

FRONTLINE^{HRO}

effective strategies & customized coverage



Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado

Código postal

Nombre del Empleado: _____

Firma del Empleado: _____

Primer nombre

Apellido

Correo Electrónico: _____

Fecha: _____

Esta compañía es un patrono con igualdad de oportunidad de empleo. No discriminamos a ningún empleado por distinción de raza, color, sexo, religión, origen de nacionalidad, incapacidad o estado civil. Le aseguramos que su oportunidad de empleo con este patrono dependera únicamente de sus calificaciones. La compañía también acomoda a personas con incapacidades, y creencias religiosas.

Instrucciones Para el Empleado:

1. Completar el manual en su totalidad
2. Este manual requiere que sea completado, firmado y procesado
 - a. Certificado de empleado
 - b. I-9 Certificado de elegibilidad de empleo
 - c. W-4 Certificado de retención
 - d. IL & PA W-4 Certificado de retención (si aplica)
 - e. Certificado de políticas libre de drogas
 - f. Certificado de acoso sexual
 - g. Reglas de seguridad
 - h. Formulario de deposito directo
 - i. Políticas y procedimientos
 - j. Acuerdo de confidencialidad (si aplica)

Instrucciones Gerenciales:

1. Confirmar que la certificación sea firmada por el empleado
2. Verificar que la forma I-9 (elegibilidad del empleado) sea verificada y autorizada por el representante autorizado (ver sección 2 pagina 2)
3. Confirmar visualmente y sacar copia de la elegibilidad del empleado (pasaporte, licencia, SS, tarjeta de indentificación)
4. Confirmar que sea completado y firmado el certificado de retención federal
5. Confirmar que sea completado y firmado el certificado de retención federal IL W-4 (si aplica)
6. Confirmar que el empleado firme el documento libre de droga. Proveerle al empleado los documentos apropiados que la Compañía hace prueba de dopaje
7. Confirmar que el certificado de la política de acoso sexual sea firmado
8. Confirmar que sea firmado el manual de seguridad
9. Si el empleado se acoje el deposito directo, asegurar que emita cheque anulado y firme la forma
10. Envie por correo electronico la solicitud completa a su Generalista de Recursos Humanos al newhire@frontlinehro.com

En un compromiso para salvaguardar la salud de nuestros empleados y para proporcionar un entorno de trabajo seguro, hemos establecido una Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas para nuestra compañía. Esta póliza se establece de acuerdo con los requisitos del programa de Lugar de Trabajo Libre de Drogas bajo las leyes y regulaciones estatales aplicables y la Norma 49 CFR del Departamento de Transporte, Procedimientos para Pruebas de Drogas en el Lugar de Trabajo de Transporte. El contenido de estas pautas de drogas y alcohol se presentan como declaraciones de la póliza actual de la compañía y pueden ser modificadas y actualizadas por la compañía según sea necesario. Estas pautas no pretenden crear un contrato entre la compañía y ningún empleado. Nada en estas pautas vincula a la compañía con un período específico o definido de empleo o con pólizas, procedimientos, acciones, reglas, términos o condiciones de empleo específicos. Los detalles de esta póliza se pueden obtener de la gerencia.

Partes Esenciales de la Póliza:

- El cumplimiento de esta póliza es una condición para el empleo continuo.
- Esta póliza prohíbe la venta, posesión, uso, fabricación o distribución de drogas, parafernalia de drogas o alcohol mientras trabaja para o en propiedad asignada o de propiedad de la compañía, o mientras opera cualquier vehículo, maquinaria o equipo propiedad o arrendado por la compañía.
- Es una violación de esta póliza declarar que funciona si se encuentra que hay drogas o alcohol presentes en su sistema o por encima del nivel prescrito por las reglas de prueba de drogas.
- Es una violación de esta póliza informar al trabajo, regresar al trabajo o permanecer en el trabajo con el olor a alcohol en su respiración, independientemente de si está o no intoxicado actualmente.

Pruebas de Empleados:

- **Prueba de sospecha razonable:** los empleados pueden ser examinados cuando existe una sospecha razonable de que el empleado está usando o ha usado drogas mientras realiza sus tareas asignadas.
- **Pruebas de aptitud para el trabajo de rutina:** es posible que se requiera que los empleados como condición de empleo continuo se realicen pruebas de detección de drogas si la prueba se realiza como parte de un examen médico de rutina para el servicio.
- **Post - accidente /incidente de la prueba:** Empleado que causan o contribuyen a un accidente puede ser obligado a someterse a una prueba de drogas. Los empleados, mientras están en el trabajo, quienes sufren lesiones que requieren tratamiento médico más allá de los primeros auxilios pueden someterse a pruebas de drogas.
- **Pruebas de seguimiento:** empleados que han sido determinados a haber consumido drogas o alcohol y son retenidos por la compañía estarán sujetos a pruebas de drogas de seguimiento no anunciadas al menos una vez al año por un período de hasta 2 años.
- **Pruebas adicionales:** Las pruebas adicionales, incluidas las pruebas aleatorias, también se pueden realizar según lo exijan las leyes, normas o reglamentos estatales o federales aplicables, o según lo considere necesario la compañía.

Acción Disciplinarian:

- La compañía puede suspender a los empleados sin pago bajo esta póliza en espera de los resultados de una prueba o investigación de drogas.
- En el caso de una violación por primera vez de esta póliza, cuando un empleado tiene un resultado positivo de prueba de alcohol o drogas, (sin evidencia de uso, venta, distribución, dispensación o compra de drogas o alcohol en propiedad de la compañía o mientras está en deber), el empleado será subarrendado para disciplinar hasta e incluyendo el despido.
- Cualquier empleado que tenga una segunda violación de cualquiera de las partes de esta póliza será despedido.
- Cualquier empleado que use, venda, compre, o distribuya drogas o alcohol mientras esté de servicio o mientras se encuentre en propiedad de la compañía será despedido.
- A un empleado que se niega a someterse a la detección de drogas se le puede negar el empleo continuo.
- Un empleado que se niega a cooperar con un puesto de detección de drogas - accidente estará sujeto a disciplina hasta e incluyendo el despido.
- A un empleado lesionado en un accidente de trabajo que ha confirmado un resultado de prueba positivo se le puede negar la elegibilidad para recibir beneficios médicos y de indemnización según lo estipulan las leyes de compensación de trabajadores aplicables.
- A un empleado que se le da de baja del servicio basado en una prueba positiva confirmada se le negará y posiblemente rechazará su reclamación de beneficios de compensación por desempleo.

Derechos y responsabilidades de los empleados:

- A cada empleado se le dará una oportunidad, tanto antes como después de la detección del uso de drogas, para informar de manera confidencial al Oficial de Revisión Médica asignado el uso de medicamentos recetados y / o sin receta que puedan alterar o afectar los resultados de una prueba.
- Los empleados tienen el derecho, previa solicitud por escrito, de recibir una copia del resultado de la prueba de drogas.
- Los empleados tienen el derecho de consultar al Oficial de Revisión Médica (MRO, por sus siglas en inglés) para obtener información técnica sobre medicamentos recetados y sin receta. Las direcciones de los MRO se pueden obtener de la gerencia.
- Un empleado que está utilizando la prescripción y / o medicamentos de venta sin receta que puede afectar a la capacidad del empleado para trabajar con seguridad deberá informar el uso de medicamentos a su supervisor o de gestión antes de iniciar cualquier trabajo - actividad relacionada. Esta notificación se mantendrá estrictamente confidencial, pero el hecho de no notificar a su supervisor o a la gerencia puede resultar en una acción disciplinaria.
- Toda la información, entrevistas, informes, memorandos de declaraciones y resultados de pruebas de drogas, escritos o no, recibidos por la compañía como parte de este programa de pruebas de drogas son comunicaciones confidenciales. A menos que lo autoricen las leyes, normas o reglamentos estatales o federales, la compañía no divulgará dicha información sin un formulario de consentimiento por escrito firmado voluntariamente por la persona examinada.
- Un empleado que recibe un resultado positivo confirmado de prueba de drogas tiene el derecho de impugnar el resultado.
- A un empleado que elige desafiar los resultados de un resultado de prueba positivo confirmado se le puede volver a probar la muestra original en otro laboratorio calificado. Todas las re-pruebas serán a cargo del empleado.
- El empleado tiene la responsabilidad de notificar al laboratorio de pruebas de drogas de cualquier acción administrativa o civil iniciada en relación con los resultados de los medicamentos. El laboratorio mantendrá una muestra hasta que se resuelva el caso de apelación administrativa.
- Hay disponible una lista del Programa de Asistente de Empleado / Programa de Abuso de Sustancias y se proporcionará a solicitud.
- La compañía proporcionará a los empleados un período de capacitación sobre el abuso de sustancias y esta es una póliza de lugar de trabajo libre de drogas.

Firma de Reconocimiento:

Por la presente reconozco que he recibido y leído un resumen de La Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas de la Compañía. He tenido la oportunidad de tener este material completamente explicado.

Entiendo que este programa de abuso de sustancias está establecido como un requisito de seguridad de acuerdo con las regulaciones estatales aplicables. El programa incluye pruebas de rutina de orina, cabello, sangre u otras muestras autorizadas para determinar la presencia de drogas ilegales. La compañía o sus agentes pueden realizar estas pruebas en cualquier momento para determinar que los empleados cumplan con los requisitos necesarios para el empleo y el empleo continuo. También entiendo que la política del lugar de trabajo libre de drogas y los documentos relacionados no pretenden constituir un contrato entre la compañía y yo.

Mi firma a continuación indica que he leído, entendido, autorizado y acepto la declaración anterior y cualquier apéndice adjunto y, por la presente, participo voluntariamente en el programa de pruebas de abuso de sustancias.

Nombre del Empleado(impreso)

Firma del Empleado

Fecha

Propósito:

Estamos comprometidos a mantener un ambiente laboral libre de acoso por motivos de raza, credo, religión, género, sexo, origen nacional, edad, estado civil, orientación sexual, o discapacidad. No toleraremos el acoso al personal por parte de un supervisor, compañero de trabajo, proveedor, cliente o cualquier otra persona. El lugar de trabajo y el acoso sexual pueden violar uno o más de los siguientes:

- Título IV de la Ley de Derechos Civiles de 1964.
- Ley de Empleo por Discriminación por Edad
- Acta de Americanos con Discapacidades

Cualquier empleado que se involucre en acoso sexual u otro acoso ilegal viola esta política y la ley y será disciplinado hasta e incluyendo la terminación inmediata.

GUIAS:

El acoso es una conducta verbal o física que denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo debido a su raza, color, credo, religión, género, origen nacional, edad, estado civil o discapacidad cuando:

1. Tiene el propósito o efecto de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil u ofensivo
2. Tiene el propósito del efecto de interferir sin razón con el desempeño laboral de un individuo; o
- 3 De lo contrario, afecta negativamente a las oportunidades de empleo de un individuo.

Los ejemplos de acoso inapropiado y prohibido incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Epítetos, insultos, estereotipos negativos o actos amenazantes, intimidantes u hostiles relacionados con la raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad; y,
2. Material escrito o gráfico que denigra o muestra hostilidad hacia un individuo o grupo debido a su raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad y se coloca en paredes, tableros de anuncios o en cualquier otro lugar en los locales de la empresa o circularon en el lugar de trabajo. Esto también incluye actos que pretenden ser "bromas", pero que son hostiles o degradantes, como correos de odio, amenazas, fotografías desfiguradas u otras conductas similares.

Los avances sexuales, la solicitud de favores sexuales y cualquier otra conducta física, verbal o visual de naturaleza sexual constituyen acoso sexual cuando:

1. La sumisión a la conducta es un término o condición explícita o implícita de empleo o empleo continuo;
2. La sumisión o rechazo de la conducta se utiliza como base para las decisiones de empleo que afectan a un empleado, como una promoción, degradación o evaluación;
3. La conducta tiene el propósito o el efecto de interferir razonablemente en el desempeño laboral o de crear un ambiente laboral intimidante, hostil u ofensivo.

El acoso sexual puede incluir, pero no se limita a, proposiciones sexuales no deseadas; insinuaciones sexuales, comentarios sugestivos; Comentarios, gestos o conducta vulgar o sexualmente explícita; bromas, bromas o bromas prácticas orientadas al sexo; y el contacto físico, como rozar el cuerpo de otra persona, pellizcar o palmear. El acoso sexual y en el lugar de trabajo puede estar presente cuando el objetivo de la conducta no es ofendido, pero otros consideran que la conducta es intimidante, hostil o abusiva.

Todo el personal es responsable de ayudar a garantizar que la Compañía se mantenga libre de todo tipo de acoso. Si alguna persona experimenta o es testigo de acoso en el lugar de trabajo, tiene la obligación afirmativa de informar dicha conducta a su supervisor, al Presidente de la Compañía o a Recursos Humanos. No se espera que los empleados denuncien el acoso a una persona que creen que lo está acosando. En esas situaciones, reporte la conducta al Departamento de Recursos Humanos o al Presidente de la Compañía.

Todas las quejas de acoso se mantendrán confidenciales en la medida de lo posible, de manera consistente con la realización de una investigación completa y justa. El personal que viole la confidencialidad está sujeto a disciplina inmediata. Las comunicaciones se harán a otros solo en base a una "necesidad de saber" limitada. No habrá represalias contra ningún empleado por presentar quejas de acoso laboral, a menos que se demuestre que dicha acusación es intencionalmente falsa.

Nos comprometemos a investigar de manera rápida y exhaustiva todas las quejas de acoso. Si, después de una investigación exhaustiva, se determina que se ha producido el acoso, se tomarán medidas disciplinarias inmediatas y apropiadas hasta el alta para poner fin al acoso. Se tomarán los pasos de seguimiento apropiados para garantizar que el acoso se haya detenido. En el caso de que un empleado no esté satisfecho con los resultados de la investigación, el empleado puede apelar por escrito a un ejecutivo superior de la compañía.

Reconocimiento de firma:

Entiendo que la Compañía no tolerará el abuso sexual y otras formas de acoso ilegal. Entiendo que tengo la obligación afirmativa de denunciarlo. También entiendo que el acoso ilegal es motivo de acción disciplinaria hasta e incluyendo el despido inmediato.

Nombre de Empleador (impreso)

Firma de Empleador

Fecha

Number de Empleado: _____ SSN: _____

Compañía Cliente: _____

Por la presente autorizo a mi Nómina en adelante llamada Frontline HRO para iniciar entradas de crédito e iniciar, si es necesario, entradas de débito y ajustes para cualquier entrada de crédito por error en la cuenta indicada a continuación, de ahora en adelante llamada DEPOSITARIO, para acreditar y debitar las mismas entradas en dicha cuenta.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Seconda Firma: _____ Fecha: _____
(para cuenta compartidas)

Información de banco:

Nombre del Banco: _____ Teléfono del Banco: _____

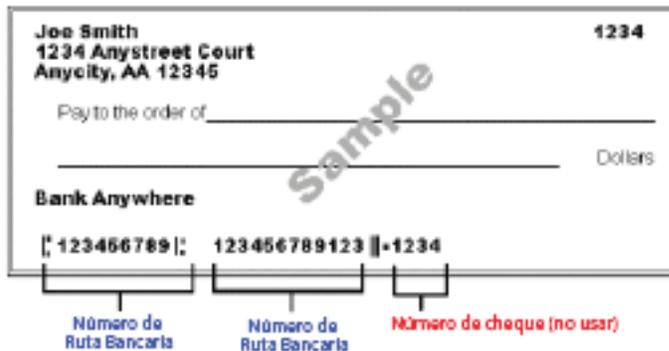
Dirección del Banco: _____

No. de Transito
(ABA numero de ruta) _____

de Cuenta de Cheque: _____ Cantidad Depositada: _____

de Cuenta de Ahorro: _____ Cantidad Depositada: _____

Como encontrar el numero de ruta y e.I.Y el numero de cuenta ABA



Favor de Adjuntar:

1. Cheque anulado o copia del cheque anulado de cualquier cuenta de cheque listada arriba. Favor de no atachar hoja de deposito, por que el numero de cuenta no es el mismo de numero de cheque.
2. Boleta de depósito de la cuenta de ahorros para cualquier cuenta de ahorros o carta bancaria con la información necesaria para depositar el dinero en su cuenta correspondiente.

Favor de Notar:

Es responsabilidad del empleado notificar a LA COMPAÑÍA siempre que haya algún cambio en la información de la cuenta, incluyendo cualquier cambio en el número de ruta del banco, esto producirá un cheque en vivo hasta que la cuenta pueda ser verificada.

Estas pautas de seguridad se proporcionan para su información y educación. Su objetivo es proporcionarle información básica de seguridad que lo ayudará a evitar lesiones mientras realiza sus actividades diarias.

Directrices Generales de Seguridad

1. Es importante que todos los empleados informen todas las lesiones relacionadas con el trabajo a su supervisor inmediato tan pronto como sea posible después de que se den cuenta de la lesión.
2. Todos deben tener mucho cuidado y consideración en el desempeño de sus deberes para asegurarse de que no causen lesiones a otros o creen riesgos laborales que podrían causar lesiones a otros
3. Nadie debe tratar de levantar o mover objetos pesados /voluminosos que podrían causar lesiones en la espalda u otras partes del cuerpo. Se le solicita que busque ayuda.
4. Las herramientas personales, el equipo, los cables de extensión, los productos químicos o los calentadores eléctricos no deben ponerse en funcionamiento sin la autorización de la gerencia.
5. Cuando tenga conocimiento de un defecto en la instalación o en el equipo, infórmelo al administrador de la instalación para que tome las medidas correctivas adecuadas. El no informar las condiciones defectuosas puede causar lesiones.
6. Nunca intente reparar equipos o aparatos eléctricos mientras esté en servicio. Etiquétalos fuera de servicio y notifica a la autoridad apropiada para afectar la reparación.
7. Los gabinetes pueden ser muy peligrosos si se usan incorrectamente. Abrir dos cajones simultáneamente puede hacer que un gabinete se caiga al piso. Siempre que sea posible, los gabinetes deben atornillarse en conjunto, asegurarlos al piso o pared.
8. Los líquidos inflamables siempre deben almacenarse en recipientes apropiados y cerrados. Los suministros grandes deben almacenarse en gabinetes aprobados por UL o otros medios apropiados descritos por el Departamento de Bomberos. Los líquidos inflamables nunca deben dejarse desatendidos.
9. Los objetos pesados deben almacenarse en estantes inferiores, mientras que los más ligeros y menos peligrosos pueden almacenarse en los estantes medios y superiores.
10. Las estanterías, los gabinetes de almacenamiento y otras áreas de almacenamiento elevadas deben estar bien aseguradas.
11. Los muebles defectuosos, las alfombras gastadas, las sillas defectuosas, los pasamanos sueltos u otros defectos de las instalaciones que podrían contribuir a un accidente deben informarse a los servicios del edificio para que tomen las medidas correctivas adecuadas.
12. Todos deben tomarse un tiempo para ser educados con respecto a los procedimientos de emergencia.

Técnicas de Elevación Apropriadas

1. **POSTURA:** Su espalda y cuello tienen curvas naturales que deben mantenerse flexibles. Una buena postura mantiene esas curvas y reduce el estrés en los músculos, los ligamentos y los discos que absorben los golpes entre los huesos de la columna vertebral.
2. **PLAN:** Levante mentalmente primero, planifique su ruta y el lugar donde colocará la carga. Cuando la carga sea pesada o voluminosa, busque ayuda. Pedir a un compañero de trabajo o utilizar equipos para facilitar la tarea (por ejemplo, mecánica elevadora, carretilla, etc.).
3. **LEVANTAMIENTO:** Establezca una buena posición al acercarse al objeto que pretende levantar. Doble tus rodillas, no tu espalda, y agárrate bien. Planea sostener el objeto cerca de tu cuerpo. Aprieta tu estómago mientras levantas. Levante suavemente con sus piernas, no su espalda.
4. **MOVIMIENTO:** Párese derecho mientras mueve el objeto. No tuerza su cuerpo mientras levanta; más bien, gira los pies. Mantén tu equilibrio. Si tienes un problema, pide ayuda. Está seguro de su paso y camino.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS PAUTAS DE SEGURIDAD. SIEMPRE MANTENERÉ PRÁCTICAS DE TRABAJO SEGURO COMO SE ESCRIBIÓ ANTERIORMENTE Y REPORTARÉ INMEDIATAMENTE CUALQUIER INFACCIÓN A MI SUPERVISOR.



Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

▶ **START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.**

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>		Middle Initial	Other Last Names Used <i>(if any)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i>	U.S. Social Security Number □□□□ - □□ - □□□□		Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number	

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

Signature of Employee	Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>
-----------------------	----------------------------------

Preparer and/or Translator Certification (check one):
 I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>	
Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>		City or Town	State ZIP Code

Employer Completes Next Page



Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------	--------------------------------

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): _____ **(See instructions for exemptions)**

Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	ZIP Code

Section 3. Reverification and Rehires *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

A. New Name (if applicable)			B. Date of Rehire (if applicable)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)	

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
----------------	-----------------	---------------------------------------

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <li style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.

Give Form W-4 to your employer.

Your withholding is subject to review by the IRS.

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
City or town, state, and ZIP code		
(c) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately		
<input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse		
<input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2-4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, other details, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

- (a) Reserved for future use.
- (b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**
- (c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate

TIP: If you have self-employment income, see page 2.

Complete Steps 3-4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3-4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):		
	Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____		
	Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____		
	Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here	3	\$ _____
Step 4 (optional): Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income	4(a)	\$ _____
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here	4(b)	\$ _____
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period	4(c)	\$ _____

Step 5: Sign Here	Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.		
	Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)		Date

Employers Only	Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2023 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2022 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2023. You had no federal income tax liability in 2022 if (1) your total tax on line 24 on your 2022 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2023 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2024.

Your privacy. If you have concerns with Step 2(c), you may choose Step 2(b); if you have concerns with Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c).

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay income and self-employment taxes through withholding from your wages, you should enter the self-employment income on Step 4(a). Then compute your self-employment tax, divide that tax by the number of pay periods remaining in the year, and include that resulting amount per pay period on Step 4(c). You can also add half of the annual amount of self-employment tax to Step 4(b) as a deduction. To calculate self-employment tax, you generally multiply the self-employment income by 14.13% (this rate is a quick way to figure your self-employment tax and equals the sum of the 12.4% social security tax and the 2.9% Medicare tax multiplied by 0.9235). See Pub. 505 for more information, especially if the sum of self-employment income multiplied by 0.9235 and wages exceeds \$160,200 for a given individual.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

If you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option (c). The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is roughly accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2023 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.

Step 2(b) – Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)



If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on only ONE Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables.

- 1 Two jobs. If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, skip to line 3
2 Three jobs. If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
a Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a
b Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b
c Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c
3 Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc.
4 Divide the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in Step 4(c) of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld)

Step 4(b) – Deductions Worksheet (Keep for your records.)



- 1 Enter an estimate of your 2023 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income
2 Enter: { \$27,700 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse; \$20,800 if you're head of household; \$13,850 if you're single or married filing separately }
3 If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-"
4 Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information
5 Add lines 3 and 4. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Estimado empleado,

Su empresa está participando en un programa federal bajo la Ley PATH para crear empleos.

Para cumplir con las pautas de este programa, solicitamos su ayuda para completar la siguiente breve encuesta por teléfono, enlace web o código QR de enlace web. Toda la información que proporcione será confidencial y no afectará el proceso de contratación.

Cualquier información que proporcione es confidencial y será revisada en estricta confidencialidad con el Departamento de Trabajo para determinar la elegibilidad para los programas de iniciación laboral disponibles.

Seleccione uno de los siguientes métodos para completar este proceso:

Proyección web: <https://wotc.irecruit-us.com/admin.php?wotcID=frontlineHRO>

**Proyección web
de teléfonos
inteligentes:**



Centro de llamadas #: 866-597-6917

Apreciamos mucho su tiempo y cooperación con este esfuerzo.

¡Gracias!

**Pre-Screening Notice and Certification Request for
the Work Opportunity Credit**

► Information about Form 8850 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8850.

Solicitante de empleo: complete las líneas a continuación y marque las casillas correspondientes. Completa solo este lado.

Nombre: _____ Número de seguridad social ► _____

Dirección de la Calle Donde Usted Vive: _____

Ciudad o pueblo, estado y código postal: _____

Condado: _____ Número de teléfono: _____

Si tiene menos de 40 años, ingrese su fecha de nacimiento (mes, día, año): _____

- 1 Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.
- 2 Check here if **any** of the following statements apply to you.
 - I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but **not** age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a. Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months; **or**
 - b. Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, **but** is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.
- 3 Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 4 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.
- 5 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 6 Check here if you are a member of a family that:
 - Received TANF payments for at least the past 18 months; **or**
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, **and** the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years; **or**
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.
- 7 Check here if you are in a period of unemployment that is at least 27 consecutive weeks and for all or part of that period you received unemployment compensation.

La Firma—Todos los solicitantes deben firmar

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

SIGN HERE

Job applicant's signature ►

Date

Estimado nuevo empleado: su empleador está participando en un programa federal para iniciar los trabajos. Para completar los requisitos, por favor complete la siguiente encuesta:

Firma: _____ Fecha: ___ / ___ / ___ Seguridad Social: # _____ - _____ - _____
Print nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ ¿años tienes?: _____
Ha trabajado para este empleador antes? SÍ NO si es sí, última fecha de empleo: ___ / ___ / ___

Por favor respuesta YES OR NO a las siguientes preguntas:

(Por favor también completar la parte superior y firmar la parte inferior de la forma 8850. ¡ Gracias!)

- 1. En los últimos 6 meses, usted o el miembro de la familia recibieron complemento /Food Stamps? SÍ NO** Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
 - 2. En los últimos 18 meses, han recibido TANF (asistencia temporal para familias necesitadas)? SÍ NO** Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
 - 3. ¿Eres un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? SÍ NO (Si NO, por favor vaya a la pregunta #4.)**
 - Han sido desempleados combinado periodo de (6) meses durante el año pasado? SÍ NO
 - Ha estado desempleado durante un combinado (4) semanas pero menos de (6) meses durante el año pasado? SÍ NO
 - Fueron descargadas o liberado del servicio activo en el último año? SÍ NO
 - Son usted tiene derecho a una indemnización por una incapacidad relacionada con el servicio? SÍ NO
 - ¿Es un miembro de una familia que recibe beneficios de SNAP por al menos 3 meses durante los últimos 15 meses antes de que fueron contratados? SÍ NOSi sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
 - 4. ¿En los últimos 60 días, usted recibió beneficios de seguridad de ingreso suplementario (SSI)? SÍ NO**
 - 5. ¿En el último año, usted condenado por un crimen o sale de la cárcel tras una condena por delito mayor? SÍ NO**
¿Si NO • Si sí, anote la fecha de convicción: ___ / ___ / ___ y la fecha de lanzamiento: ___ / ___ / ___
 - era un federal o una convicción de estado?
 - 6. Ser referidos por una agencia para empleados con discapacidades?**
(Debe ser una agencia de rehabilitación vocacional) SÍ NO
 - ¿Está siendo referido por boleto de la Seguridad Social al programa de trabajo para los empleados con discapacidades? SÍ NO
 - ¿Está siendo referido por el Departamento de Asuntos Veteranos? SÍ NO
 - 7. ¿Ha recibido compensación por desempleo por más de 26 semanas consecutivas? SÍ NO**
-

Starting Hourly Wage: \$ _____

Start Date: ___ / ___ / ___

CMS es responsable de administrar este programa de su empleador y es una organización independiente. Toda la información divulgada por usted mismo, por lo tanto, se tratarán de forma independiente por su empleador. La información que proporcione es confidencial y se utilizará solamente por CMS en estricta confidencialidad con el Departamento de trabajo para determinar su elegibilidad para el programa. Gracias por su tiempo y esfuerzo.



LICENCIA DE CUIDADO FAMILIAR Y MÉDICA Y LICENCIA DE INCAPACIDAD POR EMBARAZO

DFEH



DEPARTAMENTO DE LA IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA

LA MISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA ES PROTEGER A LOS HABITANTES DE CALIFORNIA DE DISCRIMINACIÓN ILÍCITA EN EL EMPLEO, LA VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS, Y DE LA PERPETRACIÓN DE ACTOS DE VIOLENCIA POR ODIOS Y TRATA DE PERSONAS.

Según la Ley de Derechos de la Familia de California (California Family Rights Act) de 1993, puede tener derecho a una licencia de cuidado familiar o médica para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal de un hijo o por una condición médica grave propia o de un hijo, padre/madre o cónyuge. La ley de California también prohíbe a los empleadores negar o interferir con las solicitudes de licencias de incapacidad por embarazo.

Según la Ley de Derechos de la Familia de California de 1993 (California Family Rights Act, CFRA), si trabajó con nosotros más de 12 meses y al menos 1,250 horas en ese período antes de la fecha en la que quiere comenzar la licencia, y si tenemos 50 o más empleados en su lugar de trabajo o en un radio de 75 millas de dicho lugar, es posible que tenga derecho a una licencia de cuidado familiar o médica (licencia CFRA). Esta licencia puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal del bebé o debido a una condición grave que tenga usted, su hijo, su padre/madre o su cónyuge. Si tenemos menos de 50 empleados en su lugar de trabajo o en un radio de 75 millas de dicho lugar, pero al menos 20 empleados en su lugar de trabajo o en un radio de 75 millas de dicho lugar, es posible que tenga derecho a una licencia de cuidado familiar para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal de su hijo según la Ley de Licencia para Nuevos Padres (New Parent Leave Act, NPLA). De forma similar a la licencia CFRA, la licencia NPLA puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses. Aunque la ley solo da licencias no pagadas, los empleados pueden elegir o los empleadores pueden exigir el uso de licencias pagadas acumuladas mientras toman la licencia CFRA bajo ciertas circunstancias y los empleados pueden usar las licencias pagadas acumuladas mientras toman la licencia NPLA.

Incluso si no es elegible para la licencia CFRA o NPLA, si está incapacitada por embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas, tiene derecho a tomarse una licencia de incapacidad por embarazo de hasta cuatro meses, según el período real de incapacidad. Si es elegible para la licencia CFRA o NPLA, tiene ciertos derechos para tomar AMBAS licencias de incapacidad por embarazo y una licencia CFRA o NPLA por el nacimiento de su hijo. Ambas licencias garantizan la reincorporación (para la

incapacidad por embarazo en el mismo puesto y para CFRA o NPLA en el mismo o uno similar) al final de la licencia, sujeto a cualquier defensa permitida por la ley.

De ser posible, debe notificar con al menos 30 días de anticipación los eventos previsibles (como el nacimiento previsto de un bebé o un tratamiento médico planificado propio o de un familiar). Para eventos que son imprevisibles, necesitamos que notifique, al menos verbalmente, tan pronto como sepa sobre la necesidad de una licencia. El incumplimiento de estas reglas de notificación contribuye y puede ocasionar el aplazamiento de la licencia solicitada hasta que cumpla con esta política de notificación.

Es posible que le pidamos un certificado de su proveedor de atención médica para darle una licencia de incapacidad por embarazo o por condición médica personal grave. Es posible que le pidamos un certificado del proveedor de atención médica de su hijo, padre/madre o cónyuge que tiene una condición médica grave para darle una licencia para el cuidado de un familiar. Por razones médicas, la licencia puede tomarse en un horario de trabajo intermitente o reducido.

Si está tomando una licencia para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal del bebé, la duración mínima básica de la licencia es de dos semanas y debe terminar la licencia dentro del período de un año después del nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal.

Tomar la licencia de cuidado familiar o incapacidad por embarazo puede afectar ciertos beneficios y la fecha de antigüedad. Si quiere obtener más información sobre la elegibilidad para una licencia o el efecto de la misma en la antigüedad y los beneficios, comuníquese con el Departamento de Vivienda y Empleo Justos (Department of Fair Employment and Housing, DFEH).

Para programar una cita, póngase en contacto con el Centro de Comunicación de abajo.

Si tiene una discapacidad que requiere adaptaciones razonables, el DFEH puede ayudarlo escribiendo su informe inicial recibido por teléfono o, para personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla, a través del Servicio de Retransmisión de California, (711) o puede ponerse en contacto con los datos de abajo.

CONTACTO

Línea sin cargo: (800) 884-1684
TTY: (800) 700-2320
contact.center@dfeh.ca.gov
www.dfeh.ca.gov

DERECHOS DE LOS TRANSEXUALES EN EL LUGAR DE TRABAJO



¿QUÉ SIGNIFICA TRANSEXUAL?

El término transexual se utiliza para describir a las personas con una identidad de género distinta del sexo asignado al nacer. La ley define la expresión de género como “la apariencia y el comportamiento de una persona relacionados con el género, asociados estereotípicamente o no con el sexo asignado al nacer”. La identidad y la expresión de género son características protegidas por la Ley de Vivienda y Empleo Justos (Fair Employment and Housing Act). En otras palabras, los empleadores no pueden discriminar a una persona por identificarse como transexual o de género no conforme. Esto incluye la percepción de que una persona es transexual o de género no conforme.

¿QUÉ ES UNA TRANSICIÓN DE GÉNERO?

1. La “transición social” es un proceso de alineación social del género con el sentido interno de uno mismo (p. ej., cambios de nombre y pronombre, uso del baño, participación en actividades como equipos deportivos).
2. La “transición física” se refiere a los tratamientos médicos que se puede hacer una persona para alinear su cuerpo con el sentido interno de sí mismo (p. ej., terapias hormonales o procedimientos quirúrgicos).

No es necesario que una persona tome ninguna medida particular de transición de género para estar protegida por la ley. Un empleador no puede condicionar el tratamiento o adaptación para un empleado en transición a una medida particular en una transición de género.

PREGUNTAS FRECUENTES PARA EMPLEADORES

• ¿Qué puede preguntar un empleador?

Los empleadores pueden preguntar sobre los antecedentes de empleo y pedir referencias personales del empleado, además de otras preguntas no discriminatorias. Un entrevistador no debe hacer preguntas destinadas a detectar la identidad de género de una persona, incluidas preguntas sobre estado civil, nombre del cónyuge o relación de los miembros del grupo familiar entre sí. Los empleadores no deben hacer preguntas sobre el cuerpo de una persona o si planean hacerse cirugías.

• ¿Cómo implementan los empleadores los códigos de vestimenta y las normas de aseo personal?

Un empleador que exige un código de vestimenta debe hacerlo cumplir de una manera no discriminatoria. En otras palabras, a menos que un empleador pueda demostrar la necesidad de la empresa, cada empleado

puede vestirse de acuerdo con su identidad y expresión de género. No se puede someter a los empleados transexuales o de género no conforme a normas diferentes de vestimenta o aseo que los demás empleados.

• ¿Cuáles son las obligaciones de los empleadores en cuanto a baños, duchas y vestuarios?

Todos los empleados tienen derecho a baños y vestuarios seguros y apropiados. Esto incluye el derecho de usar un baño o vestuario que corresponda con la identidad de género del empleado, independientemente del sexo asignado al nacer. Además, siempre que sea posible, los empleadores deben facilitar un baño unisex de fácil acceso para una sola persona que puedan usar los empleados que quieran más privacidad, independientemente del motivo de fondo. El uso de un baño unisex para una sola persona siempre debe ser una decisión propia. No se puede obligar a ningún empleado a usar uno, ya sea por política o por sufrir acoso en una instalación apropiada para el género. A menos que esté exento por otras disposiciones de la ley estatal, todas las instalaciones sanitarias para un solo usuario en cualquier establecimiento comercial, instalaciones públicas o agencias gubernamentales estatales o locales deben tener identificación para todos los géneros.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

Si cree que es víctima de discriminación puede presentar una queja de discriminación ante el DFEH, dentro de un período de tres años* del acto de discriminación.

Para programar una cita, póngase en contacto con el Centro de Comunicación de abajo.

Si tiene una discapacidad que necesita adaptaciones razonables, el DFEH puede ayudarlo escribiendo su informe inicial recibido por teléfono o, para personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla, a través del Servicio de Retransmisión de California, (711) o puede ponerse en contacto con los datos de abajo.

CONTACTO

Línea sin cargo: (800) 884-1684

TTY: (800) 700-2320

contact.center@dfeh.ca.gov

www.dfeh.ca.gov

DFEH



DEPARTAMENTO DE LA IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA

LA MISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA ES PROTEGER A LOS HABITANTES DE CALIFORNIA DE DISCRIMINACIÓN ILÍCITA EN EL EMPLEO, LA VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS, Y DE LA PERPETRACIÓN DE ACTOS DE VIOLENCIA POR ODIO Y TRATA DE PERSONAS.

LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN Y EL ACOSO EN EL LUGAR DE TRABAJO

El Departamento de Vivienda y Empleo Justos de California (California Department of Fair Employment and Housing, DFEH) hace cumplir las leyes de protección contra la discriminación y el acoso ilegales en el empleo por motivos de estas características, sean reales o percibidas:

- ASCENDENCIA
- EDAD (más de 40 años)
- COLOR
- DISCAPACIDAD (física, mental, VIH y SIDA)
- INFORMACIÓN GENÉTICA
- IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE GÉNERO
- ESTADO CIVIL
- CONDICIÓN MÉDICA (características genéticas, cáncer o antecedentes de cáncer)
- SITUACIÓN MILITAR O CONDICIÓN DE VETERANO
- PAÍS DE ORIGEN (incluidos el idioma y tener una licencia de conducir sin poder demostrar que la presencia en Estados Unidos está autorizada por la ley federal)
- RAZA (incluyendo, entre otros, la textura del pelo y peinados protectores. Los peinados protectores incluyen, entre otros, trenzas, rastas y twists)
- RELIGIÓN (incluidas la vestimenta religiosa y las prácticas de aseo personal)
- SEXO/GÉNERO (incluidos el embarazo, el nacimiento, la lactancia o las condiciones médicas relacionadas)
- ORIENTACIÓN SEXUAL



LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN Y EL ACOSO EN EL LUGAR DE TRABAJO



LA LEY DE VIVIENDA Y EMPLEO JUSTOS DE CALIFORNIA (ARTÍCULOS 12900 A 12996 DEL CÓDIGO DE GOBIERNO) Y SUS REGULACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN (CÓDIGO DE REGULACIONES DE CALIFORNIA, TÍTULO 2, ARTÍCULOS 11000 A 11141):

1. Prohíbe el acoso de empleados, candidatos, pasantes no pagados, voluntarios y contratistas independientes por parte de cualquier persona, y exige a los empleadores que tomen las medidas necesarias para prevenir el acoso. Esto incluye la prohibición contra el acoso sexual; acoso basado en el género; acoso por embarazo, nacimiento, lactancia o condiciones médicas relacionadas; y acoso por las características mencionadas arriba.

2. Exige que todos los empleadores den información a los empleados sobre la naturaleza, la ilegalidad y los recursos legales en caso de acoso sexual. Los empleadores pueden preparar sus propias publicaciones, que deben cumplir las normas establecidas en el artículo 12950 del Código de Gobierno de California o usar el material del Departamento de Vivienda y Empleo Justos (Department of Fair Employment and Housing, DFEH).

3. Exige a los empleadores con 5 o más empleados y a todas las entidades públicas que capaciten a los empleados sobre la prevención del acoso sexual, incluyendo el acoso por identidad de género, expresión de género y orientación sexual.

4. Prohíbe a los empleadores limitar o impedir el uso de cualquier idioma en cualquier lugar de trabajo, a menos que lo justifique una necesidad de la empresa. El empleador debe notificar a los empleados de la restricción de idiomas y las consecuencias del incumplimiento. También prohíbe que los empleadores discriminen a candidatos o empleados porque tienen una licencia de conducir emitida sin poder demostrar que la presencia en Estados Unidos está autorizada por la ley federal.

5. Exige a los empleadores que se adapten razonablemente a las creencias y prácticas religiosas de un empleado, pasante no pagado o candidato al empleo, incluyendo el uso de ropa, joyas o accesorios religiosos y peinados, vello facial o corporal, que son parte de la observancia religiosa de la persona.

6. Exige a los empleadores adaptaciones razonables para los empleados o candidatos al empleo con discapacidades, para que puedan cumplir las funciones esenciales del trabajo.

7. Permite que los candidatos al empleo, pasantes no pagados, voluntarios y empleados presenten quejas ante el DFEH contra un empleador, agencia de empleo o sindicato que no ofrezca la igualdad de empleo que exige la ley.

8. Prohíbe la discriminación contra cualquier candidato al empleo, pasante no pagado o empleado en cuanto a la contratación, ascensos, tareas, despidos o cualquier término, condición o privilegio del empleo.

9. Exige a los empleadores, las agencias de empleo y los sindicatos que conserven las solicitudes, los expedientes del personal y registros de referencias de empleo durante un mínimo de dos años.

10. Exige a los empleadores que den licencias de hasta cuatro meses a empleadas incapacitadas por embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas.

11. Exige al empleador que proporcione las adaptaciones razonables solicitadas por un empleado, según las recomendaciones de su proveedor de atención médica, relacionadas con el embarazo, el parto o las condiciones médicas relacionadas.

12. Requiere que los empleadores de 20 o más personas permitan que las empleadas elegibles tomen hasta 12 semanas de licencia en un período de 12 meses para el nacimiento o la colocación de un bebé en adopción o crianza temporal; también requiere que los empleadores de 50 o más personas permitan que los empleados elegibles tomen hasta 12 semanas de licencia en un período de 12 meses para tratar su propia condición médica grave o cuidar de un padre/madre, cónyuge o hijo con una condición médica grave.

13. Exige a las agencias de empleo que atiendan a todos los candidatos por igual, rechaza las órdenes de trabajo discriminatorias y prohíbe a los empleadores y las agencias de empleo hacer preguntas discriminatorias antes de la contratación o publicar anuncios de empleo que expresen preferencias de contratación discriminatorias.

14. Prohíbe a los sindicatos discriminar en la admisión o el envío de miembros a los puestos de trabajo.

15. Prohíbe las represalias contra una persona que se opone, denuncia o ayuda a otra a oponerse a la discriminación ilegal.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

La ley ofrece compensación para personas que sufren discriminación o acoso prohibido en el lugar de trabajo. Esta compensación incluye la contratación, pagos por adelantado, pagos atrasados, ascenso, reincorporación, órdenes de cese, honorarios de peritos, honorarios y costos razonables de abogados, daños punitivos y daños por angustia emocional.

Candidato a un empleo, pasante no pagado y empleado: si cree que ha sufrido discriminación o acoso, puede presentar una queja ante el DFEH. Contratista independientes y voluntarios: Si cree que lo han acosado, puede presentar una queja ante el DFEH.

Las quejas deben presentarse dentro de un período de tres años* desde el último acto de discriminación/acoso. En el caso de víctimas menores de dieciocho años, a más tardar tres años después del último acto de discriminación/acoso o un año después de que la víctima cumpla dieciocho, lo último que ocurra.

Para programar una cita, póngase en contacto con el Centro de Comunicación de abajo.

Si tiene una discapacidad que necesita adaptaciones razonables, el DFEH puede ayudarlo escribiendo su informe inicial recibido por teléfono o, para personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla, a través del Servicio de Retransmisión de California, (711) o puede ponerse en contacto con los datos de abajo.

El DFEH se compromete a proporcionar acceso a nuestros materiales en un formato alternativo, como adaptación razonable para personas con discapacidades, cuando lo soliciten.

El artículo 12950 del Código de Gobierno y el artículo 11013, título 2, del Código de Regulaciones de California requieren que todos los empleadores publiquen este documento. Debe estar publicado de manera visible en oficinas de contratación, tableros de anuncios para empleados, salas de espera de agencias de empleo, centros sindicales y otros lugares de reunión de los empleados. Si más del 10 % del personal de cualquier instalación o establecimiento de un empleador no habla inglés, también se debe publicar este aviso en los idiomas adecuados.

CONTACTO

Línea sin cargo: (800) 884-1684

TTY: (800) 700-2320

contact.center@dfeh.ca.gov

www.dfeh.ca.gov

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: State National under master Policy of Frontline HRO

Dirección 1775 Parker Rd. Building C. | Suite 210 Conyers, GA 30094

Número telefónico: 888-623-4035 / risk@frontlinehro.com

No. de la póliza: _____

Auto asegurado (Código de Trabajo 3700) y número de certificado del consentimiento para auto asegurarse: N/A

LICENCIA POR ENFERMEDAD CON GOCE DE SUELDO

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

- a. Puede acumular licencia por enfermedad con goce de sueldo y puede solicitar y utilizar hasta 3 días o 24 horas por concepto de licencia por enfermedad con goce de sueldo por año;
- b. No podrá ser despedido o no se podrán tomar represalias contra él por utilizar o por solicitar el uso de licencias por enfermedad con goce de sueldo; y
- c. Tiene derecho de presentar una demanda contra el empleador que tome represalias o discrimine contra un empleado por
 1. solicitar o utilizar días por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo;
 2. intentar ejercer el derecho de utilizar días acumulados por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo;
 3. presentar una demanda o alegar una violación de la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California;
 4. 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 licencia por enfermedad con goce de sueldo 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 la licencia por enfermedad con goce de sueldo.
2. Acumula licencia por enfermedad con goce de sueldo según la póliza del empleador que satisface o excede los requisitos de acumulación, traslado, y uso del Código de Trabajo §246.
3. El empleador provee no menos de 24 horas (o 3 días) de licencia por enfermedad con goce de sueldo al principio de cada período de 12 meses.
4. El empleado está exento de la protección de ser pagado por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo según el Código de Trabajo §245.5. (Proporcione la exención y la sub-sección específica para la exención): _____

ACUSE DE RECIBO

(Opcional)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE del representante del empleador)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE el nombre 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.



Acerca del Permiso Familiar Pagado de California

Para muchos californianos que trabajan, encontrar el tiempo para estar con un ser querido cuando mas lo necesitan puede ser difícil. El Permiso Familiar Pagado de California fue creado para esos momentos que importan, como establecer un vínculo paternal con un hijo recién integrado a la familia o cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo.

Información sobre el Permiso Familiar Pagado de California

- Proporciona beneficios que sustituyen parcialmente los sueldos del trabajador para establecer un vínculo paternal con un hijo [ya sea por nacimiento, adopción o bajo cuidado de crianza temporal (*foster care*)] o para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo (un hijo, padre, suegro, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, o pareja domestica debidamente registrada).
- No es necesario que reciba los beneficios de forma consecutiva.
- Ofrece aproximadamente de 60 a 70 por ciento del sueldo del trabajador durante la ausencia laboral.
- Es financiado a través de las deducciones del impuesto del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI), por lo tanto, será elegible si paga el impuesto del SDI (aparece en su talón de cheque como "CASDI") o ha tenido un seguro privado aprobado (*voluntary plan*) durante los últimos 5 a 18 meses.
- Puede ausentarse de su empleo para establecer un vínculo paternal con un hijo nuevo, en cualquier momento dentro de un período de 12 meses a partir de que el niño se integre a su familia.
- Su estatus migratorio o de ciudadanía no afecta su elegibilidad.

CALIFORNIA PAID FAMILY LEAVE

moments matter.

Permiso Familiar Pagado:

Ofrece a los californianos los beneficios que necesitan para estar con sus seres queridos en los momentos que importan.

Español	1-877-379-3819
Inglés	1-877-238-4373
Cantonés	1-866-692-5595
Vietnamita	1-866-692-5596
Armenio	1-866-627-1567
Punyabí	1-866-627-1568
Tagalo	1-866-627-1569
TTY (Teletipo)	1-800-445-1312

Para obtener formularios impresos, recibir información o hablar con un representante, visite alguna de las oficinas del Permiso Familiar Pagado o del Seguro de Incapacidad.

Visite una oficina del Seguro Estatal de Discapacidad (edd.ca.gov/Disability/Contact_SDI_Espanol.htm) cercana a usted.



Para más información, visite CaliforniaPaidFamilyLeave.com

El EDD ofrece igualdad de oportunidad al empleo, acceso a sus programas y servicios. Servicios de asistencia para las personas con discapacidades están disponibles cuando se soliciten. Para pedir servicios, asistencia y/o formatos alternos, comuníquese al **1-866-490-8879** o por TTY (teletipo) al **711**.



PERMISO FAMILIAR PAGADO DE CALIFORNIA

Ayudando a los californianos a estar presente en los momentos que importan.



¿Califico para el Permiso Familiar Pagado?

Para calificar para beneficios del Permiso Familiar Pagado, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener la necesidad de ausentarse de su empleo para cuidar a un familiar que se encuentra gravemente enfermo o establecer un vínculo paternal con un hijo que se acaba de integrar a la familia.
- Contar con cobertura del Seguro Estatal de Incapacidad o con un seguro privado (*voluntary plan*).
- Haber ganado por lo menos \$300 en los últimos 5 a 18 meses.
- Presentar su solicitud a más tardar en 41 días a partir de la fecha en que comience su ausencia familiar. No presente su solicitud antes de la fecha en que comience su ausencia familiar.

Su empleador le puede requerir que tome hasta 2 semanas de su tiempo acumulado de vacaciones o tiempo libre pagado. Consulte con el departamento de recursos humanos de su empleador para verificar cuales son los requisitos.

¿Cómo se calcula la cantidad de los beneficios?

El Permiso Familiar Pagado de California le ofrece de 60 a un 70 por ciento de los sueldos que estaría ganando semanalmente (desde \$50 hasta \$1,300 semanales).

La cantidad de beneficios semanales se calcula con base en el sueldo más alto que haya ganado en un trimestre, durante los últimos 5 a 18 meses antes de que comience su ausencia familiar. El EDD ofrece un método para calcular la cantidad estimada del pago de beneficios semanal que el solicitante podría recibir. Para obtener más información, visite la página de Internet (edd.ca.gov/PFL_Calculator).

Si reúne los requisitos para recibir beneficios, puede elegir como quiere recibir sus pagos: a través de la tarjeta de débito EDD Debit CardSM del Bank of America o por cheque, el cual le enviará el EDD por correo postal.



¿Ofrece protección de empleo el Permiso Familiar Pagado?

El Permiso Familiar Pagado no ofrece protección de empleo ni le garantiza el derecho de regresar a su empleo.

Sin embargo, su empleo podría estar protegido por otras leyes, tales como la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA), la Ley de Derechos de la Familia de California (CFRA) o bajo ley titulada en inglés *New Parent Leave Act* (si califica).

Usted debe notificar a su empleador acerca de sus planes y la razón para ausentarse de su empleo, de acuerdo con las políticas de la empresa.

¿Cómo puedo solicitar beneficios?

Solicite beneficios del Permiso Familiar Pagado a través de **SDI Online** (edd.ca.gov/Disability/SDI_Online_Espanol.htm).

Usted también puede solicitar beneficios usando el formulario impreso titulado en inglés *Claim for Paid Family Leave Benefits* (PFL) (DE 2501F). Para ordenar electrónicamente el formulario en papel, visite la página de Internet en (edd.ca.gov/Forms).

Cuando presente una solicitud para proporcionar cuidado a un familiar, debe proporcionar una certificación médica que demuestre que la persona que recibe cuidado sufre de una condición médica seria y que requiere de su cuidado. Esta certificación debe ser completada por el médico profesional/médico que atiende a la persona que recibe el cuidado. También se requiere la información de la persona que recibe el cuidado y su firma.

Cuando presente una solicitud para establecer un vínculo paternal, debe de incluir junto con la solicitud, la documentación que compruebe la relación entre usted y el hijo, tales como: copia del acta de nacimiento, el acuerdo de colocación para adopción o el documento que certifica que usted ha sido aprobado para el cuidado de un niño bajo el programa de crianza temporal (*foster care*).

Si usted actualmente está recibiendo beneficios del Seguro de Incapacidad debido a un embarazo, no es necesario que pida la solicitud para el Permiso Familiar Pagado. La solicitud para establecer un vínculo paternal se le enviará automáticamente a través de su cuenta de SDI Online o por correo postal cuando su solicitud de beneficios del Seguro de Incapacidad debido a un embarazo termine.

Si usted tiene un seguro privado (*voluntary plan*), comuníquese con su empleador para obtener información acerca de su cobertura y las instrucciones sobre cómo solicitar beneficios.

Si se determina que no reúne los requisitos para recibir beneficios, tiene derecho a:

- Conocer el motivo por el cual se le están negando los beneficios.
- Apelar la resolución sobre su elegibilidad para beneficios. Para más información acerca del proceso de apelación, visite (edd.ca.gov/Disability/Appeals.htm).

Toda la información es confidencial, excepto la que sea para propósitos permitidos por la ley.

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES COMO EMPLEADA EMBARAZADA



SU EMPLEADOR TIENE LA OBLIGACIÓN DE:

- Ofrecer adaptaciones razonables a las necesidades médicas relacionadas con el embarazo, el parto u otras condiciones relacionadas (como modificar por un tiempo las tareas laborales, darle un taburete o silla o permitir descansos más frecuentes).
- Cambiarla a un puesto (si estuviera disponible) o a tareas menos agotadores o peligrosos, si es necesario por razones médicas por el embarazo.
- Darle licencia de incapacidad por maternidad (pregnancy disability leave, PDL) de hasta cuatro meses (los días laborables en los que normalmente trabajaría durante un tercio de año o 17 1/3 semanas) y devolverle el puesto cuando ya no esté incapacitada por el embarazo o, en ciertos casos, un puesto similar. Sin embargo, tener una PDL no la protege de medidas laborales no relacionadas con la licencia, como un despido.
- Darle una cantidad de tiempo razonable para descansar y una habitación u otro lugar cercano al área de trabajo de la empleada para extraerse leche en privado, como se establece en el Código de Trabajo.

LICENCIA DE INCAPACIDAD POR MATERNIDAD:

- La PDL no se da por un período fijo, sino mientras esté incapacitada por el embarazo. El proveedor de atención médica determinará la cantidad de tiempo que necesitará.
- Una vez que se lo ha informado de que necesita una PDL, el empleador debe garantizarle por escrito, si se lo solicita, que usted podrá volver al mismo puesto. El empleador puede exigirle que presente un certificado médico de su proveedor de atención médica que justifique la necesidad de licencia.
- La PDL puede incluir, entre otros, descansos adicionales o más frecuentes, tiempo para citas médicas prenatales o posnatales, reposo en cama indicado por el médico, náuseas intensas por la mañana, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, recuperación del parto o pérdida/terminación del embarazo, o depresión posparto.
- No es necesario tomar la PDL de una vez, sino que se puede tomar según se necesite, como lo indique el proveedor de atención médica, incluyendo licencias intermitentes o un horario de trabajo reducido, que se descuenta de los cuatro meses de licencia que le corresponden.
- La licencia se pagará o no, de acuerdo con la política del empleador para otras licencias médicas. También puede ser elegible para el seguro estatal por incapacidad o la Licencia Familiar Pagada (Paid Family Leave, PFL), administrados por el Departamento de Desarrollo del Empleo de California (California Employment Development Department).
- Según le parezca, puede usar el período de vacaciones u otro tiempo de descanso pagado durante la PDL.
- El empleador puede exigirle utilizar la licencia por enfermedad disponible durante la PDL, o usted puede optar por usarla.
- El empleador debe continuar la cobertura médica grupal durante la PDL, al mismo nivel y en las mismas condiciones en las que se hubiera dado la cobertura si usted hubiera seguido trabajando con continuidad el tiempo que dura su licencia.
- Es posible que tomar la PDL afecte algunos beneficios y la fecha de antigüedad; hable con su empleador para obtener más información.
- De ser posible, debe dar una notificación con al menos 30 días de anticipación para eventos previsibles (como el nacimiento previsto de un bebé o un tratamiento médico planificado para usted). Para eventos que son imprevisibles, necesitamos que notifique, al menos verbalmente, tan pronto como sepa sobre la necesidad de una licencia. El incumplimiento de estas reglas de notificación contribuye y puede ocasionar el aplazamiento de la licencia solicitada hasta que cumpla con esta política de notificación.

OBLIGACIONES DE NOTIFICACIÓN COMO EMPLEADA:

- Darle al empleador notificaciones razonables. Para poder obtener adaptaciones razonables, obtener una transferencia o tomar la PDL, debe notificar al empleador con tiempo suficiente para que haga los planes adecuados. "Tiempo suficiente" son 30 días de anticipación si la necesidad de adaptaciones razonables, transferencia o PDL es previsible; si no, tan pronto como sea posible en caso de una emergencia o un imprevisto.
- Dar un certificado médico escrito de su proveedor de atención médica. A excepción de una emergencia médica en la que no haya tiempo para obtenerlo, el empleador puede exigirle que presente un certificado médico escrito de su proveedor de atención médica sobre la necesidad de adaptación razonable, transferencia o PDL. Si la necesidad es una emergencia o un imprevisto, debe presentar este certificado dentro del período que pida el empleador, a menos que no sea posible hacerlo dadas las circunstancias aunque actúe de manera diligente y de buena fe. El empleador debe darle al menos 15 días corridos para presentar el certificado. Hable con el empleador para obtener una copia del formulario de certificado médico para dárselo a su proveedor de atención médica.
- Tenga en cuenta que si no entrega la notificación anticipada al empleador o, si el empleador lo exige, un certificado escrito de la necesidad médica, el empleador puede tener justificación para retrasar la adaptación razonable, la transferencia o la PDL.

DERECHOS ADICIONALES SEGÚN LA LEY DE DERECHOS DE LA FAMILIA DE CALIFORNIA (CFRA) Y LA LEY DE LICENCIA PARA NUEVOS PADRES (NPLA):

Según la Ley de Derechos de la Familia de California de 1993 (California Family Rights Act, CFRA), si trabajó con nosotros más de 12 meses y al menos 1,250 horas en ese período antes de la fecha en la que quiere comenzar la licencia, y si tenemos 50 o más empleados en su lugar de trabajo o dentro de las 75 millas de dicho lugar, es posible que tenga derecho a una licencia de cuidado familiar o médica (licencia CFRA). Esta licencia puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses para el nacimiento, la adopción o la ubicación en crianza temporal del bebé o debido a una condición grave que tenga usted, su hijo, su padre/madre o su cónyuge. Si tenemos menos de 50 empleados en su lugar de trabajo o dentro de las 75 millas de dicho lugar, pero al menos 20 empleados en su lugar de trabajo o dentro de las 75 millas de dicho lugar, es posible que tenga derecho a una licencia de cuidado familiar para el nacimiento, la adopción o la ubicación en crianza temporal de su hijo según la Ley de Licencia para Nuevos Padres (New Parent Leave Act, NPLA). De forma similar a la licencia CFRA, la licencia NPLA puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses. Aunque la ley solo da licencias no pagadas, los empleados pueden elegir o los empleadores pueden exigir el uso de licencias pagadas acumuladas durante la licencia CFRA en ciertas circunstancias, y los empleados pueden usar las licencias pagadas acumuladas mientras toman la licencia NPLA.*

*La CFRA y la NPLA se aplican a todos los empleados del estado de California y cualquier otra subdivisión política o civil del estado y las ciudades, independientemente de la cantidad de empleados.

Esta notificación es un resumen de los derechos y las obligaciones según la Ley de Vivienda y Empleo Justos (Fair Employment and Housing Act, FEHA). Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones como empleada embarazada, hable con su empleador, visite el sitio web del Departamento de Vivienda y Empleo Justos en www.dfeh.ca.gov o comuníquese con el DFEH llamando al (800) 884-1684 (voz o por operador de retransmisión 711), TTY (800) 700-2320 o escribiendo a contact.center@dfeh.ca.gov. El texto de la FEHA y las normas que lo interpretan están disponibles en el sitio web del Departamento de Vivienda y Empleo Justos en www.dfeh.ca.gov.

CONTACTO

Línea sin cargo: (800) 884-1684
TTY: (800) 700-2320
contact.center@dfeh.ca.gov
www.dfeh.ca.gov

UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

Este folleto, o uno similar que ha sido aprobado por el Director Administrativo, debe ser entregado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento e incluir sus logos e información adicional en él. El contenido de este folleto se aplica a todas las lesiones laborales que ocurren durante o después del 1 de enero 2013.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpique la piel, lesionarse en un accidente de tránsito mientras hace entregas.

— o —

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

— o —

Crimen en el lugar de trabajo. Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente disgustado.

La discriminación es ilegal

Es ilegal bajo el Código Laboral 132a que su empleador lo castigue o despida porque usted:

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

Si se determina que su empleador discriminó contra usted, él o ella pueden ser ordenados a regresarlo a su trabajo. Su empleador también puede ser obligado a pagar por salarios perdidos, aumentos en beneficios de compensación de trabajadores además de costos y gastos establecidos por la ley estatal.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagada por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Consultas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y ocupacional y cuidado quiropráctico.

- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. El monto que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Le pagarán cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal (*Temporary Disability- TD*) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado tanto como sea posible.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. Le pagarán cada dos semanas si cumple las condiciones exigidas. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. El monto de pago está basada en:
 - Los informes médicos de su doctor
 - Su edad
 - Su ocupación
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo:** Este es un vale de hasta \$6,000 que usted puede utilizar para pagar por entrenamiento/capacitación o mejoramiento de habilidades en una escuela aprobada por el estado, libros, herramientas, honorarios de certificación o licenciatura u otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo trabajo. Usted tiene derecho a este vale si:
 - Tiene una incapacidad permanente
 - Su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo dentro de 60 días después de que el administrador de reclamos recibe un informe médico indicando que ha llegado a una máxima recuperación médica.
- **Beneficios por Defunción:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. El monto del pago está basado en el número de dependientes. El beneficio se paga cada dos semanas en un monto de al menos \$224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona un subsidio para el entierro.

OTROS BENEFICIOS

Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (*Employment Development Department- EDD*) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando se demoran, niegan o terminan los beneficios del programa de compensación de trabajadores. Hay plazos específicos así que para más información comuníquese con la oficina local del *EDD* o vaya a su sitio web en www.edd.ca.gov.

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de *PD* es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero

adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales (*Department of Industrial Relations- DIR*) también conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia yendo a www.dwc.ca.gov y busque el enlace “*Information & Assistance Unit*” bajo la sección *Workers’ compensation programs & units*” o visite la página web del *DIR* en www.dir.ca.gov.

El fraude de compensación de trabajadores es un crimen

Cualquier persona que hace o causa que se haga una declaración intencionadamente falsa para obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un crimen grave. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido

Infórmele inmediatamente a su supervisor sin importar que tan leve sea la lesión. No se demore – hay plazos específicos. Usted puede perder su derecho a beneficios si su empleador no se entera de su lesión dentro de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente, infórmelo tan pronto como se entere que fue causada por su trabajo.

Si usted no puede informarle al empleador o no tiene noticias del administrador de reclamos después de haber reportado su lesión, comuníquese con el administrador de reclamos.

La compañía de seguro de compensación de trabajadores, o si el empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

State National under master Policy of Frontline HRO

Dirección: 1775 Parker Rd. Building C. Suite 210 Conyers, GA 30094

Número de teléfono: 888-623-4035 / risk@frontlinehro.com

Quizás pueda encontrar el nombre de la compañía del seguro de compensación de trabajadores en www.caworkcompcoverage.com. Si no hay cobertura o si la cobertura ha expirado, comuníquese con la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales en www.dir.ca.gov/DLSE ya que por ley, todos los empleados deben ser cubiertos.

Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atiende que su lesión se relaciona a su trabajo. Su empleador puede decirle adónde ir para continuar con su tratamiento.

Número de teléfono de emergencia: Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos o la policía. Para atención médica no urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o diríjase a esta instalación: _____.

Llene el formulario de reclamo DWC 1 y entréguéselo a su empleador

Su empleador debe entregarle un [Formulario de reclamo DWC 1](#) dentro de un día laborable después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, fírmelo y regréselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laborable después de recibir el formulario DWC 1.

Si la lesión se debe a exposiciones repetidas, usted tiene un año desde cuando sabe que su lesión se relaciona a su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en atención médica pagada por su empleador hasta que se acepte o niegue su reclamo. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. Si no, su caso se considera pagable.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará “avisos de beneficios” que le informarán sobre el estado de su reclamo.

MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es un médico de cabecera que lo atiende (*Primary Treating Physician- PTP*)?

Es el médico con la responsabilidad total sobre el tratamiento para su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de lesionarse en el trabajo
- Un médico de la red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN* o
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN*.

¿Qué es una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)?

Una *MPN* es un grupo selecto de proveedores de atención médica que atienden a los trabajadores lesionados. Consulte con su empleador para ver si están usando una *MPN*.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una *MPN*, usted verá a un médico de la *MPN*. Después de su primera consulta, está libre para escoger otro médico de la lista de la *MPN*.

¿Qué es la designación previa?

La designación previa es cuando usted denomina a su médico personal para atenderlo si se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (*M.D.*), doctor en medicina osteopática (*D.O.*) o un grupo médico con un *M.D.* o *D.O.* Debe denominar a su médico por escrito *antes* de que usted se lastime o enferme.

Usted puede designar de antemano a un médico si tiene plan de seguro médico para enfermedades y lesiones no laborales. El médico debe de:

- Haberlo atendido a usted antes
- Haber mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y
- Haber aceptado atenderlo por una lesión o enfermedad laboral antes de que usted se lastima o enferma.

Usted puede usar el formulario “Designación previa de médico personal” incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una *MPN* aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para atenderlo por sus lesiones laborales. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito *antes* de lastimarse. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo.

Las excepciones a la prohibición a que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas incluyen consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

¿QUÉ PASA SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si tiene alguna inquietud, diga algo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos encargado de su reclamo para tratar de resolver el problema. Si esto no funciona, consiga ayuda intentando lo siguiente:

Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*)

Julio 2014

Todas las 24 oficinas de la *DWC* a lo largo del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones de acuerdo a las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de *I&A* ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Sus servicios son gratis.

Para comunicarse con la Unidad de *I&A* más cercana, vaya a www.dwc.ca.gov y bajo la sección "*Workers' compensation programs and units.*" haga clic en el enlace "*Information & Assistance Unit.*" En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

La unidad de *I&A* más cercana está ubicada en:

Dirección: _____.

Número de teléfono: _____.

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus honorarios pueden ser restados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (*State Bar Association*) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web en www.californiaspecialist.org. Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de *I&A* local o consulte las páginas amarillas.

Advertencia

Puede ser que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si usted se lastima en una actividad voluntaria recreativa, social o atlética fuera de su trabajo que no sea parte de sus deberes laborales.

Derechos adicionales

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act- ADA*) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (*Fair Employment and Housing Act- FEHA*). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission- EEOC*) al (800) 669-3362.

La información contenida en este folleto se conforma a los requisitos de información encontrados en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y las secciones 9880 y 9883 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Este documento está aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Revisado 06/17/14 y efectivo para fecha de lesiones durante o después del 1/1/13.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufre una lesión o enfermedad relacionada a su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal(M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- En la fecha de su lesión usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad laboral;
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico personal lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: Llene esta sección.

A: _____ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

(nombre del médico)(M.D., D.O., o grupo médico)

_____ (dirección, ciudad, estado, código postal)

_____ (número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales:

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

AVISO DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tienen una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe entregarle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal.

Información sobre su Quiropráctico o Acupunturista:

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

LICENCIA DE CUIDADO FAMILIAR Y MÉDICA Y LICENCIA DE INCAPACIDAD POR EMBARAZO

DFEH



DEPARTAMENTO DE LA IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA

LA MISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA ES PROTEGER A LOS HABITANTES DE CALIFORNIA DE DISCRIMINACIÓN ILÍCITA EN EL EMPLEO, LA VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS, Y DE LA PERPETRACIÓN DE ACTOS DE VIOLENCIA POR ODIOS Y TRATA DE PERSONAS.

Según la Ley de Derechos de la Familia de California (California Family Rights Act) de 1993, puede tener derecho a una licencia de cuidado familiar o médica para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal de un hijo o por una condición médica grave propia o de un hijo, padre/madre o cónyuge. La ley de California también prohíbe a los empleadores negar o interferir con las solicitudes de licencias de incapacidad por embarazo.

Según la Ley de Derechos de la Familia de California de 1993 (California Family Rights Act, CFRA), si trabajó con nosotros más de 12 meses y al menos 1,250 horas en ese período antes de la fecha en la que quiere comenzar la licencia, y si tenemos 50 o más empleados en su lugar de trabajo o en un radio de 75 millas de dicho lugar, es posible que tenga derecho a una licencia de cuidado familiar o médica (licencia CFRA). Esta licencia puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal del bebé o debido a una condición grave que tenga usted, su hijo, su padre/madre o su cónyuge. Si tenemos menos de 50 empleados en su lugar de trabajo o en un radio de 75 millas de dicho lugar, pero al menos 20 empleados en su lugar de trabajo o en un radio de 75 millas de dicho lugar, es posible que tenga derecho a una licencia de cuidado familiar para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal de su hijo según la Ley de Licencia para Nuevos Padres (New Parent Leave Act, NPLA). De forma similar a la licencia CFRA, la licencia NPLA puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses. Aunque la ley solo da licencias no pagadas, los empleados pueden elegir o los empleadores pueden exigir el uso de licencias pagadas acumuladas mientras toman la licencia CFRA bajo ciertas circunstancias y los empleados pueden usar las licencias pagadas acumuladas mientras toman la licencia NPLA.

Incluso si no es elegible para la licencia CFRA o NPLA, si está incapacitada por embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas, tiene derecho a tomarse una licencia de incapacidad por embarazo de hasta cuatro meses, según el período real de incapacidad. Si es elegible para la licencia CFRA o NPLA, tiene ciertos derechos para tomar AMBAS licencias de incapacidad por embarazo y una licencia CFRA o NPLA por el nacimiento de su hijo. Ambas licencias garantizan la reincorporación (para la

incapacidad por embarazo en el mismo puesto y para CFRA o NPLA en el mismo o uno similar) al final de la licencia, sujeto a cualquier defensa permitida por la ley.

De ser posible, debe notificar con al menos 30 días de anticipación los eventos previsibles (como el nacimiento previsto de un bebé o un tratamiento médico planificado propio o de un familiar). Para eventos que son imprevisibles, necesitamos que notifique, al menos verbalmente, tan pronto como sepa sobre la necesidad de una licencia. El incumplimiento de estas reglas de notificación contribuye y puede ocasionar el aplazamiento de la licencia solicitada hasta que cumpla con esta política de notificación.

Es posible que le pidamos un certificado de su proveedor de atención médica para darle una licencia de incapacidad por embarazo o por condición médica personal grave. Es posible que le pidamos un certificado del proveedor de atención médica de su hijo, padre/madre o cónyuge que tiene una condición médica grave para darle una licencia para el cuidado de un familiar. Por razones médicas, la licencia puede tomarse en un horario de trabajo intermitente o reducido.

Si está tomando una licencia para el nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal del bebé, la duración mínima básica de la licencia es de dos semanas y debe terminar la licencia dentro del período de un año después del nacimiento, la adopción o la colocación en crianza temporal.

Tomar la licencia de cuidado familiar o incapacidad por embarazo puede afectar ciertos beneficios y la fecha de antigüedad. Si quiere obtener más información sobre la elegibilidad para una licencia o el efecto de la misma en la antigüedad y los beneficios, comuníquese con el Departamento de Vivienda y Empleo Justos (Department of Fair Employment and Housing, DFEH).

Para programar una cita, póngase en contacto con el Centro de Comunicación de abajo.

Si tiene una discapacidad que requiere adaptaciones razonables, el DFEH puede ayudarlo escribiendo su informe inicial recibido por teléfono o, para personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla, a través del Servicio de Retransmisión de California, (711) o puede ponerse en contacto con los datos de abajo.

CONTACTO

Línea sin cargo: (800) 884-1684
TTY: (800) 700-2320
contact.center@dfeh.ca.gov
www.dfeh.ca.gov

ACOSO SEXUAL

HOJA DE INFORMACIÓN

DFEH



El acoso sexual es una forma de discriminación por motivos de sexo/género (incluyendo embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas), identidad de género, expresión de género y orientación sexual. Personas de cualquier género pueden ser víctimas de acoso sexual. No necesariamente el acoso sexual ilegal está motivado por el deseo sexual. El acoso sexual puede ser a una persona del mismo género que el del acosador, sin importar la orientación sexual o la identidad de género de la persona.

HAY DOS TIPOS DE ACOSO SEXUAL

- 1. El acoso sexual quid pro quo** (en latín, “esto por eso”) es cuando alguien condiciona un trabajo, ascenso u otro beneficio laboral a la sumisión a insinuaciones sexuales u otra conducta sexual.
- 2. El acoso sexual en un “ambiente de trabajo hostil”** es cuando comentarios o conductas sexuales no deseados interfieren sin razón en el desempeño laboral o crean un entorno de trabajo intimidante, hostil u ofensivo. Puede recibir acoso sexual incluso si la conducta ofensiva no estaba dirigida directamente a usted.

El acoso debe ser grave o generalizado para ser ilegal. Un solo acto de acoso puede ser lo suficientemente grave para ser ilegal.

EL ACOSO SEXUAL INCLUYE MUCHAS FORMAS DE CONDUCTAS OFENSIVAS

CONDUCTAS QUE PUEDEN SER ACOSO SEXUAL:

- 1.** Insinuaciones sexuales no deseadas
- 2.** Ofrecimiento de beneficios laborales a cambio de favores sexuales
- 3.** Miradas lascivas, gestos o exhibición de objetos, imágenes, dibujos animados o carteles sexualmente sugerentes
- 4.** Comentarios, epítetos, insultos o chistes despectivos
- 5.** Comentarios gráficos, palabras sexualmente degradantes, o mensajes o invitaciones sugerentes u obscenos
- 6.** Contacto o agresión física e impedimento o bloqueo de movimientos

Las represalias reales o las amenazas de represalias por rechazar insinuaciones o por quejarse de acoso también son conductas ilegales.

Los empleados o postulantes que creen que fueron acosados sexualmente o que recibieron represalias pueden presentar una queja por discriminación ante el DFEH en un plazo de tres años desde el último acto de acoso o represalia. El DFEH funciona como un buscador neutral de hechos e intenta ayudar a que las partes resuelvan las disputas voluntariamente. Si el DFEH encuentra pruebas suficientes para determinar que hubo discriminación y los esfuerzos por llegar a un acuerdo no funcionan, el Departamento puede presentar una denuncia civil ante un tribunal estatal o federal para tratar las causas de la discriminación y en defensa de la parte demandante. El DFEH puede pedir órdenes judiciales que cambien las políticas y prácticas del empleador, daños punitivos y los honorarios y costos de abogados si gana el litigio. Los empleados también pueden seguir el asunto a través de una demanda privada ante un tribunal civil después de que se haya presentado una queja ante el DFEH y se haya emitido una notificación de derecho de demandar.

RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

Todos los empleadores, independientemente de la cantidad de empleados, están cubiertos por las disposiciones sobre acoso de la ley de California. Los empleadores son responsables del acoso por parte de sus supervisores o agentes. Se podrá considerar personalmente responsables de acoso, de facilitar el acoso y de fomentar el acoso a todos los acosadores, incluyendo el personal supervisor y no supervisor. La ley exige que los empleadores tomen medidas razonables para prevenir el acoso. Si un empleador no lo hace, se lo puede considerar responsable del acoso. Además, un empleador puede ser responsable del acoso por parte de alguien que no sea un empleado (p. ej., un cliente o comprador) a un empleado, un postulante o una persona que le preste servicios. Un empleador solamente será responsable de esta forma de acoso si sabía o debería haber sabido del acoso y no actuó inmediatamente ni impuso una acción correctiva adecuada. Los empleadores tienen la obligación explícita de tomar medidas razonables para prevenir y corregir de inmediato las conductas discriminatorias y de acoso, y de crear un lugar de trabajo sin acoso.

Un programa para eliminar el acoso sexual del lugar de trabajo no solo es un requisito de la ley, sino que es la manera más práctica para un empleador de evitar o limitar la responsabilidad si se produce un acoso.

ACOSO SEXUAL

HOJA DE INFORMACIÓN



RECURSOS CIVILES

- **Daños por angustia emocional de cada empleador o persona que viole la ley**
- **Contratación o reincorporación**
- **Pago retroactivo o ascenso**
- **Cambios en las políticas o prácticas del empleador**

TODOS LOS EMPLEADORES DEBEN TOMAR LAS MEDIDAS QUE SE INDICAN ABAJO PARA PREVENIR EL ACOSO Y CORREGIRLO CUANDO OCURRA:

1. Distribuir copias de este folleto o de otro texto que cumpla el Código 12950 del Gobierno. Está permitido reproducir este folleto en cualquier cantidad.

2. Publicar una copia del póster de empleo del Departamento titulado “La ley de California prohíbe la discriminación y el acoso en el lugar de trabajo”.

3. Desarrollar una política de prevención contra el acoso, la discriminación y las represalias según el artículo 11023 del título 2 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations, CCR). La política debe:

- Estar por escrito.
- Mencionar todos los grupos protegidos por la Ley de Vivienda y Empleo Justos (Fair Employment and Housing Act, FEHA).
- Mencionar que la ley prohíbe que colegas y terceros, y supervisores y gerentes con quienes el empleado tenga contacto, participen en un acto de acoso ilegal.
- Desarrollar un proceso de queja que garantice la confidencialidad lo más posible, una respuesta oportuna, una investigación imparcial y oportuna de personal calificado, documentación y seguimiento del progreso razonable, opciones apropiadas para las acciones correctivas y las resoluciones, y cierres oportunos.
- Ofrecer un mecanismo de queja en donde no se requiera que el empleado presente su queja directamente ante su supervisor inmediato. Ese mecanismo de queja debe incluir, entre otros, disposiciones para la comunicación directa, oral o escrita con un representante designado de la compañía; o una línea directa para expresar quejas; o acceso a un defensor del pueblo; o identificación del DFEH y de la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos (United States Equal Employment Opportunity Commission) como otros medios para que los empleados presenten quejas.
- Indicar a los supervisores que denuncien toda queja por mala conducta a un representante designado de la compañía, como un gerente de Recursos Humanos, para que la compañía pueda intentar resolver el reclamo de manera interna. Los empleadores con 50 empleados

o más deben incluir esto como tema en la capacitación obligatoria sobre la prevención del acoso sexual (leer el artículo 11024 del título 2 del CCR).

- Indicar que, cuando el empleador reciba acusaciones de mala conducta, hará una investigación justa, oportuna y exhaustiva que dé un debido proceso a todas las partes y llegue a conclusiones razonables según las pruebas recogidas.
- Dejar en claro que no se tomarán represalias en contra de los empleados por presentar una queja o participar en una investigación.

4. Distribuir la política de prevención de acoso, discriminación y represalias haciendo una o más de estas acciones:

- Imprimir la política y dar una copia a los empleados con un formulario de acuse de recibo para que lo firmen y devuelvan.
- Enviar la política por correo electrónico con un formulario de acuse de recibo de devolución.
- Publicar la versión actual de la política en una intranet de la compañía con un sistema de seguimiento para garantizar que todos los empleados hayan leído y acusado recibo de la política.
- Explicar las políticas al contratar a un empleado o durante la orientación para nuevos empleados.
- Utilizar cualquier otro método que garantice que los empleados recibieron y entendieron la política.

5. Si el personal del empleador, en cualquier instalación o establecimiento, está formado por un diez por ciento o más de personas que hablan en otro idioma que el inglés, el empleador deberá traducir la política de acoso, discriminación y represalias a cada idioma que hable el diez por ciento del personal, como mínimo.

6. Además, los empleadores con actividades en California y con 5 o más empleados a tiempo parcial o completo deben dar, al menos, una hora de capacitación sobre la prevención del acoso sexual, incluyendo el acoso por motivos de identidad de género, expresión de género y orientación sexual, a cada empleado no supervisor; y dos horas de esa capacitación a cada empleado supervisor. La capacitación debe darse en un plazo de seis meses de asumir el puesto de empleo. Los empleados deben recibir capacitación durante el año calendario 2019 y, después del 1 de enero de 2020, deben recibirla otra vez cada dos años. Para obtener más información, lea los artículos 12950.1 del Código de Gobierno y 11024 del título 2 del CCR.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Department of Fair Employment and Housing

dfeh.ca.gov

Línea telefónica gratis: 800.884.1684

TTY: 800.700.2320

LOS EMPLEADORES DEBEN DAR ESTA INFORMACIÓN A LOS TRABAJADORES NUEVOS CUANDO SON CONTRATADOS Y A AQUELLOS TRABAJADORES QUE LO SOLICITEN

DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, AGRESIÓN SEXUAL Y ACOSO

Su derecho a ausentarse por un tiempo:

- Tiene derecho a pedir y obtener permiso para ausentarse del trabajo para buscar ayuda para proteger la salud, la seguridad o el bienestar suyo y de sus hijos. Puede ausentarse para solicitar una orden de alejamiento u otra orden judicial.
- Si su compañía tiene 25 trabajadores o más, usted puede obtener un permiso laboral para recibir atención médica o hacer uso de los servicios de un refugio contra la violencia doméstica o de un centro de atención para víctimas de violación, recibir asesoría psicológica o recibir planificación de seguridad relacionada con la violencia doméstica, la agresión sexual o el acoso.
- Puede usar sus días de vacaciones disponibles, licencia personal, licencia médica acumulada o tiempo libre compensatorio para ausentarse, a menos que esté bajo un acuerdo sindical que indique algo diferente. Incluso si no tiene licencia pagada, tiene derecho a ausentarse del trabajo.
- Por regla general, no tiene que entregarle prueba alguna a su empleador para ausentarse por estas razones.
- Si puede, debería avisarle a su empleador antes de ausentarse del trabajo. Incluso si no puede avisarle con anticipo, su empleador no puede disciplinarlo si usted justifica su ausencia en un plazo razonable. La prueba puede consistir en un informe policial, una orden del tribunal, un reporte médico o de un asesor, o cualquier documento similar.

Su derecho a un ajuste razonable:

- Tiene derecho a solicitar ayuda a su empleador o a hacer cambios en su lugar de trabajo para garantizar su seguridad en el trabajo. Su empleador debe colaborar con usted para ver qué cambios se pueden hacer. Dichas modificaciones pueden incluir que se instalen cerraduras, que cambien su turno o número de teléfono, que lo transfieran de sede o que le asignen otras responsabilidades laborales o colaborar a mantener un registro sobre lo que le ocurrió. Su empleador puede solicitarle una declaración firmada para certificar que el motivo de su solicitud es justo, y puede solicitar evidencia que justifique su necesidad de hacer modificaciones. Su empleador no puede compartir su solicitud con sus colegas ni con nadie más.

Su derecho a la protección contra la represalia y discriminación:

Su empleador no puede tratarlo diferente ni despedirlo porque:

- Usted es víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.
- Solicitó un permiso para obtener asistencia por estos motivos.
- Pidió ayuda o cambios a su empleador para garantizar su seguridad en el lugar de trabajo.

Puede presentar un reclamo contra su empleador ante la Oficina del Comisionado Laboral si él/ella toma represalias o lo discrimina.

Para más información, comuníquese con la Oficina del Comisionado Laboral de California. Podemos ayudarle al número telefónico 213-897-6595 o puede buscar una oficina local en nuestra página web: www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm. Le facilitaremos un intérprete en su idioma sin costo alguno en caso de que no hable inglés. Este aviso explica los derechos contenidos en las Secciones 230 y 230.1 del Código Laboral de California. Los empleadores pueden utilizar este aviso o alguno que se le parezca mucho en contenido y claridad.