

Número de reclamo _____

SECCIÓN I. Información del empleado (*Observación: escriba toda la información en letra imprenta o a máquina.*)

Nombre completo:

[]		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido

SSN/ITIN (*últimos cuatro dígitos*):

fecha de Nacimiento:

Dirección:

[]			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Si usted cambia de dirección o número de teléfono después de presentar este formulario, notifique al Servicio de Normas Laborales (Employment Standards Service, ESS) inmediatamente **por escrito. Si el ESS no puede ponerse en contacto con usted, se desestimaré su reclamo.*

Teléfono diurno:

Correo electrónico:

Fecha en la que fue contratado:

Su último día trabajado:

Cargo / función:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

SECCIÓN II. Información del empleador

Nombre del empleador:

¿El empleador sigue en el negocio? Sí

No

Cantidad de empleados

1-14

15 o más

(incluyendo a tiempo completo, a tiempo parcial, temporales y estacionales)

Dirección del empleador:

[]			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre de la empresa, si lo hubiera:

Información de contacto del empleador:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre del supervisor directo:

Teléfono:

Correo electrónico:

Por favor indique cualquier otra dirección relacionada con el empleador:

Calle Ciudad Estado Código postal

SECCIÓN III. Información de empleo

1. ¿Trabaja usted regularmente más de 12 horas a la semana? Sí No
2. ¿Trabaja usted en la industria de la construcción? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, ¿está usted cubierto por un acuerdo de negociación colectiva? Sí No
3. ¿Trabaja usted de acuerdo a la necesidad en la industria de salud y servicios humanos? Sí No
4. ¿Es usted un contratista independiente? Sí No
5. ¿Trabaja usted para una agencia de servicio temporal? Sí No
6. Estado de empleo con este empleador. Sigue empleado renunció despedido

(Si fue despedido, indique la razón):

7. ¿Qué tipo de trabajo realiza? (Por ejemplo: carpintería, entrada de datos, enfermería):

8. Enumere las tareas y responsabilidades principales:

9. Dirección, ciudad, estado y código postal donde se realizó el trabajo:

10. ¿En qué condado/ciudad realizó su trabajo?:

11. Tarifa de pago: \$ por

¿Con qué frecuencia le pagaban?: Semanal Bisemanal Mensual Quincenal Otro (explicar)

12. ¿Tiene usted una copia de la política de licencia por enfermedad y seguridad acumulada de su empleador?
 Sí No En caso afirmativo, adjuntar.

13. ¿Dispone usted de un registro de la cantidad de licencia por enfermedad y seguridad acumulada que está disponible para su uso? Sí No En caso afirmativo, proporcione talones de pago recientes.
14. ¿En qué fecha(s) ocurrieron las infracciones de licencia por enfermedad y seguridad acumulada?
15. Cantidad total de horas de licencia por enfermedad y seguridad acumulada que usted está reclamando.
16. ¿Cómo considera que ocurrieron las infracciones de licencia por enfermedad y seguridad acumulada? Marque todas las que usted está alegando
- No permitiéndome usar la licencia por enfermedad y seguridad acumulada No compensándome correctamente por la licencia por enfermedad y seguridad acumulada
- No permitiéndome transferir la licencia por enfermedad y seguridad acumulada de un año al otro Exigiendo que yo encuentre a un trabajador que me reemplace
- Exigiendo que compense las horas perdidas Exigiendo que proporcione documentación médica
- No proporcionándome el Aviso de Derechos de los Trabajadores No proporcionándome la licencia por enfermedad y seguridad acumulada
- Tomando represalias contra mí por solicitar la licencia por enfermedad y seguridad acumulada, por usar la licencia por enfermedad o por presentar un reclamo Otro

SECCIÓN IV. Detalles del reclamo y declaración de hechos

1. En el espacio a continuación, por favor proporcione todos los detalles e información, incluyendo fechas, testigos y ubicaciones relacionados con la presunta infracción. Sea lo más específico posible y adjunte documentos de respaldo, añada hojas adicionales de ser necesario.

2. ¿Cualquiera de los problemas indicados arriba está pendiente en un tribunal estatal o federal? Sí No
3. Si contrato a un abogado para que le asista con su queja alegando una violación u otro asunto contra su empleador, especifique el nombre, la dirección, el correo electrónico y el número de teléfono del abogado.

V. Certificación y firma

POR LA PRESENTE, CERTIFICO que las declaraciones previas, incluyendo los archivos adjuntos, son verdaderas y exactas a mi mejor saber y entender. ENTIENDO que la aceptación de este reclamo por parte de la División de Trabajo e Industria de Maryland no garantiza la ayuda. AUTORIZO a la División de Trabajo e Industria a recibir cualquier dinero pagado y a enviarme ese dinero por correo bajo mi propio riesgo.

Firma del empleado: Fecha:

Nombre del empleado (letra imprenta):

En la medida de lo posible, el Comisario mantendrá su identidad confidencial a menos que renuncie a la confidencialidad marcando estacasilla

**Maryland Department of Labor
Division of Labor and Industry
Employment Standards Service**
10946 Golden West Drive – Suite 160 Hunt Valley, MD 21031
Número de teléfono: (410) 767-2357 • Número de fax: (410) 333-7303
Correo electrónico: dldiemploymentstandards-dllr@maryland.gov