

PARA LOS NIÑOS for the children

Petición de acomodación: Exención médica de la vacuna de COVID-19

Para Los Niños (PLN) se compromete a proveer oportunidades iguales de empleo sin ninguna consideración hacia el estado protegido y un ambiente laboral libre de acoso, discriminación o represalias contra la ley. Como tal, PLN se compromete a cumplir con toda ley que protege a los individuos con discapacidades o condiciones médicas. Cuando se lo pide, PLN proveerá una exención/acomodación razonable por la discapacidad conocida de un individuo de un individuo que califica y/o por una creencia religiosa sincera que previene que el empleado reciba una vacuna de COVID-19, siempre que la acomodación pedida sea razonable y no cree ninguna dificultad excesiva para PLN ni que ponga en riesgo directo la salud o seguridad de otras personas en el trabajo o del empleado mismo que lo pide.

Para pedir una exención/acomodación relacionada con la política de vacunación de COVID-19 de PLN, complete la sección 1 de este formulario (si pide una exención debido a discapacidad, pida que su proveedor de atención médica complete la sección 2, la parte de certificación) y entregue los formularios a Recursos humanos.

Recursos humanos u otro empleado apropiado usará esta información para llevar a cabo un proceso interactivo para determinar si un empleado es elegible por tal exención/acomodación y, si así es, determinar las acomodaciones razonables que se puede proveer que permitirían que el empleado pueda llevar a cabo las funciones esenciales de su puesto sin ponerse en peligro a ellos mismos ni a otras personas.

Si un empleado rehúsa proveer tal información, el rechazo del empleado puede afectar la habilidad de PLN de entender adecuadamente la petición del empleado o de llevar a cabo eficazmente el proceso interactivo para identificar posibles acomodaciones.

Sección 1

Nombre (en letra de imprenta):	Fecha:
Depto.:	Puesto:
Mánager:	Teléfono de trabajo/celular:

Pido una exención médica de la política de vacunación obligatoria de PLN para la(s) siguiente(s) vacuna(s): COVID-19

La base de mi petición de acomodación es:

[] Base de discapacidad/médica: Toda exención médica/por discapacidad tiene que verificarse con un formulario complete del proveedor de atención médica del empleado, además del empleado que completa este formulario. El formulario para dar al proveedor de atención médica está adjunto aquí en la Sección 2.

[] Base religiosa. Certifico que el recibir la vacuna de COVID-19 estaría en conflicto con o violaría mis creencias, prácticas u observancias religiosas sinceras.

Confirmando que la información que entrego para corroborar mi petición de exención de la política de vacunación de PLN es cierto y correcto hasta donde yo sé. Entiendo que cualquier información falsificada puede llevar a acción disciplinaria que puede incluir hasta la terminación de empleo.

Además entiendo que no se le requiere a PLN proveer esta acomodación de exención si el hacerlo me pondría en peligro a mí mismo o a otras personas en el trabajo o si crearía una dificultad excesiva para PLN.

Firma del empleado:	Fecha:
---------------------	--------

Sección 2

Certificado médico para una exención de vacunación

Nombre del empleado: _____

Querido proveedor médico:

El empleador del individuo que se nombra arriba, Para Los Niños, requiere una vacunación contra COVID-19 como condición de empleo. El individuo nombrado arriba busca una exención a esta política debido a una contraindicaciones médicas.

Pedimos que complete este formulario para ayudar a Para Los Niños en el proceso de proveer acomodaciones razonables.

La persona nombrada arriba no debe recibir la vacuna de COVID-19 debido a:
Esta exención debe de ser: <input type="checkbox"/> Temporal, se expira el: __/__/____, o cuando _____ <input type="checkbox"/> Permanente

Certifico que la información arriba es cierta y correcta y pido una exención de la vacuna de COVID-19 por el individuo nombrado arriba.

Nombre del proveedor médico (en letra de imprenta):	
Firma del proveedor médico:	Fecha:
Nombre y dirección de la práctica:	Teléfono del proveedor:

HR USE ONLY

Fecha en la que se recibió este formulario de petición en Recursos humanos:

Fecha(s) de la conversación interactiva:

¿Se aprobó la exención/acomodación? _____ Sí _____ No

Describir la exención/acomodación:

Si se otorga la exención/acomodación, enumere las precauciones requeridas de seguridad alternativa:

Si no se otorga la exención/acomodación, explica por qué:

Nombre del representante: _____

Firma del representante: _____

Fecha: _____