

Secretaría de Asuntos Legales y Normas
Negociado de Normas de Trabajo

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTOS POR NOMINA

Información sobre el Patrono		
Información de Patrono o Compañía:		
Dirección Postal:		
Teléfono:		
Dirección Física:		
Teléfono:		
Compañía Aseguradora o Banco de Fideicomiso		
Nombre de la compañía o banco:		
Dirección Postal:		
Nombre y Título del Oficial Encargado:		
Información sobre Empleados		
Número de empleados que serán cubiertos por el plan o póliza: _____		
Unionados: _____ No unionados: _____		
Indique si los empleados interesados para que el patrono les descuente una suma estipulada, lo autorización por escrito:		
Sí	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indique si este plan provee alguna cubierta o beneficio para los dependientes de los empleados:		
Sí	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Información sobre Uniones Obreras		
<u>Nombre de la Unión</u>	<u>Dirección</u>	<u>Presidente</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Señale si el plan o póliza es para beneficio único de los empleados y/o sus dependientes:		
Sí	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Firma del patrono o su representante

Fecha

Título

REQUISITOS BASICOS:

Es necesario que el patrono que el patrono suministre una relación completa de los empleados por el (los) plan (es) en Puerto Rico. La misma debe incluir el costo del plan por beneficios para el empleado y sus dependientes. Debe indicar, además la contribución que a dicho costo hace tanto el empleado como el patrono y el nombre de la Aseguradora o Banco de Fideicomiso:

Es imprescindible que nos envíe copa del plan o póliza maestra. En caso de Planes de Pensiones, Retiro, Ahorro y/o Participación en las Ganancias.

Para ofrecer la información señalada, debe utilizar el formulario NNT-12 & 13 que provee el Negociado de Normas del Trabajo

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR NOMINA

De acuerdo con la Sección E (g) de la Ley del 17 de abril de 1931, según enmendada, yo _____ por la presente autorizo a mi patrono _____. A descontar de mi sueldo o salario la cantidad de \$_____ como mi aportación para el pago de las cubiertas del seguro o seguros siguientes, a cuyos soy elegible.

Seguro

Compañía Aseguradora

Certifico tener conocimiento de mi derecho a revocar en cualquier momento esta autorización de descuento en partes o en su totalidad, según dispone el plan el proveer para el retiro voluntario de cualquier empleado sin que se afecte la continuación y funcionamiento del mismo.

Fecha

Firma del Empleado
