



Employee Part-time / Temporary / Seasonal Employment Agreement

This employment agreement hereby entered into between **MKB Construction**, the Employer, and _____, the Employee.

Employer and Employee agree as follows:

The Employer agrees to employ employee in a part-time/temporary status.

The Employee's work schedule will vary according to the needs of the Employer.

As a part-time/temporary Employee, the employee is not eligible to participate in any fringe benefits or retirement programs.

The Employee understands that the part-time/temporary status does not entitle Employee to any special consideration for permanent or full-time employment.

The agreement shall be governed by the laws of the State of California. By accepting employment, you agree not to disclose any confidential information regarding this company, any persons employed by this company, or our clients learned in the course of your employment to anyone outside of this company during and after your term of employment.

This employment is an at-will employment that may be terminated without cause and without advance notice. Only the president of the company has the authority to modify the terms of your employment.

The Employee starting hourly wage will be determined by the Forman on duty after employee's work skills are assessed. Except for increases in hourly wages provided at the discretion of the Employer. The terms of this agreement remain in effect until amended in writing and signed by the Employer.

Absence without notification for more than **three (3)** consecutive days is considered job abandonment and is considered a voluntary resignation.

Date: _____ Employee Signature: _____



Empleado a tiempo parcial / Temporal / Temporal Acuerdo de Empleo

Este contrato de trabajo por este medio concertado entre MKB Construction, el Empleador, y _____, el Empleado.

El Empleador y el Empleado acuerdan lo siguiente:

El Empleador se compromete a emplear un empleado a tiempo parcial o temporal.

El horario de trabajo del empleado variará según las necesidades del empleador.

Como Empleado a Tiempo Parcial / Temporal, el empleado no es elegible para participar en ningún beneficio adicional o programa de jubilación.

El Empleado entiende que la condición de tiempo parcial / temporal no da derecho al Empleado a ninguna consideración especial para el empleo permanente o de tiempo completo.

El acuerdo se regirá por las leyes del Estado de California. Al aceptar un empleo, usted se compromete a no divulgar ninguna información confidencial con respecto a esta compañía, a ninguna persona empleada por esta compañía, o a nuestros clientes aprendidos en el curso de su empleo a cualquier persona fuera de esta compañía durante y después de su término de empleo.

Este empleo es un empleo a voluntad que puede ser terminado sin causa y sin previo aviso. Sólo el presidente de la empresa tiene la autoridad para modificar los términos de su empleo.

El Empleado que comienza el salario por hora será determinado por el Forman de servicio después de que las habilidades de trabajo del empleado sean evaluadas. A excepción de los aumentos en los salarios por hora proporcionados a discreción del Empleador. Los términos de este acuerdo permanecen en vigor hasta que sean modificados por escrito y firmados por el Contratante

La ausencia sin notificación por más de tres (3) días consecutivos se considera abandono del trabajo y se considera una renuncia voluntaria.

Fecha: _____ Firma del empleado: _____



MKB OVERTIME AND LUNCH BREAK POLICY

OVERTIME is accrued when a non-exempt employee works more than 40 hours in any given workweek. The standard workweek is defined as 12:01 a.m. Sunday through midnight, the next Saturday. Exceptions may be granted with written approval from the MKB Forman or Matt Boyrie.

Terms and Conditions

- **All overtime worked must be approved in advance by the supervisor.** The Forman will evaluate requests on a case-by-case basis. An employee who works overtime without prior supervisory approval may be subject to corrective action.
1. Whenever possible, efforts should be made to avoid accruing overtime time by adjusting work hours within the same work week. Employees should make arrangements with their Forman to leave early or arrive late in order not to exceed 40 hours worked in the same work week. If comp time is accrued, the departmental policy is: Accumulated comp time must be used within the same work week. **Important, the exchange must always be at the employee’s request. No overtime pay will ever be denied.**

If comp time is not used in the same week it is considered overtime. Employee must write the request for comp time on their time card for that same week.

LUNCH BREAKS are to be taken by the 5th hour when a shift is longer than 6 hours and must last at least 30 minutes. If an employee works no more than 6 hours in the day a lunch break is not necessary. All lunch breaks are mandatory and must be recorded on every time card. Failure to take a lunch break may result in corrective action.

PAID REST PERIODS are mandatory and are to be taken by the second hour for 10 minutes then again after lunch break so that employee has taken no less than 2 rest breaks of 10 minutes each, before and after lunch. Employees are encouraged to hydrate during this period to avoid dehydration. Restroom breaks are not counted as rest periods. Rest periods cannot be added to lunch break time. Employees are not required to note rest periods on time cards.

COMPENSATION FOR MISSED BREAKS: SINCE ALL REST AND LUNCH BREAKS ARE MANDATORY AN EMPLOYEE WHO REFUSES TO TAKE REST BREAKS OR LUNCH BREAKS IS NOT ENTITLED TO MISSED BREAK COMPENSATION.

With my signature I acknowledge MKB’s policies regarding Overtime, Lunch breaks and Rest Periods

Date: _____ Employee Signature: _____

MKB OVERTIME AND LUNCH BREAK POLICY

LAS HORAS EXTRAORDINARIAS se devengan cuando un empleado no exento trabaja más de 40 horas en cualquier semana de trabajo dado. La semana de trabajo estándar se define como 12:01 am del domingo hasta la medianoche, el próximo sábado. Se pueden hacer excepciones con la aprobación por escrito del MKB Forman o Matt Boyrie.

Términos y condiciones

- **Todas las horas extraordinarias deben ser aprobados previamente por el supervisor.** El Forman evaluará las solicitudes en una base de caso por caso. Un empleado que trabaja horas extras sin la aprobación previa del supervisor puede ser sujeto a una acción correctiva.
- Siempre que sea posible, se deben hacer esfuerzos para evitar acumular tiempo compensatorio ajustando las horas de trabajo de los empleados dentro de la misma semana de trabajo. Los empleados deben hacer arreglos con su Forman que salir temprano o llegar tarde a fin de no exceder de 40 horas trabajadas en la misma semana de trabajo. Si se acumula tiempo de compensación, la política del departamento es: Acumulada tiempo de compensación debe ser utilizado dentro de la misma semana de trabajo. **Importante, el intercambio debe ser siempre a petición del empleado. Volverá a ser negado sin pago de horas extras.**

Si el tiempo de compensación no se utiliza en la misma semana en que se considera el tiempo extra. El empleado debe escribir la solicitud de tiempo de compensación en su tarjeta de tiempo.

LA HORA DEL ALMUERZO deben ser tomadas por la quinta hora, cuando un cambio es más de 6 horas y debe durar al menos 30 minutos. Si un empleado trabaja no más de 6 horas en el día a la hora del almuerzo no es necesario. Todas las horas de comida son obligatorios y deben ser registrados en cada tarjeta de tiempo. La falta de tomar un descanso para comer puede resultar en una acción correctiva.

LOS PERIODOS DE RESTO PAGADOS son obligatorios y deben ser tomados por la segunda hora por 10 minutos y luego de nuevo después de la pausa para el almuerzo, de modo que el empleado haya tomado no menos de 2 descansos de 10 minutos cada uno, antes y después del almuerzo. Se alienta a los empleados a hidratar durante este período para evitar la deshidratación. Los descansos para el baño no se cuentan como períodos de descanso. Los períodos de descanso no se pueden añadir a la hora del almuerzo. Los empleados no están obligados a anotar los períodos de descanso en las tarjetas de tiempo.

COMPENSACIÓN POR DESCUENTOS PERDIDOS: YA QUE TODOS LOS DESCANSOS Y DESAYUNOS SON OBLIGATORIOS, UN EMPLEADO QUE SE NIEGA A TOMAR DESCANSO O ALMUERZO NO TIENE DERECHO A COMPENSACIÓN POR DESCANSO.

Con mi firma reconozco políticas de MKB sobre las horas extras y el almuerzo.

Fecha: _____ Firma del empleado: _____



– Acknowledgement of Receipt –

I have read and understand the Code of Safe Practices implemented by **MKB Construction** and agree to abide by the established guidelines.

I have been advised of the following programs that are available for my review:

- Injury and Illness Prevention Program
- Heat Illness Prevention
- Hazard Communication Program
- Emergency Medical Services Plan
- Emergency Action Plan -

I have also been advised of my right to view records relating to potentially toxic materials or harmful physical agents. I will be provided with information by means of Material Safety Data Sheets (MSDS), and/or equivalent training and documentation that is designed for informing employees on how to use hazardous substances safely.

I understand that **MKB Construction** uses designated medical facilities for the treatment of work related injuries. I have been provided with information regarding my rights under workers' compensation law. In the event an injury occurs, I understand that I am required to immediately notify management or my supervisor.

I have been advised that in accordance with Cal/OSHA requirements, **MKB Construction** has a disciplinary policy in place to enforce compliance with safety rules. I understand that any violation(s) on my part or anyone working under my direct supervision will be grounds for disciplinary action and/or cause for discharge.

I agree to actively participate in the efforts established to maintain a safe and healthy workplace. I understand my right to refuse to perform work that would violate any occupational safety or health standard, without jeopardizing my employment.

Name (Print): _____

Signature: _____

Date

Witnessed by: _____

Date

- ACUSE DE RECIBO -

He leído y entendido el Código de Prácticas Seguras implementadas por MKB Construction y estoy de acuerdo con las directrices establecidas.

Se me ha informado de los siguientes programas que están disponibles para mi opinión:

- Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades
- Calor Prevención Enfermedad
- Programa Comunicación de Riesgos
- Plan de Servicios Médicos de Emergencia
- Plan de Acción de Emergencia –

También se me ha informado de mi derecho a ver los registros relativos a materiales potencialmente tóxicos o agentes físicos dañinos. Voy a recibir información a través de hojas de seguridad (MSDS), y / o formación equivalente y documentación que está diseñado para informar a los empleados sobre el uso de sustancias peligrosas de forma segura.

Entiendo que MKB Construcción usos designados instalaciones médicas para el tratamiento de lesiones relacionadas con el trabajo. Se me ha proporcionado con información sobre mis derechos bajo la ley de compensación de trabajadores. En el evento se produce una lesión, entiendo que estoy obligado a notificar de inmediato a la gerencia o mi supervisor.

Se me ha informado que, de conformidad con los requisitos de Cal / OSHA, MKB construcción tiene una política disciplinaria en su lugar para hacer cumplir las normas de seguridad. Entiendo que cualquier violación (s) de mi parte o de cualquier persona que trabaje bajo mi supervisión directa será motivo de acción y / o causa disciplinaria para el alta.

Estoy de acuerdo en participar activamente en los esfuerzos establecidos para mantener un lugar de trabajo seguro y saludable. Entiendo mi derecho a negarse a realizar un trabajo que pueda violar cualquier norma de seguridad o salud en el trabajo, sin poner en peligro mi empleo.

Nombre (Imprimir): _____

Firma _____

Date

Presenciado por: _____

Date

Carpenters - Physical Demands

With Frequency and Without Difficulty I can:

Initial

- | | |
|---|-------|
| • Stand for long periods of time. | _____ |
| • Raise both arms high over your head. | _____ |
| • Walk for long periods of time. | _____ |
| • Bend or twist your body. | _____ |
| • Repeat the same movements. | _____ |
| • Kneel, stoop, crouch, or crawl. | _____ |
| • Lift at least 50 pounds without assistance. | _____ |
| • Climb / Descend stairs and ladders repeatedly | _____ |

I am also Able to:

- Use one or two hands to grasp, move, or assemble objects.
- Use stomach and lower back muscles to support the body for long periods without getting tired.
- See details of objects that are less than a few feet away.
- Use muscles to lift, push, pull, or carry heavy objects.
- Bend, stretch, twist, or reach out.
- Use fingers to grasp, move, or assemble very small objects.
- Be physically active for long periods without getting tired or out of breath.
- Move arms and legs quickly.
- Keep or regain the body's balance or stay upright when in an unstable position.
- Speak clearly so listeners can understand.

I am able to perform all of these tasks without assistance or injuring myself. If I am in need of an accommodation or assistance, I will inform my employer immediately so that my employer may make a reasonable accommodation.

If I have an active medical condition that requires treatment, I will be solely responsible for that treatment at all times.

Date: _____ Employee Signature: _____

Carpinteros - Demandas físicas

Con Frecuencia y Sin Dificultad, Puedo:

Iniciales

- De pie por largos períodos de tiempo.
- Levanta ambos brazos por encima de tu cabeza.
- Camina por largos periodos de tiempo.
- Doble o tuerza su cuerpo.
- Repite los mismos movimientos.
- Arrodillarse, agacharse o gatear.
- Levante al menos 50 libras sin ayuda.
- Subir / Bajar escaleras y escaleras repetidamente

Tambien puedo:

- Use una o dos manos para agarrar, mover o ensamblar objetos.
- Utilice los músculos del estómago y la parte inferior de la espalda para sostener el cuerpo durante largos períodos sin cansarse.
- Ver detalles de objetos que están a menos de unos pocos pies de distancia.
- Usa los músculos para levantar, empujar, tirar o llevar objetos pesados.
- Doble, estire, gire o extienda la mano.
- Use los dedos para agarrar, mover o ensamblar objetos muy pequeños.
- Manténgase físicamente activo durante largos períodos sin cansarse o sin aliento.
- Mueve los brazos y las piernas rápidamente.
- Mantenga o recupere el equilibrio del cuerpo o manténgase en posición vertical cuando se encuentre en una posición inestable.
- Hable claramente para que los oyentes puedan entender.

Puedo realizar todas estas tareas sin ayuda o lastimándome a mí mismo. Si necesito una adaptación o asistencia, le informaré inmediatamente a mi empleador para que mi empleador pueda hacer una adaptación razonable.

Si tengo una condición médica activa que requiere tratamiento, seré el único responsable de ese tratamiento en todo momento.

Fecha: _____ Firma del empleado: _____

**Your health and safety and the safety of your co-workers
are paramount to MKB Construction**

In Case of Injury

1. I agree to report any job-related injury immediately to my supervisor, the same day the accident occurred.
2. I agree to take a post-accident drug screening test and I fully understand that if the test result is positive, there will be grounds for termination.
3. I agree to be examined by a medical professional part of MKB Construction's Medical Provider Network (MPN) if I am injured on the job.
4. If I refuse to see a medical professional MKB reserves the right to not allow me to resume work until I have been cleared by a medical professional.
5. If I am injured away from work I will provide proof from my personal physician that I am able to return to work.
6. If I fail to report any job-related injury immediately and on the day of occurrence, I understand that I am subject to immediate termination.

Date: _____ Employee Signature: _____

Su salud y seguridad y la seguridad de sus compañeros de trabajo son primordiales para MKB Construction

En caso de lesión

1. Acepto informar cualquier lesión relacionada con el trabajo inmediatamente a mi supervisor, el mismo día que ocurrió el accidente.
2. Acepto tomar una prueba de detección de drogas después del accidente y entiendo completamente que si el resultado de la prueba es positivo, habrá motivos para la terminación.
3. Acepto ser examinado por una parte profesional médica de la Red de Proveedores Médicos de MKB Construction (MPN) si me lesiono en el trabajo.
4. Si me niego a ver a un profesional médico, MKB se reserva el derecho de no permitirme reanudar el trabajo hasta que haya sido autorizado por un profesional médico.
5. Si me lesioné fuera del trabajo, proporcionaré comprobantes de mi médico personal de que puedo regresar al trabajo.
6. Si no informo de inmediato cualquier lesión relacionada con el trabajo y el día de la ocurrencia, entiendo que estoy sujeto a la terminación inmediata.

Fecha: _____ Firma del empleado: _____



TIMECARDS

Time cards will only be considered complete if:

They are signed by your Forman.

They are signed by the Employee in the signature area - to attest that all hours are correct, and no injury has occurred.

An incomplete time card will be returned to the employee and will delay that employee's paycheck.

It is best to complete your time card at the end of the workweek. Time cards are due in the MKB office on Mondays.

128 North Cloverdale Blvd, Cloverdale
 Phone (707) 669-0164 Fax (707) 894-2838
 mary@mkbconstructiongc.com

**M·K·B
CONSTRUCTION**

TIME CARDS ARE DUE
MONDAY

FRAMING

EMPLOYEE NAME Joe Smith PAY PERIOD From: 1/1/18 To: 1/8/18

Overtime must be pre-approved by supervisor : A 1/2 hr lunch break is mandatory : 2 ten minute rest breaks are mandatory :
 Refused lunch or rest breaks will not be compensated.

Approval: _____

Day	Job Name/Address	Lot #	Description of work	List Hours from - to				Total Hrs	Forman Approval
Mon	123 Baker		1st frame	7	12	1230	330	8	JTB
Tue	"		"	7:30	12	1230	4	8	JTB
Wed	"		"	8	12	1230	430	8	JTB
Thu	321 Jones		2nd floor	8	12	1230	430	8	JTB
Fri	"		"	8	12	1230	5	8.5	JTB
Sat									
Sun									
Receipts / Notes:								TOTAL	40.5

SAMPLE

I certify that I had no injury this week / Certifico que no he tenido lesion esta semana

Employee Signature / Firma: Joe Smith

Date: _____ Employee Signature: _____



TIMECARDS

Las tarjetas de tiempo solo se considerarán completas si:

Están firmadas por sus forman.

Están firmados por el empleado en el área de firma - para atestiguar que todas las horas son correctas, y no se ha producido ninguna lesión.

Una tarjeta de tiempo incompleta será devuelta al empleado y retrasará el sueldo de ese empleado.

Lo mejor es completar su tarjeta de tiempo al final de la semana laboral. Las tarjetas de tiempo se deben en la oficina de MKB los lunes.

128 North Cloverdale Blvd, Cloverdale
 Phone (707) 669-0164 Fax (707) 894-2838
 mary@mkbconstructiongc.com

**M·K·B
CONSTRUCTION**

TIME CARDS ARE DUE
MONDAY

FRAMING

EMPLOYEE NAME Joe Smith **PAY PERIOD** From: 1/1/18 To: 1/8/18

Overtime must be pre-approved by supervisor : A 1/2 hr lunch break is mandatory : 2 ten minute rest breaks are mandatory :
 Refused lunch or rest breaks will not be compensated.

Approval: _____

Day	Job Name/Address	Lot #	Description of work	List Hours from - to				Total Hrs	Forman Approval
Mon	123 Baker		1st frame	7	12	1230	330	8	JPS
Tue	"		"	7:30	12	1230	4	8	JPS
Wed	"		"	8	12	1230	430	8	JPS
Thu	321 Jones		2nd floor	8	12	1230	430	8	JPS
Fri	"		"	8	12	1230	5	8.5	JPS
Sat									
Sun									
TOTAL								40.5	

Receipts / Notes: _____

I certify that I had no injury this week / Certifico que no he tenido lesion esta semana

Employee Signature / Firma: Joe Smith

Fetcha: _____ Firma del empleado: _____