

## RECONOCIMIENTO DEL EMPLEO DEL TRABAJADOR

Por favor firme en la parte inferior de esta forma después de leer los siguientes artículos que se refieren a la Compañía mencionada anteriormente:

1. Reconozco que la Compañía me ha notificado de mi derecho a inspeccionar el “Programa de Prevención de Lastimaduras y Enfermedades” en cualquier momento durante las horas de trabajo en la oficina de la Compañía.
2. Reconozco que he recibido de la Compañía una copia impresa del “Manual del Empleado”, con cualquier apéndice, en vigor. Prometo regresar a la oficina de la Compañía dentro de siete (7) días a partir de esta fecha el formulario de “Reconocimiento del Empleado” que está anexo al manual. Además entiendo que este manual no debe ser considerado como un contrato ni expreso ni implícito entre la Compañía y yo.
3. Entiendo y estoy de acuerdo en que mi empleo con esta Compañía es “en forma voluntaria” y por un período no definido. Mi empleo puede ser terminado en cualquier momento, por cualquier motivo, con o sin aviso, a opción mía o de la Compañía.
4. Reconozco y entiendo que mi empleo con la Compañía es temporal o de naturaleza de temporada y solo por un tiempo limitado y que se me está empleando con ese entendimiento. Entiendo que habrá un rebaja despido masiva de empleados al completarse la temporada de cosecha como se hace cada temporada. Por lo tanto, no tendrá derecho a aviso previo por escrito de 60 días antes del final de la temporada bajo ninguno de los Decretos para el **Acta de Ajuste de la Capacitación de los Trabajadores ( W.A.R.N.)** federales o estatales.
5. Reconozco haber recibido, firmado y regresado un “Certificado de Retención de Concesiones del Empleado (Forma W-4) y un formulario de “Verificación de Elegibilidad para el Empleo” (Forma I-9).
6. Reconozco haber recibido una copia de los siguientes documentos sobre compensación del trabajador el cual tengo derecho a recibir debido a los cambios recientes en las leyes de compensación al trabajador: **Guía del Empleado Sobre Compensación al Trabajador** ya sea en Inglés o en Español conteniendo el formulario con la Pre-designación de mi Médico, el formulario de la Notificación de los Derechos y la lista de la randa de proveedores médicas de la compañía.
7. Reconozco haber recibido la **Noticia de Derechos y Responsabilidades bajo la FMLA**. También, los siguientes folletos requeridos por EDD: DE 2320, DE 2511, y DE 2515.
8. Además reconozco haber recibido aquí adjunto el **Aviso a los Empleados de la Política de Períodos de Descanso y del Almuerzo, Política de Tiempo No-Productivo, y Acuerdo de Arbitraje**.
9. Yo reconozco que **los posters requeridos estatales y federales están disponibles para mí** en una carpeta grande de tres aros, la cual esta fácilmente accesible en el vehículo del mayordomo/a.

He leído y comprendo lo anterior.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Empleado