

# DERECHOS DEL EMPLEADO

## LICENCIA POR ENFERMEDAD PAGADA Y EXPANSION DE LICENCIA FAMILIAR Y POR ENFERMEDAD BAJO LEY FAMILIAS PRIMERO DE RESPUESTA AL CORONAVIRUS

La **Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (FFCRA o Ley)** requiere que ciertos empleadores den a empleados licencias laboral pagadas o expansión de licencia familiar y por enfermedad por razones relativas al COVID-19. Estas provisiones aplicarán desde abril 1 hasta diciembre 31 del 2020.

### ► DERECHOS A LICENCIA LABORAL PAGADA

En general, los empleadores cubiertos bajo la Ley deben proveer a empleados:

Hasta 2 semanas (80 horas, o el equivalente de dos semanas de un empleado a tiempo parcial) de licencia por enfermedad pagada en base a su mayor tasa regular de pago, o el salario mínimo estatal o federal aplicable, de la siguiente manera:

- 100% para razones calificables #1-3 (ver abajo), hasta \$511 por día y \$5,110 total;
- $\frac{2}{3}$  para razones calificables #4 and 6, hasta \$200 por día y \$2,000 total; y
- Hasta 12 semanas de licencia por enfermedad pagada y expansión de licencia familiar y por enfermedad pagada a  $\frac{2}{3}$  para razones calificables #5 de hasta \$200 por día y \$12,000 total.

Un empleado a tiempo parcial es elegible a licencia por las horas que trabajaría durante ese periodo.

### ► EMPLEADOS ELEGIBLES

En general, empleados de empleadores del sector privado con menos de 500 trabajadores, y de ciertos empleadores del sector público, son elegibles a hasta dos semanas de licencia pagada total o parcialmente por enfermedad por razones de COVID-19 (ver abajo). *Empleados que hayan estado en nómina al menos 30 días anteriores a su solicitud de licencia podrán ser elegibles a hasta 10 semanas adicionales de expansión pagada parcialmente de licencia familiar y por enfermedad por razón #5.*

### ► RAZONES CALIFICABLES A LICENCIA RELACIONADA A COVID-19

Un empleado tiene derecho a tomar licencia laboral relacionada a COVID-19 si no le es posible trabajar, incluyendo imposibilidad de hacer **teletrabajo**, porque el empleado:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. está sujeto a orden de cuarentena o aislamiento Federal, Estatal, o local relacionada al COVID-19;</li><li>2. ha sido instruido por un proveedor de salud que se ponga en auto-cuarentena por COVID-19;</li><li>3. está experimentando síntomas de COVID-19 y está solicitando diagnóstico médico;</li><li>4. está cuidando a una persona sujeta a una orden descrita en (1) o en auto-cuarentena descrita en (2);</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>5. está cuidando a un hijo cuya escuela o lugar de cuidados está cerrado (o cuidados infantiles no están disponibles) por razones de COVID-19; o</li><li>6. está experimentando otras condiciones sustancialmente similares a las especificadas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos.</li></ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ► CUMPLIMIENTO

La División de Horas y Salarios (WHD) del Departamento de Trabajo de EE.UU. tiene la autoridad de investigar y hacer que se cumpla la FFCRA. Los empleadores no podrán expulsar, disciplinar, o discriminar de ningún modo a un empleado que legalmente hace uso de su derecho a licencia laboral pagada o a extensión de licencia familiar y por enfermedad bajo FFCRA, presenta una queja, o inicia un procedimiento bajo o relativo a esta Ley. Los empleadores que violen las provisiones de la FFCRA serán objeto de multas y medidas de cumplimiento por la WHD.



**DIVISION DE HORAS Y SALARIOS**  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE ESTADOS UNIDOS

Para información adicional  
o para presentar una queja:  
**1-866-487-9243**  
TTY: 1-877-889-5627  
[dol.gov/agencies/whd](https://dol.gov/agencies/whd)

