

AVISO AL EMPLEADO
Sección 2810.5 del Código de Trabajo

EMPLEADO

Nombre del empleado: _____

Fecha de inicio: _____

EMPLEADOR

Nombre legal del empleador contratante: _____

¿El empleador contratante es una agencia/compañía de empleo (por ejemplo, agencia de colocación de trabajadores temporales, agencia de empleados temporales, u organización de empleadores profesionales [PEO, por sus siglas en inglés])? ☐ Sí ☐ No

Otros nombres con los cuales el empleador contratante "realiza negocios" (si aplica): _____

Dirección física de la oficina principal del empleador contratante: _____

Dirección postal del empleador contratante (si es diferente a la de arriba): _____

Número telefónico del empleador contratante: _____

Si el empleador contratante es una agencia/compañía de colocación de trabajadores (la casilla de arriba está marcada "Sí"), a continuación se encuentra la otra entidad para la cual el empleado trabajará:

Nombre: _____

Dirección física de la oficina principal: _____

Dirección postal: _____

Número telefónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SALARIO

Tasa(s) de pago: _____ Tasa(s) de pago de horas extra: _____

Tasa por (marque una casilla): ☐ Hora ☐ Turno ☐ Día ☐ Semana ☐ Salario ☐ A destajo ☐ Comisión

☐ Otra (proporcione detalles): _____

¿Existe un acuerdo por escrito que proporcione la(s) tasa(s) de pago? (marque una casilla) ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿todas las tasas de pago y sus bases están contenidas en ese acuerdo por escrito? ☐ Sí ☐ No

Asignaciones, si las hubiere, reclamadas como parte del salario mínimo (incluyendo asignaciones por concepto de comidas o alojamiento): _____

(Si el empleado ha firmado el acuse de recibo a continuación, el mismo no constituye un "acuerdo escrito voluntario" requerido por la ley entre el empleador y el empleado para poder considerarlo como un crédito por concepto de comidas o alojamiento contra el salario mínimo". Cualquiera de tales acuerdos escritos voluntarios deberán documentarse por separado.)

Día regular de pago: _____

INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO

Nombre de la aseguradora: _____
Dirección _____
Número telefónico: _____
No. de la póliza: _____
☐ Auto asegurado (Código de Trabajo 3700) y número de certificado del consentimiento para auto asegurarse: _____

HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS

Salvo que esté exento, el empleado identificado en este aviso tiene derecho a los requisitos mínimos para horas de enfermedad pagadas bajo la ley del estado que estipula que un empleado:

- Puede acumular tiempo horas de enfermedad pagadas (paid sick leave) y puede solicitar y usar hasta 5 días o 40 horas, lo que sea mas, de horas de enfermedad pagadas acumuladas al año;
- No podrá ser despedido o no se podrán tomar represalias contra él por utilizar o por solicitar el uso de horas de enfermedad pagadas y
- Tiene derecho de presentar una demanda contra el empleador que tome represalias o discrimine contra un empleado por
 - solicitar o utilizar días por concepto de horas de enfermedad pagadas;
 - intentar ejercer el derecho de utilizar días acumulados por concepto de horas de enfermedad pagadas;
 - presentar una demanda o alegar una violación de la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California;
 - cooperar en una investigación o enjuiciamiento debido a una presunta violación de este Artículo u oponerse a cualquier política o práctica o actuación que sea prohibida por la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California.

Lo siguiente aplica al empleado identificado en este aviso. *(Marque una casilla)*

- ☐ 1. Acumula horas de enfermedad pagadas únicamente según los requisitos mínimos previstos en el Código de Trabajo §245 y siguientes con ninguna otra póliza del empleador que proporcione términos adicionales o diferentes para acumular y utilizar las horas de enfermedad pagadas.
- ☐ 2. Acumula horas de enfermedad pagadas según la póliza del empleador que satisface o excede los requisitos de acumulación, traslado, y uso del Código de Trabajo §246.
- ☐ 3. El empleador no puede dar menos de 40 horas (o 5 días) de enfermedad pagadas al principio de cada período de 12 meses.
- ☐ 4. El empleado está exento (o parcialmente exteno) de la protección de ser pagado por concepto de horas de enfermedad pagadas según el Código de Trabajo §245.5. (Proporcione la exención y la sub-sección específica para la exención):

DIVULGACIÓN PARA EMERGENCIAS O DESASTRES

- ☐ Hay una declaración estatal o federal de emergencia o desastre aplicable al condado o condados donde el empleado trabajara emitido en los 30 días antes del primer día de empleo del empleado y que puede afectar su salud y seguridad durante el trabajo. (Declaración estatal de emergencia o desastre y cómo afecta la salud o la seguridad).

ACUSE DE RECIBO *(Opcional)*

(NOMBRE EN LETRA DE MODLE del representante del empleador)

(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE del empleado)

(FIRMA del representante del empleador)

(FIRMA DEL empleado)

(Fecha)

(Fecha)

La firma del empleado en este aviso únicamente constituye un acuse de recibo.

La sección 2810.5(b) del Código de Trabajo requiere que el empleador le notifique a usted por escrito de cualquier cambio a la información establecida en este Aviso dentro de los siete días continuos después del momento de los cambios, a menos que uno de los siguientes aplique:

(a) Todos los cambios son reflejados en un recibo puntual de sueldo provisto según la sección 226 del Código de Trabajo; (b) El aviso de todos los cambios se provee en otro escrito requerido por la ley dentro de siete días a partir de los cambios.