente \$511 diarios o un total de \$5,110:**

1. Sujeto a una orden federal, estatal o local de cuarentena o aislamiento relacionada con COVID-19
2. Un proveedor de atención médica me ha aconsejado que me auto-ponga a la cuarentena debido a lo relacionado con el COVID-19
3. Estoy experimentando síntomas DE COVID-19 y estoy buscando un diagnóstico médico

#### **2/3 razones para calificar de el #4 y 6, hasta \$200 diarios y \$2,000 en total;**

4. Estoy cuidando a una persona sujeta a un pedido descrito en el (1) o auto-cuarentena como se describe en el (2)
5. Estoy cuidando a un niño cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado (o el proveedor de cuidado infantil no está disponible) debido a las razones relacionadas con COVID-19 (Tiempo intermitente disponible por la razón 5 SOLAMENTE)
6. Estoy experimentando cualquier otra condición sustancialmente similar especificada por el Departamento de Salud y Servicio Humano.
7. Estoy recibiendo una vacuna COVID **(100% tasa de pago – sólo se puede utilizar del 4/1/2021 al 9/30/2021)**
8. Me estoy recuperando de las reacciones adversas de la vacuna **(100 % tasa de pago y sólo se puede utilizar desde 4/1/2021 al 9/30/2021)**
9. Estoy a la espera de los resultados de un diagnóstico o prueba de COVID después de tener contacto cercano **(100% tasa de pago y sólo se puede utilizar desde 4/1/2021 al 9/30/2021)**

Un empleado a tiempo parcial es elegible para irse y coger el número de horas que el empleado normalmente está programado para trabajar durante ese período.

**Recuerde, que al DCW's no se le pagará por las horas trabajadas, y no se puede pagar por las horas ganadas, si han reclamado tiempo por enfermedad/emergencia.**

### **INSTRUCCIONES**

1. **Por favor envíe por correo, fax (413-256-3849 o 888-773-4281) o envíe un correo electrónico (fitimesheets-stavros.org) este formulario firmado antes de las 12:00 p.m. del lunes después de que finalice el ciclo semanal para garantizar el pago oportuno. Se devolverán formularios incompletos, ilegibles o no firmados por el DCW. Por favor, no envíe el formulario dos veces. Asegúrese de guardar una copia de la nómina para los registros de DCW.**
2. Registre el Período de cálculo de la nómina. Cada semana comienza los Domingos y se extiende hasta el Sábado.
3. Registre la información del empleador y del PCA. Nombre del consumidor, número del consumidor, nombre del DCW y los 4 último numeros del seguro social del pca.
4. Registre el Código
5. Registre el número total de horas para cada día.
6. Registre el Total de horas semanales.
7. Elija el motivo apropiado y marque la casilla **(sólo elija uno)**
8. Para una precisión óptima, por favor:
  - Únicamente Escriba con **BOLÍGRAFO NEGRO.**
  - Escriba los números tan grandes y legibles como sea posible.
  - Si tiene alguna pregunta, llame a FI al (413)256-6692 o (800)442-1185 o a su capacitador de habilidades para aclaraciones antes de enviar el formulario.
9. Informe a su consumidor que va a tomar tiempo libre de enfermedad/emergencia