



**REQUEST FOR TIME OFF**

All time off should comply with Life Fountain Home Health Care, Inc and further Policy questions may be directed to the Human Resources Department (651)403-6034.

EMPLOYEE NAME: \_\_\_\_\_

CLIENT NAME: \_\_\_\_\_

SCHEDULE (START/END TIME) THAT DAY: \_\_\_\_\_

DATE(S) NEEDED OFF: \_\_\_\_\_

#OF DAYS/# OF HOURS TAKING OFF: \_\_\_\_\_

REASON: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Time Off W/O Pay     Death in Family     Military Duty     Jury Duty

Was Responsible Party Notified? :     YES     NO    If yes, When? \_\_\_\_\_

**FURTHER EXPLANATION** *(when required)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**SUPERVISOR'S RECOMMENDATION:**

**COMMENTS:**

- Pre-approved
- Approved
- Approved with following modification:
- Unapproved for following reason:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



### SOLICITUD DE TIEMPO LIBRE

Todo tiempo libre debe de cumplir con la Poliza de Life Fountain Home Health Care, Inc. cualquier pregunta debe de ser directamente con el Departamento de Recursos Humanos al (651)403-6034

NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

HORARIO ( HORA DE ENTRADA/ SALIDA) ESTE DIA : \_\_\_\_\_

FECHAS DE DESCANSO: \_\_\_\_\_

#DE DIAS /# DE HORAS DE DESCANSO: \_\_\_\_\_

RAZON : \_\_\_\_\_

- Tiempo Fuera sin paga     Muerte en la Familia     Servicio Militar     Servicio de Jurad

LE NOTIFICO AL PAPA/MAMA? :     SI     NO    SI, CUANDO? \_\_\_\_\_

INFORMACION ADDICIONAL *(cuando sea requerida)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RECOMENDACIONES DEL SUPERVISOR:**

**COMENTARIOS:**

- Pre-aprovada  
 Aprobada  
 Aprobada con las siguientes recomendaciones:  
 No aprobada por la siguiente razón:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Supervisor (a)

\_\_\_\_\_  
Fecha