

**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.