CALIFORNIA
Leyes laborales

J. J. Keller & Associates, Inc.®
Since 1953

Salario mínimo

Department of Industrial Relations

Modifica la Orden de Sueldo Mínimo General y las Órdenes de Industria y Ocupación de IWC

Por Favor Coloque Junto a su Orden de Industria o Ocupación de IWC

Notificación Oficial

SM-2023

Sueldo Mínimo - Todo empleador deberá pagar a cada empleado salarios no inferiores a los siguientes:

A Partir Del 1 de enero de 2023 Sueldo Mínimo $15.50 por hora.

Años anterior		
A PARTIR DEL	**Empleadores con 25 o menos empleados ***	**Empleadores con 26 o más empleados ***
1 de enero de 2022	**$14.00**	**$15.00**
1 de enero de 2021	**$13.00**	**$14.00**
1 de enero de 2020	**$12.00**	**$13.00**

*Los trabajadores a los cuales se considere empleados de un empleador único a los efectos del pago de impuestos según el Código tributario y de Rentas Públicas, artículo 23626 son considerados empleados de ese contribuyente único. A los empleadores y representantes de personas que trabajan en industrias y ocupaciones en el estado de California.

RESUMEN DE ACCIONES

DESE POR NOTIFICADO que el 4 de abril de 2016, el Gobernador de California el gobernador firmó legislación aprobada por la Legislatura de California que incrementa el salario mínimo para todas las industrias. (SB 3, Estatutos de 2016, que modifica el artículo 1182.12 del Código Laboral de California.) Acorde con la autoridad que le otorga el artículo 1182.13, el Departamento de Relaciones Industriales modifica y publica nuevamente los artículos 2, 3, y 5 de la Orden de Salario Mínimo General, SM-2022. El artículo 4, Divisibilidad, no se han cambiado. En conformidad con esta promulgación, se enmiendan los artículos sobre salario mínimo y sobre créditos por alimentos y alojamiento de todas las órdenes de industria y ocupación de IWC.

Este resumen debe ser puesto a disposición de los empleados acorde a las órdenes sobre salarios de IWC. Se pueden obtener copias del texto completo de salarios de salario enmendadas descargándolas en línea en https://www.dir.ca.gov/iwc/WageOrderIndustries.htm o comunicándose con la oficina local del Comisionado Laboral (DLSE por sus siglas en inglés) que corresponde a su domicilio.

1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones de esta Orden será de aplicación a vendedores externos o a individuos que sean los padres, cónyuges o hijos del empleador previamente mencionado en esta Orden a los órdenes de industria y ocupación de IWC. Las excepciones y modificaciones dispuestas por ley o en el artículo 1: Aplicación, o en otros artículos de las órdenes de industria y ocupación de IWC pueden ser utilizadas siempre que dichas disposiciones sean exigibles y aplicables al empleador.

2. SALARIOS MÍNIMOS

Cada empleador deberá pagar a cada empleado un salario mínimo acorde con lo que se consagra en la tabla que figura arriba a partir del día de entrada en vigor.

3. ALIMENTOS Y ALOJAMIENTO - TABLA

Cuando se utilicen créditos por alimentos o alojamiento para cumplir con parte de la obligación del empleador de pagar salarios mínimos, los montos acreditados acorde con un acuerdo voluntario escrito no pueden sobrepasar los siguientes:

A PARTIR DEL:	1 de enero de 2020	1 de enero de 2021	1 de enero de 2022	1 de enero de 2023
Para un empleador que emplee:	26 o más Empleados	25 o menos Empleados	26 o más Empleados	25 o menos Empleados	26 o más Empleados	25 o menos Empleados	Todos los empleadores, independientemente del número de empleados
ALOJAMIENTO							
Habitación ocupada	$61.13 /semana	$56.43 /semana	$65.83 /semana	$61.13 /semana	$70.53 /semana	$65.83 /semana	$72.88 /semana
Habitación compartida	$50.46 /semana	$46.58 /semana	$54.34 /semana	$50.46 /semana	$58.22 /semana	$54.34 /semana	$60.16 /semana
Apartamento-dos tercios (2/3) del valor normal de alquiler, y en ningún caso más de…	$734.21 /mes	$677.75 /mes	$790.67 /mes	$734.21 /mes	$847.12 /mes	$790.67 /mes	$875.33 /mes
Cuando las dos personas de una pareja trabajan para el empleador, dos tercios del valor del alquiler normal y en ningún caso más de…	$1086.07 /mes	$1002.56 /mes	$1169.59 /mes	$1086.07 /mes	$1253.10 /mes	$1169.59 /mes	$1294.83 /mes
ALIMENTOS							
Desayuno	$4.70	$4.34	$5.06	$4.70	$5.42	$5.06	$5.60
Almuerzo	$6.47	$5.97	$6.97	$6.47	$7.47	$6.97	$7.72
Cena	$8.68	$8.01	$9.35	$8.68	$10.02	$9.35	$10.35

Los alimentos y el alojamiento no pueden ser computados como parte del salario mínimo sin un acuerdo voluntario por escrito entre el empleador y el empleado. Cuando un crédito por alimentos y alojamiento se utilice para cumplir con parte de la obligación del empleador de pagar salarios mínimos, los montos acreditados no pueden superar los montos que constan en la tabla de arriba.

4. DIVISIBILIDAD

Si la aplicación de cualquier disposición de esta Orden, o cualquier artículo, inciso, subdivisión, oración, cláusula, frase, palabra o parte de esta Orden fuera declarada inválida, inconstitucional, no autorizada o prohibida por ley, las disposiciones restantes de la misma no se verán afectadas por dicha circunstancia y continuarán teniendo plena vigencia y efecto como si la parte declarada inválida o inconstitucional no hubiera sido aquí incluida.

5. DISPOSICIONES MODIFICADAS

Esta orden modifica el salario mínimo y los créditos por alimentos y alojamiento de SM-2022, así como de las órdenes de industria y ocupación de IWC. (Véase Órdenes 1-15, Arts. 4 y 10; y Órdenes 1-15, Arts. 4 y 9.) Esta orden no hace ningún otro cambio a las órdenes de industria y ocupación de IWC.

Estas modificaciones a las Órdenes sobre Salario entrarán en vigencia a partir del 1 de enero de 2023.

AVISO: Este estado tiene su propia ley de salario mínimo. También se le requiere a los empleadores que fijen el aviso de los Derechos del empleado bajo la Ley de Normas Justas de Trabajo, la cual indica el salario mínimo federal. En caso de que tanto la tasa federal como la estatal se apliquen a un empleado, el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos estipula que el empleado tiene derecho a la tasa mayor del salario mínimo.

ESTE AVISO TIENE ÚNICAMENTE FINALIDAD INFORMATIVA.

REV. 02/2023

Derechos sobre el embarazo

Civil Rights Department

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES COMO EMPLEADA EMBARAZADA

SI ESTÁ EMBARAZADA, TIENE UNA CONDICIÓN MÉDICA RELACIONADA O SE ESTÁ RECUPERANDO DEL PARTO, LEA ESTE AVISO.

SU EMPLEADOR* TIENE LA OBLIGACIÓN DE

- Hacer las adaptaciones razonables según sus necesidades médicas relacionadas con el embarazo, el parto u otras condiciones relacionadas (como modificar por un tiempo las tareas laborales, darle un taburete o una silla, o permitir descansos más frecuentes).
- Cambiarla a un puesto (o hay disponible) o a tareas menos agotadoras o peligrosas, si fuera médicamente necesario debido al embarazo.
- Darle licencia de incapacidad por embarazo (pregnancy disability leave, PDL) de hasta cuatro meses (los días laborables en los que normalmente trabajaría durante un tiempo de cuatro meses). El embarazo puede ocasionarle licencia por incapacidad por embarazo o, en ciertos casos, a un puesto equivalente. Sin embargo, tomar una PDL no la protege de medidas laborales no relacionadas con la licencia, como un despido.
- Darle una cantidad de meses razonable y el uso de una habitación u otro lugar cercano al área de trabajo de la empleada para que pueda extraerse leche en privado cuando lo necesite en el Código de Trabajo.
- Nunca discriminarla, acosarla ni tomar represalias por motivos del embarazo.

LICENCIA DE INCAPACIDAD POR EMBARAZO

- La PDL no es por un empleado* tiempo automático, sino por el período de tiempo que usted esté incapacitada por embarazo, parto o condición médica relacionada. Su proveedor de atención médica determinará la cantidad de tiempo que necesitará.
- Una vez que se le haya avisado a su empleador que usted necesita tomar una PDL, el empleador debe garantizar por escrito que usted pueda reincorporarse al trabajo en el mismo puesto o en uno similar, si usted podría una garantía por escrito. El empleador puede pedirle que presente un certificado médico de su proveedor de atención médica que justifique la necesidad de licencia.
- La PDL puede incluir, entre otros, más recesos a más frecuentes, tiempo para citas médicas prenatales o postales y reposo en cama ordenado por el médico, y cubre condiciones como náuseas matutinas graves, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, recuperación de un parto, o pérdida o finalización del embarazo, o depresión posparto.
- No es necesario que la PDL se tome toda a la vez, pero se puede tomar según se necesite, como lo considere necesario su proveedor de atención médica, incluyendo una licencia intermitente o un horario de trabajo reducido.
- La licencia se pagará o no, dependiendo de la política de su empleador para otras licencias médicas. También puede ser elegible para el seguro estatal por incapacidad o la licencia pagada por asuntos familiares (Paid Family Leave, PFL), administrados por el Departamento de Desarrollo del Empleo de California (California Employment Development Department).
- Según le parezca, puede usar cualquier gotón de vacaciones u otro permiso pagado durante la PDL.
- El empleador puede pedirle que use la licencia por enfermedad disponible durante la PDL, a usted puede elegir cuál. El empleador debe continuar la cobertura médica colectiva durante la PDL, al mismo nivel y en las mismas condiciones en las que se habrían dado la cobertura si usted hubiera seguido trabajando. Los contingentes del empleador que no.
- Es posible que tomar la PDL afecte algunos de sus beneficios y su fecha de su antigüedad; consumirse con su empleador para obtener más información.

OBLIGACIONES DE AVISO COMO EMPLEADA

- Dar al empleador avisos razonables. Para poder recibir adaptaciones razonables, obtener un traslado o tomar la PDL, debe avisar al empleador con tiempo suficiente para que haga los planes adecuados. Avise con tiempo suficiente (con 30 días de antelación, o lo necesitar de adaptaciones razonables, trasladar o PDL es previsible; si no, tan pronto como sea posible, si la necesidad es una emergencia o un imprevisto.
- Dar un certificado médico por escrito de su proveedor de atención médica. Con excepción de una emergencia médica en la que no haya tiempo para obtenerlo, su empleador puede exigirle que presente un certificado médico por escrito de su proveedor de atención médica sobre la necesidad médica de adaptación razonable, traslado o PDL. Si la necesidad es una emergencia o un imprevisto, debe presentar este certificado dentro de los 15 días naturales después de que el empleador se lo pida. Si no es posible hacerlo dadas las circunstancias, procure de sus esfuerzos diligentes y de buena fe. El empleador debe darle al menos 15 días calendario para presentar el certificado. Dicho plazo no se ampliará si el certificado médico para darse a su proveedor de atención médica y que lo completen.
- Tenga en cuenta que si no le da el aviso con la antelación razonable al empleador, o si el empleador lo exige, un certificado médico por escrito de la necesidad médica, el empleador puede tener justificación para retrasar la adaptación razonable, el traslado o la PDL.

OTRA LICENCIA MÁS SEGÚN LA CALIFORNIA FAMILY RIGHTS ACT (CFRA)

Según la Ley de Derechos de la Familia de California (California Family Rights Act, CFRA), si tiene más de 12 meses de servicio con un empleador y ha trabajado al menos 1,250 horas en el período de 12 meses antes de la fecha en que quiere comenzar la licencia, es posible que tenga derecho a una licencia médica o para cuidado de la familia (licencia de CFRA). Esta licencia puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses por el nacimiento, la adopción o la colocación de crianza temporal de su hijo**, a por su propia condición médica grave o el de su hijo, padre***, cónyuge, pareja doméstica, abuelo, nieto, hermano o cualquier otra persona relacionada por sangre o en relación de parentesco con el empleado ("persona designada"). Los empleadores pueden pagar a sus empleados mientras se toman la licencia de CFRA, pero los empleadores no están obligados a hacerlo, a menos que el empleado esté tomando tiempo libre pagado acumulado durante la licencia de CFRA. Los empleados que toman la licencia CFRA pueden ser elegibles para obtener beneficios administrados por el Departamento del Desarrollo del Empleo.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA
Departamento de Derechos Civiles
calcivilrights.ca.gov/complaintprocess/
Línea gratis: 800.884.1684 / TTY: 800.700.2320
Servicio de Retransmisión de California (711)

** Los protecciones de PDL, licencia de CFRA y contra la discriminación se aplican a empleadores de 5 o más empleados; las protecciones contra el acoso se aplican a empleadores de 1 o más personas.*

*** "Hijo" significa un hijo biológico, adoptado, de crianza temporal, un hijastro, un pupilo legal, o un hijo de un empleado o de la pareja doméstica del empleado, o una persona ante quien el empleado está en loco parentis.*

**** "Padre" incluye un padre biológico, de crianza temporal o adoptivo, un suegro, un padrastro, un tutor legal o una persona que estuvo en loco parentis para el empleado cuando el empleado era un niño.*

CRD-ESHP-SP

REV. 02/2023

Seguro de desempleo

Employment Development Department

Aviso para los empleados acerca del seguro de desempleo (UI)

Este empleador está registrado conforme a las contribuciones reglamentarias indicadas en el Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC) y reporta al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD), la retención de los sueldos ganados por sus empleados para propósitos del impuesto y esa retención se acumula para que usted lo pueda utilizar como una base para solicitar pagos de beneficios del Seguro de Desempleo (UI).

Usted puede ser elegible para recibir pagos de beneficios del Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés), si está:

- Desempleado o está trabajando menos del tiempo completo.
- Y
- Se encuentra sin trabajo por razones ajenas a su voluntad; y en condiciones físicas y mentales para trabajar, listo para aceptar un trabajo y buscar un trabajo.

Empleados de instituciones educativas:

- Los pagos de beneficios del Seguro de Desempleo (UI) que se basan en los sueldos que usted ganó mientras estuvo empleado por una institución educativa pública o sin fines de lucro, podrían no ser pagados durante los períodos de vacaciones o el empleado tiene la garantía de poder regresar al empleo al terminar el período de vacaciones (según lo establecido por la sección 1253.1 del Código del Seguro de Desempleo de California (CUIC). Los pagos de beneficios basados en otros empleos en los cuales el empleador haya reportado la retención de los sueldos ganados, podrán ser hechos durante los períodos vacacionales si la persona desempleada es en los demás aspectos elegible para recibir dichos pagos de beneficios, y si las cantidades totales de los sueldos ganados en otros empleos son suficientes para establecer una solicitud para beneficios del Seguro de Desempleo (UI) después de excluir las cantidades de los sueldos ganados por trabajo realizado para una (o más) institución(es) educativa(s) pública(s) o sin fines de lucro.

Atención: Algunos empleadores podrían estar exentos de la cobertura del Seguro de Desempleo (UI) y del Seguro de Incapacidad (DI).

La manera más rápida de presentar una Solicitud para Beneficios del Seguro de Desempleo (UI) es a través de UI Online en www.edd.ca.gov/UI_Online.

Usted también puede presentar la Solicitud para Beneficios del Seguro de Desempleo (UI), llamando al número de teléfono que corresponda a los Estados Unidos:

Español	1-800-326-8937	Mandarin	1-866-303-0706
Inglés	1-800-300-5616	Vietnamita	1-800-547-2058
Cantonés	1-800-547-3506	TTY (teletipo)	1-800-815-9387

Atención: Si usted se tarda en presentar su solicitud, sus pagos de beneficios podrían retrasarse.
Los representantes del EDD están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. hasta las 12:00 del mediodía (Hora del Pacífico).

DE 1857A/S Rev. 19 (7-18) **(INTERNET)**

CU

REV. 07/2018

Emergencia

Department of Industrial Relations - CAL/OSHA

Información de contacto en caso de emergencia

EMERGENCIA

AMBULANCIA:	911 or 209.366.7020
BOMBEROS / RESCATE:	911 or 209.464.4648
HOSPITAL:	209.334.3411
MÉDICO:	Dr. Buchannon - 209.339.7441
ALTERNATIVA:	Dr. Tourlette - 209.955.1229
POLICÍA:	911
CAL/OSHA:	209.545.7310

El aviso es requerido por el Título 8, Sección 1512 (c), Código de Regulaciones de California

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
Publicaciones de Cal/OSHA
DOSHPublications@dir.ca.gov

S-500

REV. 03/1990

Compensación a los trabajadores

Department of Industrial Relations - Division of Workers' Compensation
Departamento de Relaciones Industriales, División de Compensación de Trabajadores

Aviso a los empleados - Lesiones causadas por el trabajo

Es posible que usted tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma a causa de su trabajo. La compensación de trabajadores cubre la mayoría de las lesiones y enfermedades físicas o mentales relacionadas con el trabajo. Una lesión o enfermedad puede ser causada por un evento (como por ejemplo lastimarse la espalda en una caída) o por acciones repetidas (como por ejemplo lastimarse la muñeca por hacer el mismo movimiento una y otra vez).

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías, medicinas, equipo médico y costos de viaje que son razonablemente necesarios para tratar su lesión. Usted nunca debería ver un cobro. Hay límites para ciertas quiropracticas, de terapia física y de terapia ocupacional.
- **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted puede sufrido mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si usted no se recupera completamente y si su lesión le causa una pérdida permanente de su función física o mental que un médico puede medir.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento en el Trabajo:** Si no vale no transferible a su lesión surge en o después del 1/1/04, y su lesión le ocasiona una incapacidad permanente, y su empleador no le ofrece a usted un trabajo regular, modificado, o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a sus dependientes si usted muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Designación de su Propio Médico de una Lesión o Enfermedad (Designación previa). Es posible que usted pueda elegir al médico que le atienda en una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si elegible, usted debe informarle al empleador, en escrito, el nombre y la dirección de su médico personal o grupo médico, antes de que usted se lesione. Usted debe de ponerse de acuerdo con su médico para que atienda la lesión causada por el trabajo. Para instrucciones, vea la información escrita sobre la compensación de trabajadores que le dé su empleador antes o los empleados nuevos.

Si Usted se Lastima:

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para pueda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita atención para médicos, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No lo demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador o administrador de reclamos debe autorizar todo tratamiento médico, hasta don del dólares, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su persona lesión, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP).** Este en el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad.
   - Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico, usted puede consultar a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
   - Si su empleador está utilizando una Red de Proveedores Médicos (MPN) o una Organización de Cuidado Médico (HCO), en la mayoría de los casos usted será enviá tratado dentro de la MPN o la HCO a menos que usted designó previamente un médico personal o grupo médico. Una MPN es un grupo de médicos y proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento a trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador o está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
   - Si su empleador no está utilizando una MPN o HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede escoger el médico que le atienda primero, cuando usted se lesiona, a menos que usted designó previamente a un médico personal o grupo médico.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN. Si cual es un grupo de proveedores de asistencia médica designados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado.** Si usted está incibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información de contacto de la MPN:

PLAN WEB O EL NOMBRE	www.myhealthbenefits.com
FECHA DE VIGENCIA DE LA MPN:	2/1/23
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MPN:	108990
SI USTED NECESITA AYUDA EN LOCALIZAR UN MÉDICO EN UNA MPN, LLAME A SU ASISTENTE DE ACCESO DE LA MPN AL:	844.287.8830
SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE LA MPN O QUIERE PRESENTAR UNA QUEJA EN CONTRA DE LA MPN, LLAME A LA PERSONA DE CONTACTO DE LA MPN AL:	844.804.4042

Discriminación. Es ilegal que su empleador le despida o despida por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

¿Pregunta? Aprenda más sobre la compensación de trabajadores leyendo la información que se requiere que su empleador le dé o usando el contenido. Si usted tiene preguntas, se comunique con su empleador o al administrador de reclamos (que se encarga de los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador):

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS:	Jo Vanotti
TELÉFONO:	209.367.3226
ASEGURADOR DEL SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADOR	National Interstate Insurance Company

(Anote "autoasegurado" si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia de la DWC está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. en:

31 E. Channel St. Stockton, CA 95202

o llamando al número gratuito **(800) 736-7401**. Usted puede obtener más información sobre la compensación de trabajadores en Internet en: www.dir.ca.gov o yendo a un sitio web del Seguro Social del Empleado en: www.dir.ca.gov/InjuredWorkers/EmployeeSocialSecurityBenefits.html

Los reclamos falsos y rechazos falsos del reclamo. Cualquier persona que haga o que ayude que se haga una declaración a una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores, es culpable de un delito grave y puede ser multado y encarcelado.

Es posible que su empleador no sea responsable por el pago de beneficios de compensación de trabajadores para ninguna lesión que provenga de su participación voluntaria en cualquier **actividad fuera del trabajo, recreativa, social, o artística** que no sea parte de sus deberes laborales.

DWC 7

REV. 01/01/2016

Derecho por enfermedad con goce de sueldo

Division of Labor Standards Enforcement, Office of the Labor Commissioner

División del Cumplimiento de Normas Laborales | **Oficina del Comisionado del Trabajo**

ESTE CARTEL DEBE EXHIBIRSE DONDE LOS EMPLEADOS PUEDAN LEERLO

LA LEY DE LUGAR DE TRABAJO SALUDABLE/FAMILIAS SALUDABLES DE 2014
DERECHO POR ENFERMEDAD CON GOCE DE SUELDO

Derecho:

- Un empleado que, el 1 de julio de 2015 o después del mismo, trabaje en California por 30 días o más dentro de un año a partir de la fecha en que comience a trabajar, tiene derecho a un permiso por enfermedad con goce de sueldo.
- El derecho por enfermedad con goce de sueldo se acumula a razón de una hora por cada 30 horas trabajadas, pagadas según la tasa regular del sueldo del empleado. La acumulación empezará el primer día de trabajo o el 90º día después del 4 de julio de 2015, el que sea más tarde.
- El derecho por enfermedad con goce de sueldo acumulado se transferirá al año siguiente de empleo y puede limitarse a 48 horas o 6 días. Sin embargo, sujeto a condiciones específicas, si un empleador tiene una política de derecho por enfermedad con goce de sueldo o permisos retribuidos (PTO), por sus siglas en inglés) que provee no menos de 24 horas o tres días de derecho por enfermedad o permisos retribuidos, no se requiere acumulación o transferencia si el monto completo de derecho se recibe al principio de cada año según la política.

Uso:

- Un empleado puede utilizar días de enfermedad acumulados a partir de noventa días de empleo.
- Un empleado proveerá días por concepto de derecho por enfermedad con goce de sueldo acumulados cuando use el derecho. El empleador puede limitar el uso a no menos de dos horas o ocho horas por día natural, dependiendo de la política del empleador.
- Un empleador puede limitar el uso de días por concepto de derecho por enfermedad con goce de sueldo a 24 horas o tres días en cada año de empleo.

Está prohibida la represalia o la discriminación contra un empleado que solicite días por concepto de derecho de enfermedad con goce de sueldo o utilice días por concepto de derecho de enfermedad con goce de sueldo o ambos. Un empleado puede presentar una demanda ante el Comisionado del Trabajo contra un empleador que tome represalias o discrimine contra el empleado.

Para información adicional puede contactar a su empleador o a su oficina local del Comisionado del Trabajo. Localice la oficina buscando en la lista de las oficinas disponible en línea web http://www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm» utilizando la guía alfabética de ciudades, los condados, y las comunidades. El personal está disponible directamente y por teléfono.

Publicación de Licencia por enfermedad con goce de sueldo de la DLSE

REV. 11/2014

Ausencia

Civil Rights Department

LICENCIA DE CUIDADO FAMILIAR Y MÉDICA, Y LICENCIA DE INCAPACIDAD POR EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE LA IGUALDAD EN EL EMPLEO Y LA VIVIENDA

Según la ley de California, los empleados pueden tener el derecho a tomar una licencia protegida para cuidar de su propia condición médica grave o de un familiar con una condición médica grave, o para vincularse con un nuevo niño (ya sea en el contexto de un nacimiento, una adopción o una crianza temporal). La ley de California también exige que los empleadores den licencias y adaptaciones protegidas a las empleadas que estén incapacitadas por embarazo, parto o una condición médica relacionada.

Según la Ley de Derechos de la Familia de California (California Family Rights Act, CFRA), de 1993, muchos empleados tienen derecho a tomar una licencia protegida, o decir, una licencia que, al finalizar, les permita volver a su trabajo o a un trabajo similar. Esta licencia puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses para el empleado que debe acuparse de:

- su propia condición médica grave;
- la condición médica grave de un hijo, cónyuge, pareja, padre, madre, suegro, padrastro, madrastra o alguien parentesco cercano (o cuyo padre o madre sea un pariente cercano) de un empleado*;
- tenga un cuenta que si no le da el aviso con la antelación razonable al empleador, o si el empleador lo exige, un certificado médico por escrito de la necesidad médica, el empleador puede tener justificación para retrasar la adaptación razonable, el traslado o la PDL.

OTRA LICENCIA MÁS SEGÚN LA CALIFORNIA FAMILY RIGHTS ACT (CFRA)

Según la Ley de Derechos de la Familia de California (California Family Rights Act, CFRA), si tiene más de 12 meses de servicio con un empleador y ha trabajado al menos 1,250 horas en el período de 12 meses antes de la fecha en que quiere comenzar la licencia, es posible que tenga derecho a una licencia médica o para cuidado de la familia (licencia de CFRA). Esta licencia puede durar hasta 12 semanas laborables en un período de 12 meses por el nacimiento, la adopción o la colocación de crianza temporal de su hijo**, a por su propia condición médica grave o el de su hijo, padre***, cónyuge, pareja doméstica, abuelo, nieto, hermano o cualquier otra persona relacionada por sangre o en relación de parentesco con el empleado ("persona designada"). Los empleadores pueden pagar a sus empleados mientras se toman la licencia de CFRA, pero los empleadores no están obligados a hacerlo, a menos que el empleado esté tomando tiempo libre pagado acumulado durante la licencia de CFRA. Los empleados que toman la licencia CFRA pueden ser elegibles para obtener beneficios administrados por el Departamento del Desarrollo del Empleo.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA
Departamento de Derechos Civiles
calcivilrights.ca.gov/complaintprocess/
Línea gratis: 800.884.1684 / TTY: 800.700.2320
Servicio de Retransmisión de California (711)

** Las protecciones de PDL, licencia de CFRA y contra la discriminación se aplican a empleadores de 5 o más empleados; las protecciones contra el acoso se aplican a empleadores de 1 o más personas.*

*** "Hijo" significa un hijo biológico, adoptado, de crianza temporal, un hijastro, un pupilo legal, o un hijo de un empleado o de la pareja doméstica del empleado, o una persona ante quien el empleado está en loco parentis.*

**** "Padre" incluye un padre biológico, de crianza temporal o adoptivo, un suegro, un padrastro, un tutor legal o una persona que estuvo en loco parentis para el empleado cuando el empleado era un niño.*

DLSE 8

REV. 06/2002

Día de paga

Department of Industrial Relations - Division of Labor Standards Enforcement

Aviso del día de paga

Departamento de Relaciones Industriales
División del Estado de California
Division de la Aplicación de Normas de Trabajo

AVISO DEL DÍA DE PAGA

LOS DÍAS DE PAGA HABITUALES PARA EMPLEADOS DE Tiger Lines, LLC
(NOMBRE DE LA EMPRESA)

DEBEN SER DE LA SIGUIENTE MANERA: Viernes después de las 3pm

EN CONFORMIDAD CON LAS SECCIONES 204, 204A, 204B, 205 Y 205.5
DEL CÓDIGO DE TRABAJO DE CALIFORNIA

POR Jim Musgrave
TÍTULO CFO

PUBLICAR AVISO

REV. 06/2002

UI, DI, PFL

Employment Development Department

Aviso para los empleados:

ESTE EMPLEADOR ESTÁ REGISTRADO CON EL DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO (EDD) COMO ES REQUERIDO POR EL CÓDIGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO DE CALIFORNIA Y ESTÁ REPORTANDO SUELDOS QUE SON CRÉDITOS QUE ESTÁN SIENDO ACUMULADOS PARA QUE USTED PUEDA RECIBIR:

UI - Seguro de Desempleo

(Financiado en su totalidad por los empleados)
El Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) es pagado por su empleador y le proporciona un reemplazo parcial de sus sueldos cuando está desempleado y puede reclamar beneficios. Usted puede recibir beneficios de UI por hasta 26 semanas de beneficios de UI, tiene que cumplir con todos los requisitos de elegibilidad del UI, incluyendo estar disponible para trabajar y buscando empleo.

Cómo presentar una nueva solicitud del UI

Utilice una de los siguientes métodos:

- **Internet:** UI Online™ es la manera más rápida y conveniente de presentar su solicitud del UI. Para empezar, visite UI Online (edd.ca.gov/UI_Online_Espanol).
- **Teléfono:** Los representantes del EDD están disponibles en los siguientes números telefónicos gratuitos, de lunes a viernes, de **8 a.m. a 12 del mediodía** (hora del Pacífico) con excepción de los días festivos del estado.

Inglés	1-800-300-5616	Español	1-800-326-8937	TTY (teletipo)	1-800-815-9387

- **Correo postal o fax:** Guarde un acorde a UI Online para presentar una nueva solicitud, a algunos solicitantes se les indicará que envíen por correo postal o por fax la solicitud del UI al EDD. Si esto ocurre, la *Solicitud para Beneficios del Seguro de Desempleo, DE 1101SS*, será mostrada. Para un proceso más rápido y seguro, envíe el formulario completo por fax, al número de teléfono que aparece en el formulario. Si envía el formulario por correo postal, envuelva a la dirección postal que aparece en el formulario y espere tiempo adicional para que sea procesado.

Importante: Si usted se tarda en presentar su solicitud, los pagos de beneficios se pueden demorar.

DI - Seguro de Incapacidad

(Financiado en su totalidad con las contribuciones de los empleados)
El Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés) es financiado con las contribuciones de los empleados y proporciona reemplazo parcial de sueldos a los residentes de California que son elegibles debido a que no pueden trabajar porque tienen una enfermedad que no está relacionada con el empleo, una lesión, un embarazo o una discapacidad.

El empleador debe proporcionar el folleto de *Información y Requisitos del Seguro de Incapacidad* (DE 2515S) a cada empleado nuevo que contrate y a cualquier empleado que renuncie al primero de dos días después de haber sido contratado o enfermedad no relacionada con el empleo, una lesión, embarazo o discapacidad.

Cómo presentar una nueva solicitud del DI

Utilice una de los siguientes métodos:

- **Internet:** DI Online™ es el método más rápido y conveniente para presentar su solicitud. Para empezar, visite SDI_Online (edd.ca.gov/SDI_Online_Espanol).
- **Correo postal:** Para presentar una solicitud con el EDD por correo postal, complete y envíe el formulario titulado *Solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501FS). Puede obtener el formulario impreso por medio de su empleador, su médico/profesional médico, visitando una oficina del Seguro Estatal de Incapacidad, por internet en EDD Forms and Publications (edd.ca.gov/Forms) o llamando al 1-877-238-4373.

Nota: Si su empleador ofrece un plan de seguro privado (voluntario/plan) para la cobertura de DI, comuníquese con su empleador para solicitar ayuda.

Para más información acerca del DI, visite Seguro Estatal de Incapacidad (edd.ca.gov/disability) o llame al 1-800-480-3287.

TTY (teletipo, para personas sordas o con dificultades auditivas) está disponible en el 1-800-563-2441.

PFL - PERMISO FAMILIAR PAGADO

(Financiado en su totalidad con las contribuciones de los empleados)
El Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés) es financiado con las contribuciones de los empleados y proporciona reemplazo parcial de sueldos a los residentes de California que son elegibles y que necesitan ausentarse de su empleo para cuidar de un familiar gravemente enfermo, tales como un niño, un padre, suegro, abuelo, niños, hermano, pareja doméstica o alguien parentesco cercano. Los beneficios están disponibles para los padres que necesitan ausentarse de su empleo para establecer un vínculo paternal con un nuevo hijo ya sea por nacimiento, adopción o bajo el cuidado de crianza temporal (foster care). También están disponibles para los californianos elegibles que necesitan ausentarse de su trabajo para participar en un evento aprobado como resultado de un desplegar militar al extranjero de un familiar, tales como un esposo, pareja doméstica debidamente registrada, padre o hijo.

Su empleador debe proporcionar el folleto del *Permiso Familiar Pagado (PFL) de California* (DE 2511S) a cada empleado nuevo que contrate y a cada empleado que necesite ausentarse de su empleo para cuidar de un familiar gravemente enfermo, para establecer un vínculo paternal con un nuevo niño o participar en un evento militar aprobado

Cómo presentar una nueva solicitud del PFL

Utilice una de los siguientes métodos:

- **Internet:** SDI Online es el método más rápido y conveniente para presentar una solicitud. Para empezar, visite SDI_Online (edd.ca.gov/SDI_Online_Espanol).
- **Correo postal:** Para presentar una solicitud con el EDD por correo postal, complete y envíe el formulario titulado *Solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado (PFL)* (DE 2501FS). Puede obtener el formulario impreso por medio de su empleador, su