

IMPORTANT NOTES:

- The HHA must submit this REQUEST at least 15 days prior to the date.
- This TIME OFF is NOT PAID.
- This requirement is essential so that the agency has a reasonable time to obtain a replacement during those days of absence, and thus trying to prevent the patient's service from being interrupted.
- Send this Form to: sunshineangels1726@gmail.com

REQUEST FOR TIME OFF

DATE OF REQUEST: _____
 NAME (HHA): _____ PATIENT'S NAME: _____
 IS THE PATIENT NOTIFIED? ____ YES ____ NO
 FROM: _____ TO: _____
 RETURNING DATE: _____

Select the reason for TIME OFF:

____ Personal and/or Family Issue ____ Sickness or Health Issue (ex: surgery)
 ____ Vacation and/or Holidays ____ Others

HHA substitute: _____ (to be completed by the agency)

Signature: _____

NOTAS IMPORTANTES:

- La HHA debe someter esta SOLICITUD, al menos con 15 días de antelación a la fecha.
- Este TIEMPO DE DESCANSO es NO PAGADO.
- Este requisito es imprescindible para que la agencia tenga un tiempo razonable para obtener un reemplazo durante esos días de ausencia y así tratar de evitar que el servicio del paciente sea interrumpido.
- Envía esta solicitud a: sunshineangels1726@gmail.com

SOLICITUD PARA TIEMPO DE DESCANSO

FECHA DE SOLICITUD: _____
 NOMBRE (HHA): _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EL PACIENTE ESTÁ NOTIFICADO? ____ SI ____ NO
 DESDE: _____ HASTA: _____
 FECHA DE REGRESO: _____

Selecciona la razón para el TIEMPO DE DESCANSO:

____ Problema personal y/o familiar ____ Enfermedad o asunto medico (ej: cirugía)
 ____ Vacaciones y/o Dias Festivos ____ Otras

HHA Sustituta: _____ (para ser completado por la agencia)

Firma: _____