**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 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.

