



No es necesario responder a esta información a menos que tenga un número OMB válido.

OMB No.: 1215-0187  
Vence: 02-28-02

### Información Sobre el Trabajador — Términos y Condiciones de Empleo

1. Lugar de empleo: \_\_\_\_\_
2. Período de empleo: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
3. Escala salarial a pagar: \$ \_\_\_\_\_ por hora Pago a destajo \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_
4. Cultivos y tipos de actividades: \_\_\_\_\_
5. Transporte u otros beneficios, si corresponde: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Gastos con cargo a los trabajadores, si corresponde: \_\_\_\_\_
6. Indemnización por accidente de trabajo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del (de los) asegurado(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Persona(s) y número de teléfono de la(s) persona(s) a notificar para presentar reclamación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Plazo para presentar reclamación: \_\_\_\_\_
7. Seguro de compensación por desempleo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. Otros beneficios: \_\_\_\_\_ Gasto(s) \_\_\_\_\_
9. En el caso de los trabajadores migrantes que necesiten alojamiento, el tipo de alojamiento disponible y el costo, si corresponde: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Cargo(s): \_\_\_\_\_
10. Enumere toda huelga, paro o interrupción de las operaciones por parte de los empleados en el lugar donde se empleará a los trabajadores.  
(Si no ha habido huelgas, etc., indique "Ninguna")  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Indique todo acuerdo o convenio firmado con los propietarios del establecimiento o los agentes para el pago de una comisión u otros beneficios por ventas hechas a los trabajadores. (Si no hay ningún acuerdo o convenio, indique "Ninguno");  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) que proporciona(s) esta información: \_\_\_\_\_

*Nota:* La División de Horarios y Salarios del Departamento de Trabajo ofrece este formulario en otros idiomas para permitir a los empleadores cumplir con el requisito de notificación de los términos y las condiciones en un idioma que sea común a los trabajadores. Comuníquese con la oficina más cercana de la División de Horarios y Salarios a los efectos de obtener dichos formularios.

La Ley de Protección de los Trabajadores Agrícolas Migrantes y Estacionales exige la divulgación por escrito de la información precedente a los trabajadores migrantes y jornaleros al contratarlos, y a los trabajadores estacionales que no sean jornaleros, previa solicitud, al ofrecerles empleo. Se puede usar este formulario opcional para divulgar la información necesaria. En lo sucesivo, todo trabajador migrante o estacional tiene el derecho a solicitar a su empleador una declaración escrita de la información que se describe antes. También se puede usar este formulario opcional con este propósito.

Se calcula que toma un promedio de 32 minutos llenar toda esta información, incluido el tiempo para repasar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios y llenar y repasar toda la información. Si tiene algún comentario con respecto a este cálculo o cualquier otro aspecto de esta información, inclusive recomendaciones para reducir esta carga, envíelos a Administrator, Wage and Hour Division, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. **NO Envíe a Esta Oficina el Formulario Con la Información.**