**AVISO PREVIO A LA CONTRATACIÓN DEL TRABAJO**

|  |
| --- |
| 1. **Empleado:** **Fecha de inicio de empleo:**

(Opcional) Información de contacto del empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Nombre legal del empleador: Oficina principal/Domicilio comercial principal:**
 |
| **Nombre operativo del empleador (si es diferente): Dirección postal (si es diferente):** |
|  |
|  **Número telefónico del empleador:** (Opcional) Información adicional de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **¿Está el empleado exento (de las protecciones legales conforme los Estatutos de MN, Capítulo 177)?**

[ ]  **No, no está exento** (es decir, el empleado tiene derecho a horas extras y a otras protecciones según la Ley Estatal)  [ ]  **Si, el empleado está exento** (de: ☐ horas extras ☐ salario mínimo ☐ otras protecciones según la Ley Estatal).  |
|  **Si está exento**, indique la base legal para la exención: |
| 1. **Sueldo (tarifa):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |
| **Se paga por:** [ ]  **Hora** [ ]  **Turno** [ ]  **Día** [ ]  **Semana** [ ]  **Salario** [ ]  **Pieza** [ ]  **Comisión** [ ]  **Otro método \_\_\_\_\_\_** |
| (Si es aplicable) **Deben pagarse horas extras después de trabajar: \_\_\_\_\_\_** horas por semana**El pago de horas extras vale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Si es aplicable) **– Por ley las propinas le pertenecen a el/los empleado(s). Compartirlas es voluntario.**  |
| Asignaciones reclamadas (si las hubiere):$ **\_\_\_\_\_** por comida, como asignación por comida (máximo = 60% de una (1) hora, MN salario mínimo para adultos). |
| $ **\_\_\_\_\_** por día, como asignación por alojamiento (máximo = 75% de 1 hora, MN salario mínimo para adultos) (o el valor justo de mercado). |
| 1. **Beneficio de las licencias de ausencia disponibles (marque todas las que sean aplicables):** [ ]  Por enfermedad y seguridad [ ]  Otro tipo de ausencia con goce de sueldo [ ] Vacaciones con goce de sueldo.
 |
|  Cuantas horas o dias se acumulan? (incluya todos los tipos aplicables): **Por enfermedad y seguridad:** \_\_\_\_\_\_\_ horas acumuladas por \_\_\_\_\_\_\_ (O \_\_\_\_\_ horas concedidas anticipadamente por año). **Vacaciones con goce de sueldo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas/días por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Otras licencias con goce de sueldo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas/días por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condiciones del uso o goce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Un **nuevo año** para la acumulación o asignación anticipada principia en esta fecha\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El empleado ***no* puede**usar la licencia de ausencia por enfermedad o seguridad\* ***antes*** de esta(s) fecha(s):\_\_\_\_\_\_\_[el empleador no puede hacer que el empleado espere más de 90 días después de haber comenzado a trabajar] \*El empleador que usa vacaciones o otro(s) beneficios de licencia con goce de sueldo para cumplir con los requisitos de licencia por enfermedad y seguridad, debe proporcionar información sobre dicho(s) plan(es).  |
|  **6. Deducciones que pueden hacerse del pago del salario del empleado (y las cantidades si se saben): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  **7. Cantidad de días en el periodo de pago (Frecuencia de pago):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Día de pago regular:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **La fecha en la que el empleado recibirá el primer pago de su salario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  **8.** (Opcional) Otros avisos e información relevante:

|  |
| --- |
|   |

 |
| Yo, empleado, he recibido copia de esta notificación: [ ]  Si [ ]  No |
| **Firma del empleado** **Fecha** (Es opcional) **Firma del empleador** **Fecha** |

Este documento contiene información importante sobre su empleo.

Marque la casilla a la izquierda para recibir esta información en este idioma.

