

Formulario de Datos para Empleados Nuevos



Sección para el Empleado

Cliente:

Nombre: Segundo Nombre: Apellidos:

Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección Postal: Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección Personal de Correo Electrónico: Correo Electrónico del Trabajo:

Número de Teléfono: Número de Celular:

Género: Male Female Estado del Veterano (Opcional):

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Raza: Caucásico Afroamericano/Negro Hispano/Latino Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático Dos o más Razas Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico Otro/Retractarse

Nombre de Contacto de Emergencia:

Parentesco: Teléfono Contacto de Emergencia:

Vensure ha elaborado un acuerdo de servicio con su empleador actual. Este acuerdo permite a Vensure convertirse en su co-empleador. Tenga en cuenta que su estado con Vensure depende del pago continuo de tarifas por servicios prestados por su empleador actual. En el improbable caso de que su empleador actual no le pague a Vensure, su estado con Vensure se cancelará automáticamente. Vensure no tiene ninguna obligación de informarle al ocurrir tal evento.

¿Estás sujeto a una orden de asignación de conformidad con la sección 25-504, 25-505, 25-323, o 25-25-323.01 proporcionar manutención de los hijos o cualquier otra orden de embargo? Yes No

(Inicial) Certifico que todas las respuestas dadas por mí a las preguntas y las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas y sin omisiones consecuentes de cualquier tipo.

Sección para el Cliente

Cargo Laboral: Período de Pago: Semanal Quincenal Semi Mensual

Descripción del Trabajo:

Tipo de Pago: Por Hora Salario Comisión Por Pieza

Fecha de Contratación Original (MM/DD/YYYY): Salario: Exento No Exento

Fecha de Contratación Vensure (MM/DD/YYYY): Tarifa de pago: Primaria #2 #3 #4

Departamento: Cantidad: \$

Sección: Estado (Tiempo Completo/Medio Tiempo/Estacional/Temporal):

Ubicación: Código de Workers' Compensation:

Formulario de Datos para Empleados Nuevos



AVISO AL EMPLEADO

Código de Trabajo Sección 2810.5

Empleado

Cliente:

Nombre:

Segundo Nombre:

Apellidos:

Empleador

Nombre Legal del Empleador: ¿Es la contratación de una agencia/negocio de personal (p. ej., Agencia de Servicios Temporales, Empresa de Arrendamiento de Empleados o Empleador Profesional) Organización (PEO)? Yes No

Otros Nombres del Empleador (Si Corresponde):

Dirección Física Oficina Principal del Empleador:

Dirección Postal del Empleador:

Teléfono del Empleador:

Si el Empleador que contrata es una Agencia/Negocio Personal (la casilla de arriba marcó "Sí"), la siguiente es la otra entidad para quien éste empleado realizará el trabajo:

Nombre:

Dirección Física de la Oficina Principal:

Dirección Postal:

Teléfono:

Información Salarial

Tarifas de Pago(s):

Tarifas de Pago(s) Horas Extras:

Tarifa Por (Selecciona casilla): Hora Turno Día Semana Por Pieza Comisión

Otro (Especificar):

¿Existe un acuerdo escrito donde se establezca las tarifas de pago? (Marque la casilla) Yes No .

En caso afirmativo, ¿están todas las tarifas de pago y las bases de las mismas contenidas en ese acuerdo escrito?

Yes No

Subsidios, si los hubiere, reclamados como parte del salario mínimo (incluidos los subsidios para comida o alojamiento):

(Si el Empleado ha firmado el acuse de recibo a continuación, no constituye un "Registro Voluntario por Escrito Acuerdo) según lo exige la ley entre el Empleador y el Empleado para acreditar cualquier comida o alojamiento contra el salario mínimo. Cualquier acuerdo escrito voluntario de este tipo debe ser evidenciado por un documento por separado)

Fecha de Pago:

Formulario de Datos para Empleados Nuevos



Compensación para los Empleados

Nombre de la Compañía de Seguros:

Dirección:

Teléfono:

No. Póliza:

Asegurado (Código Laboral 3700) y Número de Certificado de Consentimiento para Autoasegurarse:

Licencia por Enfermedad Remunerada

A menos que esté exento, el Empleado identificado en este aviso tiene derecho a los requisitos mínimos de Licencia por Enfermedad Remunerada según Ley Estatal que establece que un empleado:

- a. Puede acumular Licencia por Enfermedad Remunerada y puede solicitar/usar hasta 3 días o 24 horas de Licencia por Enfermedad Remunerada por año;
- b. No puede ser despedido(a) ni tomar represalias por usar/solicitar la Licencia por Enfermedad Remunerada acumulada; y
- c. Tiene derecho a presentar una queja contra un Empleador que tome represalias/discrimina a un empleado por:
 1. Solicitar o utilizar los días de enfermedad remunerados;
 2. Intentar ejercer su derecho a utilizar los días de enfermedad remunerados acumulados;
 3. Presentar una queja o alegar una violación del Artículo 1.5 Sección 245 et seq. Del Código Laboral de California;
 4. Cooperar en una investigación o enjuiciamiento de una supuesta violación de este Artículo u oponerse a cualquier política o práctica o acto prohibido por el Artículo 1.5 inc. 245 y siguientes del Código Laboral de California.

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

1. Acumule Licencia por Enfermedad Remunerada solo de conformidad con los requisitos mínimos establecidos en el Código Laboral §245 et seq. Sin otra política del Empleador que proporcione términos adicionales o diferentes para la acumulación y el uso de la Licencia por Enfermedad Remunerada.
2. Acumule Licencia por Enfermedad Remunerada de conformidad con la política del empleador que satisfaga o exceda la acumulación, transferencia y requisitos del uso del Código Laboral §246.
3. El Empleador proporciona no menos e 24 horas (o 3 días) de Licencia por Enfermedad Remunerada al comienzo de cada período de 12 meses.
4. El Empleado está exento(a) de la protección de Licencia por Enfermedad Remunerada por el Código Laboral §245.5. (Exención Estatal y Subsección de exención):

Acuse de Recibo (Opcional)

(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA del representante Empleador): _____

(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL EMPLEADO): _____

(FIRMA del Representante del Empleador): _____

(Firma del empleado): _____

(Fecha): _____

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

La sección 2810.5(b) del Código Laboral requiere que el empleador le notifique por escrito sobre cualquier cambio en la información establecida en esta Notificación dentro de los siete (7) días calendario posteriores a la hora de los cambios, a menos que se aplique uno de los siguientes: (a) Todos los cambios se reflejan en una declaración de salario oportuna proporcionada de acuerdo con la sección 226 del Código Laboral; (b) La notificación de todos los cambios se proporciona en otro escrito requerido por la Ley dentro de los siete (7) días siguientes a los cambios.