



OFFICE USE ONLY
File # _____
Main File # _____

PORTLAND TIEMPO POR ENFERMEDAD PROTEGIDO
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.

Por Favor 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 Ordenanza de Portland de Tiempo por Enfermedad Protegido 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: _____

Note: Pursuant to the Public Records Law, the information provided on this complaint form, including the name of the complainant is discloseable and may be provided upon request to the business against which the complaint is filed. You are not required to include your name on the complaint form. However, be advised that if the information provided is not sufficient or there are any questions regarding the complaint and we are unable to contact you, no further action may be taken.

Su nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Otro Teléfono: (____) _____

_____ Email: _____



PORTLAND TIEMPO POR ENFERMEDAD PROTEGIDO **FORMULARIO DE QUEJA**

Instrucciones

Si usted siente que se le han negado sus derechos en virtud de los requisitos de tiempo de enfermedad protegido de Portland, 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.