

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR NURSING HOME EMPLOYEES

AUTORIZACIÓN DE REGRESO AL TRABAJO PARA LOS EMPLEADOS DE RESIDENCIAS DE ATENCIÓN DE LARGO PLAZO

COMPLETE IF YOU HAVE BEEN A CONFIRMED OR SUSPECTED CASE OF COVID-19.

COMPLETE SI FUE UN CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE COVID-19.

I, (print name) \_\_\_\_\_, do hereby affirm that: If I tested positive for COVID-19 and have remained asymptomatic:

Yo, (letra de molde) \_\_\_\_\_, declaro por la presente que: Si obtuve un resultado positivo en la prueba de COVID-19 y no tuve síntomas:

- I can return to work 14 days from my first positive COVID-19 test day.
- Puedo regresar al trabajo 14 días después del día en que obtuve un resultado positivo en mi prueba de COVID-19.

If I tested positive for COVID-19 and have been symptomatic:

Si obtuve un resultado positivo en la prueba de COVID-19 y tuve síntomas:

- I can return to work 14 days after the onset of COVID-19 symptoms and
- Puedo regresar al trabajo 14 días después del inicio de los síntomas de COVID-19.
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- No tuve fiebre durante al menos 72 horas (3 días), sin haber tomado medicamentos para bajar la fiebre.
- My COVID-19 respiratory symptoms are improving.
- Mis síntomas respiratorios de COVID-19 están mejorando.

The current guidance for the Return to Work for Nursing Home Employees is attached hereto. Sworn and subscribed by me on (today's date) \_\_\_\_\_, 2020 \_\_\_\_\_

Se adjunta la guía actual de Regreso al Trabajo para los Empleados de Residencias de Atención de Largo Plazo. Jurado y firmado por mí el (fecha de hoy) \_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_

(SIGNATURE) NOTE: YOUR SIGNATURE DOES NOT HAVE TO BE ACKNOWLEDGED BY A NOTARY PUBLIC; YOU ARE SWEARING TO THE VERACITY OF THE INFORMATION YOU HAVE PROVIDED ON THE FORM.

(FIRMA) NOTA: NO ES NECESARIO QUE UN NOTARIO PÚBLICO CERTIFIQUE SU FIRMA, CON ELLA USTED JURA QUE LA INFORMACIÓN QUE ESCRIBIÓ EN EL FORMULARIO ES VERDADERA.

Should this affirmation be sworn to as indicated, then based solely on such affirmation above, and accepting such information as fact, I, Gale R. Burstein, Commissioner, Erie County Department of Health, do hereby find that the affirming individual herein is able to return to work subject to current and future orders, protocols, guidance, or any other official direction promulgated by any agency of the United States Government, New York State Government, or Erie County Government having subject matter authority.

Si esta declaración se ha jurado como se indicó, entonces, basándome únicamente en la declaración de arriba, y aceptando esa información como un hecho, yo, Gale R. Burstein, comisionada del Departamento de Salud del Condado de Erie (Erie County Department of Health), establezco por la presente que la persona que hace la declaración puede regresar al trabajo con la obligación de cumplir las órdenes, los protocolos, las guías u otras medidas oficiales, actuales y futuras, que publiquen las agencias del Gobierno de los Estados Unidos, del Gobierno del Estado de Nueva York o del Gobierno del Condado de Erie que tengan autoridad en la materia.

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR PERSONS OTHER THAN NURSING HOME EMPLOYEES

AUTORIZACIÓN DE REGRESO AL TRABAJO PARA QUIENES NO SON EMPLEADOS DE RESIDENCIAS DE ATENCIÓN DE LARGO PLAZO

COMPLETE IF YOU HAVE BEEN A CONFIRMED OR SUSPECTED CASE OF COVID-19.

COMPLETE SI FUE UN CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE COVID-19.

I, (print name) \_\_\_\_\_, do hereby affirm that:

Yo, (letra de molde) \_\_\_\_\_, declaro por la presente que:

- I have maintained isolation for at least 10 days after first experiencing COVID-19 symptoms (e.g., fever, cough, or shortness of breath) or 10 days after my first positive test if asymptomatic and
- Estuve en aislamiento durante al menos 10 días después de haber tenido por primera vez los síntomas de COVID-19 (por ejemplo, fiebre, tos o dificultad para respirar) o 10 días después de haber obtenido un resultado positivo en la prueba si no tenía síntomas.
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- No tuve fiebre durante al menos 72 horas (3 días), sin haber tomado medicamentos para bajar la fiebre.
- My COVID-19 symptoms are improving.
- Los síntomas de COVID-19 están mejorando.

I further affirm that, when I return to work, I will wear a facemask for at least 14 days from the date I began experiencing COVID-19 symptoms or 14 days after my first positive test if asymptomatic.

También declaro que, cuando regrese al trabajo, usaré una mascarilla durante al menos 14 días desde el día en que comencé a tener los síntomas de COVID-19 o 14 días después de haber obtenido un resultado positivo en la prueba si no tenía síntomas.

Sworn and subscribed by me on (today's date) \_\_\_\_\_, 2020

Jurado y firmado por mí el (fecha de hoy) \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_ (SIGNATURE)

\_\_\_\_\_ (FIRMA)

NOTE: YOUR SIGNATURE DOES NOT HAVE TO BE ACKNOWLEDGED BY A NOTARY PUBLIC; YOU ARE SWEARING TO THE VERACITY OF THE INFORMATION YOU HAVE PROVIDED ON THE FORM. Should this affirmation be sworn to as indicated, then based solely on such affirmation above, and accepting such information as fact, I, Gale R. Burstein, Commissioner, Erie County Department of Health, do hereby find that the affirming individual herein is able to return to work subject to current and future orders, protocols, guidance, or any other official direction promulgated by any agency of the United States Government, New York State Government, or Erie County Government having subject matter authority.

NOTA: NO ES NECESARIO QUE UN NOTARIO PÚBLICO CERTIFIQUE SU FIRMA, CON ELLA USTED JURA QUE LA INFORMACIÓN QUE ESCRIBIÓ EN EL FORMULARIO ES VERDADERA. Si esta declaración se ha jurado como se indicó, entonces, basándome únicamente en la declaración de arriba, y aceptando esa información como un hecho, yo, Gale R. Burstein, comisionada del Departamento de Salud del Condado de Erie (Erie County Department of Health), establezco por la presente que la persona que hace la declaración puede regresar al trabajo con la obligación de cumplir las órdenes, los protocolos, las guías u otras medidas oficiales, actuales y futuras, que publiquen las agencias del Gobierno de los Estados Unidos, del Gobierno del Estado de Nueva York o del Gobierno del Condado de Erie que tengan autoridad en la materia.

AFFIRMATION OF SELF-QUARANTINE OR SELF-ISOLATION COMPLETE SECTION

DECLARACIÓN DE AUTOCUARENTENA O AUTOAISLAMIENTO; COMPLETE LA SECCIÓN:

(1) IF YOU HAVE SELF-QUARANTINED DUE TO COVID-19 EXPOSURE COMPLETE SECTION

(1) SI ESTUVO EN AUTOCUARENTENA POR EXPOSICIÓN AL COVID-19, COMPLETE LA SECCIÓN.

(2) IF YOU HAVE SELF-ISOLATED DUE TO HAVING BEEN CONFIRMED OR SUSPECTED OF HAVING COVID-19

(2) SI ESTUVO EN AUTOAISLAMIENTO PORQUE SE CONFIRMÓ O SOSPECHÓ QUE TENÍA COVID-19.

SECTION 1: I, (print name) \_\_\_\_\_, do hereby affirm that I self-quarantined from \_\_\_\_\_, 2020 until \_\_\_\_\_, 2020 consistent with guidance and protocol issued by the New York State Department of Health.

SECCIÓN 1: Yo, (letra de molde) \_\_\_\_\_, declaro por la presente que estuve en autocuarentena desde el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020 hasta el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020, según las guías y los protocolos que emitió el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health).

Specifically, during the period of self-quarantine, I met the guidance for: Mandatory Quarantine (Initial all that apply)

Específicamente, durante el período de autocuarentena, seguí la guía para: Cuarentena obligatoria (firme con las iniciales todas las opciones que correspondan).

\_\_\_\_\_ I had been in close contact with someone who had tested positive for COVID19 or who was, at the time, in mandatory isolation; or

\_\_\_\_\_ Estuve en contacto cercano con una persona que obtuvo un resultado positivo en la prueba de COVID-19 o que estaba en aislamiento obligatorio en ese momento.

\_\_\_\_\_ I had returned within 14 days from an area outside of Western New York that is known for having community spread of COVID-19; or

\_\_\_\_\_ Regresé en los últimos 14 días de un área fuera del oeste de Nueva York que tiene propagación comunitaria del COVID-19.

\_\_\_\_\_ My child had been in close contact with someone who tested positive for COVID-19 or who was, at the time, in mandatory isolation; or

\_\_\_\_\_ Mi hijo estuvo en contacto cercano con una persona que obtuvo un resultado positivo en la prueba de COVID-19 o que estaba en aislamiento obligatorio en ese momento.

\_\_\_\_\_ My child had returned within 14 days from an area outside of Western New York that is known for having community spread COVID-19.

\_\_\_\_\_ Mi hijo regresó en los últimos 14 días de un área fuera del oeste de Nueva York que tiene propagación comunitaria del COVID-19.

This form may be used for New York Paid Family Leave COVID-19 claims as if it was an individual Order for Quarantine or Isolation issued by the Erie County Commissioner of Health.

Este formulario puede usarse para reclamar la Licencia Familiar Pagada por COVID-19 de Nueva York como si fuese una Orden de Cuarentena o Aislamiento individual emitida por la comisionada de Salud del Condado de Erie.

More information about COVID Paid Family Leave can be found at <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> and <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.

Puede encontrar más información sobre la Licencia Familiar Pagada por COVID-19 en <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> y en <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.

SECTION 2:

SECCIÓN 2:

I, (print name) \_\_\_\_\_, do hereby affirm that I self-isolated from \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2020 until \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2020 consistent with guidance and protocol issued by the New York State Department of Health.

Yo, (letra de molde) \_\_\_\_\_, declaro por la presente que estuve en autoaislamiento desde el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020 hasta el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020, según las guías y los protocolos que emitió el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Specifically, during the period of self-isolation, I met the guidance for: Mandatory Isolation (Initial all that apply)

Específicamente, durante el período de autoaislamiento, seguí la guía para: Aislamiento obligatorio (firme con las iniciales todas las opciones que correspondan).

\_\_\_\_\_ I experienced COVID-19 symptoms and self-isolated from the time I was tested until the time I received my negative results; or

\_\_\_\_\_ Tuve los síntomas de COVID-19 y estuve en autoaislamiento desde que me hicieron la prueba hasta que recibí los resultados negativos.

\_\_\_\_\_ I tested positive for COVID-19 (for NYS Paid Family Leave COVID-19 submit your individualized Order for Isolation or the Standing Order for Isolation issued by the Erie County Department of Health); or

\_\_\_\_\_ Obtuve un resultado positivo en la prueba de COVID-19 (para recibir la Licencia Familiar Pagada por COVID-19 del Estado de Nueva York, presente su Orden de Aislamiento individual o la Orden Permanente de Aislamiento que emitió el Departamento de Salud del Condado de Erie).

\_\_\_\_\_ Testing was not available for me however, I experienced COVID-19 symptoms and had contact with a confirmed COVID-19 case; or

\_\_\_\_\_ No pudieron hacerme la prueba, pero tuve los síntomas de COVID-19 y estuve en contacto con un caso confirmado de COVID-19.

\_\_\_\_\_ My child experienced COVID-19 symptoms and self-isolated from the time my child was tested until the time we received a negative results or

\_\_\_\_\_ Mi hijo tuvo los síntomas de COVID-19 y estuve en autoaislamiento desde que le hicieron la prueba a mi hijo hasta que recibimos los resultados negativos.

\_\_\_\_\_ My child tested positive for COVID-19; or

\_\_\_\_\_ Mi hijo obtuvo un resultado positivo en la prueba de COVID-19.

\_\_\_\_\_ Testing was not available for my child however, my child had COVID-19 symptoms and had contact with a known COVID-19 case.

\_\_\_\_\_ No pudieron hacerle la prueba a mi hijo, pero tuvo los síntomas de COVID-19 y estuvo en contacto con un caso confirmado de COVID-19.

Sworn and subscribed by me on (today's date) \_\_\_\_\_, 2020

Jurado y firmado por mí el (fecha de hoy) \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_ (SIGNATURE)

\_\_\_\_\_ (FIRMA)

NOTE: YOUR SIGNATURE DOES NOT HAVE TO BE ACKNOWLEDGED BY A NOTARY PUBLIC; YOU ARE SWEARING TO THE VERACITY OF THE INFORMATION YOU HAVE PROVIDED ON THE FORM. Should at least one line above be initialed and this affirmation be sworn to as indicated, then based solely on such affirmation above, and accepting such information as fact, I, Gale R. Burstein, Commissioner, Erie County Department of Health, do hereby find the that the affirming individual herein met the criteria for precautionary quarantine, or mandatory quarantine, or mandatory isolation as the case may be during the dates affirmed to above.

NOTA: NO ES NECESARIO QUE UN NOTARIO PÚBLICO CERTIFIQUE SU FIRMA, CON ELLA USTED JURA QUE LA INFORMACIÓN QUE ESCRIBIÓ EN EL FORMULARIO ES VERDADERA. Si firmó con las iniciales en alguna de las opciones de arriba y esta declaración se ha jurado como se indicó, entonces, confiando solo en esa declaración de arriba y aceptando esa información como un hecho, yo, Gale R. Burstein, comisionada del Departamento de Salud del Condado de Erie, establezco por la presente que la persona que hace la declaración cumplió los criterios de cuarentena preventiva u obligatoria, o de autoaislamiento obligatorio, según sea el caso durante las fechas que se declararon arriba.

This form may be used for New York Paid Family Leave COVID-19 claims as if it was an individual Order for Quarantine or Isolation issued by the Erie County Commissioner of Health. More information about COVID Paid Family Leave can be found at <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> and <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.

Este formulario puede usarse para reclamar la Licencia Familiar Pagada por COVID-19 de Nueva York como si fuese una Orden de Cuarentena o Aislamiento individual emitida por la comisionada de Salud del Condado de Erie. Puede encontrar más información sobre la Licencia Familiar Pagada por COVID-19 en <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> y en <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.