



OFFICE USE ONLY

File # _____

Main File # _____

TIEMPO PROTEGIDO POR ENFERMEDAD FORMULARIO DE QUEJA

Si usted tiene un reclamo de salarios no pagados debe completar un formulario de reclamo, además de este formulario de queja. El formulario de reclamo de salarios no pagados está disponible en cualquier oficina de BOLI o en línea en: www.oregon.gov/boli/whd/docs/wageclaim.pdf.

Favor de Imprimir

La fecha de hoy: _____

Nombre de la empresa: _____

Nombre del propietario de la empresa: _____

Departamento/división/rama (si se aplica): _____

Tipo de empresa: _____

Dirección del empleador: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de empleados: _____

Marque la naturaleza de la queja: Creo que este empleador ha violado la ley de Tiempo Protegido por Enfermedad por:

- No proporcionar una notificación por escrito (al menos trimestralmente) de la cantidad de tiempo por enfermedad acumulado o disponible para usarse
- No permitir que utilice el tiempo de enfermedad
- No compensarme por el tiempo de enfermedad que he utilizado
- No me permite llevar el tiempo por enfermedad acumulado al año siguiente
- No publicar un aviso de que tengo derecho a licencia por enfermedad
- Tomar represalias contra mí por usar el tiempo de enfermedad
- Otro

Describe el problema: _____

¿Tomó su empleador alguna acción de empleo adversa en contra de usted porque se quejó de una violación de la ley de salario y hora? Sí No Favor de explicar: _____

Nota: De conformidad con la Ley de Registros Públicos, la información proporcionada en este formulario de queja, incluyendo el nombre de la demandante es sujeto a revelación y se puede proporcionar a petición de la empresa contra la que se presenta la queja. Usted no está obligado a incluir su nombre en el formulario de queja. Sin embargo, tenga en cuenta que si la información proporcionada no es suficiente o hay alguna pregunta acerca de la queja y no podemos comunicarnos con usted, se puede tomar ninguna acción adicional.

Su nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Otro Teléfono: (____) _____

Email: _____



TIEMPO PROTEGIDO POR ENFERMEDAD **FORMULARIO DE QUEJA**

Instrucciones

Si usted siente que se le han negado sus derechos en virtud de los requisitos estatales de tiempo de enfermedad protegido, por favor rellene el formulario de queja en el reverso de esta hoja de instrucciones y envíelo por correo a:

Bureau of Labor and Industries
Wage and Hour Division
800 NE Oregon St., STE 1045
Portland, OR 97232

Tenga en cuenta

Este formulario de queja tiene que ver con la protección de la ordenanza de Portland de tiempo por enfermedad protegido **SOLAMENTE**.

Si usted tiene un reclamo de salarios no pagados también debe rellenar un formulario de reclamo de salarios, además de este formulario de queja. El formulario de reclamo de salarios no pagados está disponible en cualquier oficina de BOLI o en línea en: www.oregon.gov/boli/whd/docs/wageclaim.pdf.

Si su queja tiene que ver con otras protecciones de la ley de salarios y horas (por ejemplo, períodos de descanso y de la comida), por favor visite nuestra página principal de salarios y horas (en línea en www.oregon.gov/BOLI/WHD/pages/index.aspx) o llámenos al 971-673-0761 para el formulario de queja correspondiente.