

# CERTIFICADO DE LA PERSONA EMPLEADORA

RÉGIMEN ESPECIAL DE EMPLEADOS DEL HOGAR / RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO

## DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA - PERSONA QUE CONTRATA-

DNI/NIE:

TIE (Rellenar en caso de tener NIE):

1º Apellido: \_\_\_\_\_

2º Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

## CERTIFICA que

\_\_\_\_\_ (nombre de la persona empleada)

**PRESTA SERVICIOS RETRIBUIDOS EN EL**  régimen especial de empleados de hogar

**Según las siguientes características:**

régimen especial agrario

### JORNADA CONTRATADA

Debe indicar la jornada laboral ordinaria de la persona trabajadora según su contrato de trabajo, **sin considerar la reducción de jornada o excedencia**

CONTRATO A TIEMPO PARCIAL → \_\_\_\_\_ % (porcentaje en relación a la jornada laboral completa)

CONTRATO A TIEMPO COMPLETO

### CARACTERÍSTICAS DE LA EXCEDENCIA O REDUCCIÓN DE JORNADA

QUE D/Dª \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos de la persona trabajadora) está o

ha estado en excedencia o reducción de jornada por  cuidado de menor /  cuidado de familiar dependiente

Fecha Desde	Fecha Hasta	Situación Subvencionable		Porcentaje de reducción
		Excedencia <input type="checkbox"/>	Reducción de jornada <input type="checkbox"/>	
		Excedencia <input type="checkbox"/>	Reducción de jornada <input type="checkbox"/>	
		Excedencia <input type="checkbox"/>	Reducción de jornada <input type="checkbox"/>	
		Excedencia <input type="checkbox"/>	Reducción de jornada <input type="checkbox"/>	
		Excedencia <input type="checkbox"/>	Reducción de jornada <input type="checkbox"/>	
		Excedencia <input type="checkbox"/>	Reducción de jornada <input type="checkbox"/>	

QUE dicha excedencia o reducción de jornada de trabajo supone una reducción efectiva en la remuneración de la persona trabajadora.

¿Ha finalizado completamente la excedencia o reducción de jornada?

Reducción de jornada SI  NO

Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha en que finalizó \_\_\_\_\_

Excedencia SI  NO

Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha en que finalizó \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PERSONA CONTRATANTE

FIRMA DE LA PERSONA EMPLEADA

**AVISO IMPORTANTE: INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS AYUDAS**

Art. 63 del Decreto 164/2019, de 22 de octubre, sobre ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral.

"Inspección y control. El Departamento competente en materia de política familiar y Lanbide-Servicio Vasco de Empleo podrán realizar las acciones de inspección y control necesarias para garantizar el cumplimiento de las finalidades perseguidas por este Decreto, en relación con las ayudas gestionadas por cada uno."