

AVISO A EMPLEADOS
Código Laboral, sección 2810.5

Esta forma, no tiene la intención de alterar la relación a voluntad entre usted y la Compañía. El empleo es en mutuo consentimiento del empleado y la Compañía. En consecuencia, el empleado o la Compañía pueden terminar la relación de empleo a voluntad, en cualquier momento, con o sin causa o previo aviso.

EMPLEADO

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2do nombre _____ Fecha de Contratación: _____

EMPLOYER

Nombre Legal del empleador: Kimco Staffing Services, Inc. (agencia de servicios de personal Incorporada en el estado de CA)

Empleador con otro nombre que hace negocios como bajo el nombre de (si aplica): Kimco Office Pros, Kimco Industrial Staffing, Kimco Technology Group, Kimco Financial Solutions, MediQuest, Advantex Professional Services, Essential Legal Staff

Dirección física de la oficina principal: 17872 Cowan Avenue, Irvine, CA 92614

Dirección de correo para la oficina Principal (Si es diferente) Igual

Número de teléfono del empleador: 949-752-6996

Empleado es asignado a: Kimco Varios- No Determinados

INFORMACIÓN SOBRE EL SUELDO

Escala de pago: _____ **Escala de pago de horas extras:** _____

Esta posición es exenta a paga de tiempo suplementario

Su paga es por: Hora Turno Día Semana Salario Fijo Comisión

Existe contrato de empleo? Sí No (no es por término fijo: "A Voluntad")

Asignaciones de dinero, si las hay, dispuestas como parte del sueldo mínimo (incluyendo dinero asignado para comida u alojamiento) Ninguna

Día de pago regular: Semanalmente, cada viernes

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Nombre de la compañía aseguradora: XL Insurance America, Inc.

Dirección: 725 S. Figueroa St. Suite 4000, Los Angeles, CA 90017

Número de Teléfono: (213) 239-0366 **No. de Póliza:** RWD3001216

PAGO POR TIEMPO DE ENFERMEDAD

A menos que el empleado sea exento, el empleado identificado en este aviso, efectivo el 1 de Julio 2015, tendrá derecho a requisitos mínimos de pago por tiempo de enfermedad bajo la ley estatal que provee que un empleado:

- a. Acumulará paga de enfermedad basada en la tasa designada por el estado de California (al menos que la localidad en donde se asigna el asociado sea diferente por ley)
- b. Puede acumular paga de enfermedad, comenzando el 1 de Julio 2015, y/o puede pedir y usar hasta 3 días o 24 horas de paga de enfermedad acumulada por año, y tendrá que utilizarse en montos de no menos de 2 horas.
- c. No puede ser despedido ni podrá ser victima de represalias por usar o pedir el uso de su paga de enfermedad; y
- d. Tiene el derecho de presentar una queja en contra del empleador que discrimina o toma represalias en contra del empleado por:
 - 1. Pedir o usar la paga de enfermedad que ha acumulado
 - 2. Ejercer el derecho de usar la paga de enfermedad que ha acumulado;
 - 3. Poner una queja o que alega una violación del artículo 1.5, sección 245 et seq. del Código laboral de California
 - 4. Cooperar en una investigación o enjuiciamiento de una violación alegada de este artículo o estar en desacuerdo con políticas, prácticas o hechos que son prohibidos por el artículo 1.5 sección 245 et seq. del Código laboral de California.

Lo siguiente aplica al empleado que está recibiendo este aviso: (Marque una casilla)

- Acumula paga de enfermedad conforme a los requisitos mínimos del código laboral §245 et seq. sin ninguna otra política del empleador que provee terminus adicionales o diferentes de acumulación y uso de pago de tiempo de enfermedad.
- Acumula paga de enfermedad conforme a la póliza del empleador la cual satisface los requisitos de acumulación, límite máximo y uso de acuerdo al código laboral §245.
- El empleador provee no menos de 24 horas (o 3 días) de paga por enfermedad al comienzo de cada período de 12 meses.
- El empleado es exento de recibir paga por enfermedad de acuerdo al código laboral §245.5. (Explique la

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

(NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del representante del empleador) (NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del empleado)

(SIGNATURE of Employer Representative) (FIRMA del empleado)

DATE Date
(Fecha en que firmó el representante y le entregó al empleado) (Fecha en que recibió y firmó el empleado)

La firma del empleado en este aviso solamente constituye el reconocimiento de haber recibido este aviso.

Código laboral 2810.5(b) requiere que el empleador le notifique por escrito de cualquier cambio a la información contenida en este aviso a no más tardar siete días después de la fecha de los cambios, al menos que algo de lo siguiente ocurra: a) todos los cambios son reflejados en la declaración de salario en acuerdo con el código laboral 226; b) Aviso de todos los cambios es provisto por escrito en otro aviso requerido por ley dentro de los siete días del cambio.