

| Si esto sucede...  | Tal vez califique para recibir dinero de... |                             |                     |                           |   |                                     |               |                             |
|--|---|-----------------------------|---------------------|---------------------------|---|-------------------------------------|---------------|-----------------------------|
|  | Enfermedad Pagada Federal                   | Enfermedad Pagada de Oregón | Seguro de Desempleo | Fondo de Alivio de Oregón | Fondo de Alivio de Oregón para Cuarentena * | Enfermedad Familiar Pagada de COVID | Tarjeta P-EBT | Fondo de Seguridad Salarial |
| Mi empleador me descansó/me ha reducido las horas debido a COVID   | ✓   |                             | ✓                   | ✓                         |   |                                     |               |                             |
| Mi empleador decidió cerrar cuando un trabajador obtuvo resultado positivo de COVID  |   | ✓                           | ✓                   | ✓                         | ✓   |                                     |               |                             |
| Dejé mi trabajo temporalmente porque pensé que tenía síntomas de COVID   | ✓   | ✓                           | ✓                   | ✓                         | ✓   |                                     |               |                             |
| Dejé mi trabajo temporalmente porque pensé que mi hijo tenía síntomas de COVID   | ✓   | ✓                           | ✓                   | ✓                         | ✓   |                                     |               |                             |
| Dejé mi trabajo temporalmente porque la guardería/escuela de mi hijo está cerrados debido a COVID                              | ✓   |                             | ✓                   | ✓                         |   | ✓                                   |               |                             |
| Dejé mi trabajo temporalmente porque mi doctor me dijo que tenía que estar en cuarentena                                       | ✓   | ✓                           | ✓                   | ✓                         | ✓   |                                     |               |                             |
| Me niego a regresar a mi trabajo porque mi empleador no está tomando las precauciones apropiadas para proteger a sus empleados |   |                             | ✓                   | ✓                         |   |                                     |               |                             |
| Mi empleador cerró debido a COVID y todavía me debe el sueldo  |   |                             | ✓                   | ✓                         |   |                                     |               | ✓                           |
| Mi empleador me despidió porque me quejé sobre las condiciones de trabajo inseguras**  |   |                             | ✓                   | ✓                         |   |                                     |               |                             |
| Mi empleador me despidió porque pensó que tenía COVID**  |   |                             | ✓                   | ✓                         |   |                                     |               |                             |
| Mi empleador me despidió porque me negué a trabajar más de 55 horas en una semana**  |   |                             | ✓                   | ✓                         |   |                                     |               |                             |
| Tengo hijos y necesito dinero para comprar comida  |   |                             |                     |                           |   |                                     | ✓             |                             |
| Yo o mi familiar esta sufriendo una crisis de salud pero no debido a COVID   |   | ✓                           |                     |                           |   |                                     |               |                             |

\* SOLAMENTE PARA TRABAJOS AGRÍCOLAS/DE CAMPO

\*\* POSIBLEMENTE UNA ACCIÓN DE EMPLEO ILEGAL, PÓNGANSE EN CONTACTO CON UN ABOGADO

VÉASE AL OTRO LADO



## **UD PUEDE CALIFICAR PARA AYUDA FINANCIERA DURANTE LA PANDEMIA**

Estos son algunos de los programas que proporcionan dinero para los daños causados por la pandemia COVID-19. Puede haber otros programas que se apliquen a su situación. Ninguno de los programas enumerados aquí debe afectar su capacidad para solicitar beneficios de inmigración. Para obtener información sobre pruebas de COVID, vaya al <https://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASES/CONDITIONS/DISEASESAZ/Pages/COVID19-FAQ.aspx>.

**Enfermedad Pagada Federal** es una nueva ley que se expira a finales de 2020. Aplica para los empleadores con menos de 500 empleados. Los empleados que toman tiempo de enfermedad por razones de COVID que le afectan a ellos o un familiar puede recibir hasta 80 horas de tiempo de enfermedad pagada. El estado migratorio no importa. Para solicitarlo hable con su empleador sobre el motivo por el que está tomando el descanso.

**Enfermedad Pagada de Oregón** ofrece hasta 40 horas de tiempo de enfermedad pagada a los empleados de empleadores que tienen más de 10 trabajadores (6 en Portland). Para calificar, los empleados tienen que haber trabajado para el empleador durante al menos 90 días. El estado migratorio no importa. Para solicitarlo hable con su empleador sobre el motivo por el que está tomando el tiempo de enfermedad pagado.

**Seguro De Desempleo** se paga a través del estado a los empleados que están temporalmente fuera del trabajo o han tenido sus horas reducidas sin culpa propia. Por lo general, solo los trabajadores con autorización de empleo son elegibles. Para solicitarlo, vaya a <https://www.oregon.gov/employ/unemployment/pages/default.aspx>. Para recibir asistencia de intérpretes con reclamo inicial o semanal, marque al 503-606-6969.

**Fondo De Alivio Federal De Oregón** es para los trabajadores de Oregón que no califican para el Seguro de Desempleo debido a su estado migratorio y que han sufrido una pérdida de ingresos debido a COVID. Para solicitarlo, vaya a <https://www.workerrelief.org> para localizar un navegador cerca de usted.

**Fondo de Alivio Para Trabajadores De Oregón en Cuarentena** es para los trabajadores agrícolas de Oregón que se están recuperando de COVID y están pasando por una pérdida de ingresos debido a COVID. Para solicitarlo vaya a <https://www.workerrelief.org/> para localizar un navegador cerca de usted.

**Enfermedad Familiar Pagada de COVID** es una nueva ley federal que expira a finales de 2020. Se aplica a empleadores con menos de 500 empleados. Los empleados pueden tomar hasta 12 semanas de tiempo de enfermedad pagado, 10 semanas de las cuales se pagan  $\frac{2}{3}$  del salario del empleado, para cuidar de un niño cuya escuela o guardería está cerrado debido a COVID. El estado migratorio no importa. Para solicitarlo, hable con su empleador sobre el motivo por el que está tomando el tiempo de enfermedad familiar pagada.

**Fondos Pandémicos EBT** es dinero para comida para las familias que califican para almuerzos escolares gratuitos y reducidos. Usted puede obtener dinero pandémico EBT y también obtener las comidas para llevar que están ofrecidas en las escuelas. El estado migratorio no importa. Para aplicar, vaya a <https://www.ode.state.or.us/apps/frlapp>.

**Fondo de Seguridad Salarial de Oregón** es para los trabajadores a los que se les debe un salario y su empleador ha cerrado su negocio permanentemente. El estado migratorio no importa. Para solicitarlo, comuníquese con la Oficina de Trabajo e Industrias de Oregón al 971-673-0761.

## **UD TIENE DERECHOS**

Usted tiene derecho a descanso protegido y otros beneficios para los que califica, a recibir su salario, y a un lugar de trabajo seguro y saludable sin represalias por parte de su empleador o del gobierno.

**HABLE CON SU OFICINA LOCAL DEL CENTRO DE LEYES DE OREGON O SERVICIOS LEGALES DE OREGON O LA LÍNEA DIRECTA DE BENEFICIOS PÚBLICOS AL (800) 520-5292 SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE SUS DERECHOS O NECESITA AYUDA LEGAL**