

Formulario para Solicitud de Arizona Por los Días de Enfermedad Pagados

Este formulario debe ser presentado antes de tomar tiempo. Por favor enviar el formulario completado a azsicktime@solutionsstaffing.com

Excepción Por los Días de Enfermedad Pagados:

Cuando un accidente o enfermedad impide la presentación de un formulario para solicitud de Arizona Por los Días de Enfermedad Pagados antes de utilizar, enviar este formulario inmediatamente después de regresar al trabajo.

POR FAVOR ESCRIBIR LEGIBLE Y EN LETRA DE MOLDE

NOMBRE DEL EMPLEADO	SSN DE EL EMPLEADO	SITIO DE TRABAJO NOMBRE DE LA EMPRESA

Solicito que se conceda Tiempo libre por enfermedad pagada. (No se requiere documentación para los primeros 2 días consecutivos, a menos que una documentación especial sea solicitada por su Supervisor 3 o más días ausente consecutivos requiere documentación apropiada, por favor refiérase a la Política PST.)

NOTA: Horas tomadas como pago por enfermedad podrá acreditarse contra La Ley de Ausencia Familiar Y Medica.

Todos los casos previsibles deben ser sometidos por adelantado para mantener la cobertura en el lugar de trabajo.

Dar tiempos específicos para los días de Ausencia. Ausencia debe ser solicitado en incrementos de 1 hora. Incluir la documentación correspondiente como se señaló anteriormente.

Primer día de Ausencia	y	Hora	Ultimo Dia de Aucencia	y	Hora	# de horas		
Primer día de Ausencia	y	Hora	Primer dia de Ausencia	y	Hora	# de horas		
							Total de horas solicitadas	

Firma de Empleado	Fecha	Firma del administrador de Cumplimiento	Fecha
-------------------	-------	---	-------