



AMM Accounting Solutions and Consulting, LLC

1046 E. Pistioa Drive Meridian, Idaho 83642

Declaración de Exención de Horas Extras para Residentes

Nombre del Empleador: _____

Nombre de la Persona que Recibe Servicios _____

Confirmando que mi empleado mencionado a continuación es un trabajador de servicio doméstico que reside en el lugar de trabajo y está exento de los requisitos de horas extras de la Ley de Normas Justas de Trabajo.

Doy fe de lo siguiente:

- Mi empleado recibirá al menos el salario mínimo por todas las horas trabajadas.
- Mi empleado reside en mi propiedad de manera permanente o por períodos prolongados.
- Existe un acuerdo escrito que indica el número de horas que mi empleado trabajará. It is understood that:
 - Las horas designadas para dormir, las horas de comida y otros períodos de libertad de las tareas laborales están excluidos de las horas trabajadas.
 - Los empleados deben ser compensados si las tareas laborales interrumpen los períodos de libertad de las horas de trabajo
 - Los empleados pueden permanecer en el sitio o salir de las instalaciones durante las horas de libertad del trabajo.

Reconozco que soy el empleador del empleado mencionado a continuación y que cumplo con los requisitos de la exención.

Firma del Empleador: _____ Fecha _____

Firma del Empleado: _____ Fecha _____

Nombre del Empleado (por favor en letra de imprenta): _____