

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL LETITIA JAMES
STATE OF NEW YORK DEPARTMENT OF LAW



FORMULARIO DE QUEJA
OFICINA DE LABOR

55 Hanson Place, Suite 1080 Brooklyn, NY 11217 • Tel. (718) 560-2040 • Fax (718) 687-1430

SU NOMBRE			NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA			TELÉFONO DE SU CASA			
NÚMERO Y CALLE DE SU VIVIENDA				¿CUÁL ES LA MEJOR HORA PARA LLAMARLO POR TELÉFONO?					
CIUDAD/PUEBLO		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO			
SU EMPLEADOR(ES)									
NOMBRE DE SU EMPLEADOR				NUMERO DE TELÉFONO					
NÚMERO Y CALLE DE SU EMPLEO				CIUDAD/PUEBLO		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN PARA ESTE EMPLEADOR EN TODOS LOS SITIOS DE TRABAJO? <input type="checkbox"/> MENOS DE 5 <input type="checkbox"/> DE 6 A 14 <input type="checkbox"/> DE 15 A 49 <input type="checkbox"/> MÁS DE 50				NOMBRE DEL DUEÑO(S)			NOMBRE DE SU SUPERVISOR		
SU TRABAJO									
TITULO DE SU TRABAJO/DESCRIPCIÓN DE SU TRABAJO				FECHAS DE SU EMPLEO					
¿CUÁL ES SU HORARIO DE TRABAJO? ____ A.M./P.M. ____ A.M./P.M.		¿LE DAN TIEMPO PARA COMER? SÍ ____ NO ____		¿QUE DÍAS TRABAJA? (MARQUE LOS DÍAS QUE APLICAN) LU. ____ MA. ____ MX. ____ JU. ____ VI. ____ SAB. ____ DOM. ____					
¿CUÁL ES SU TAZA DE PAGO? \$ _____		POR <input type="checkbox"/> HORA, <input type="checkbox"/> DÍA, <input type="checkbox"/> SEMANA, <input type="checkbox"/> _____							
¿RECIBE USTED UN MAYOR SALARIO CUANDO TRABAJA MÁS DE 40 HORAS EN LA SEMANA? SÍ ____ NO ____									
¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PAGAN? <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DE OTRA MANERA									
¿RECIBE PROPINAS? SÍ ____ NO ____		¿LE PAGAN EN EFECTIVO, CON CHEQUE O LOS DOS? EFECTIVO ____ CHEQUE ____ AMBOS ____		¿RECIBE BENEFICIOS DE SALUD U OTRO BENEFICIO? SALUD ____ OTROS ____					
¿RECIBE USTED UN FORMULARIO W-2? SÍ ____ NO ____				¿SE HA QUEJADO A OTRA PERSONA O HA PRESENTADO UNA DEMANDA EN LA CORTE CON RESPECTO A LAS MISMAS QUEJAS QUE SE ESTA PRESENTANDO AQUÍ? POR FAVOR DÉ DETALLES.					
¿EL W-2 INCLUYE TODO SU SUELDO? SÍ ____ NO ____									
SU QUEJA									
TIPO DE QUEJA: NO RECIBÍ PAGO, FUI DESPEDIDO, FUI LESIONADO, FUI HOSTIGADO (USE EL ESPACIO ABAJO Y EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA PROVEER DETALLES).									

POR FAVOR DESCRIBA AQUÍ Y EN LA PAGINA SIGUIENTE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE SU QUEJA, INCLUYENDO LOS NOMBRES DE OTROS TRABAJADORES Y COMO PODEMOS COMUNICARNOS CON ELLOS.

--

(CONT.)

LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR:

POR FAVOR ADJUNTE A ESTE FORMULARIO FOTOCOPIAS de cualquier documentos que están relacionados con su trabajo, tales como los formularios W-2, formularios 1099, talones de pago, cheques, etc. **NO ENVIÉ DOCUMENTOS ORIGINALES.**

Al presentar esta queja, entiendo que el Procurador General no es mi abogado privado, sino que representa al público en el cumplimiento de las leyes que protegen a los empleados. También entiendo que si tengo preguntas sobre mis derechos y responsabilidades debo comunicarme con un abogado privado. Entiendo que la Oficina de Labor mantendrá mi información personal confidencial a menos que y hasta que se presente una demanda en la corte contra el empleador y que tratará de ponerse en contacto conmigo antes de presentar cualquier demanda. Si mi número de teléfono o dirección cambia se lo comunicaré a la Oficina de Labor. La queja anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Juro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta y también entiendo que cualquier declaración falsa en esta queja es castigable como un delito menor de Clase A, bajo la sección 175.30 y/o la sección 210.45 de las Leyes Penales.

Firma: _____

Fecha: _____

Envíe a: New York State Office of the Attorney General
Brooklyn Regional Office
55 Hanson Place, Suite 1080
Brooklyn, NY 11217
Fax (718) 687-1430

Su queja será leída por un abogado el cual se comunicará con usted por teléfono o correo. Si tenemos que hablar con usted después de leer su queja, nos pondremos en contacto con usted para hacer una cita.