

FORMULARIO DE ADMISIÓN - QUEJA SOBRE LA LEY DE PAGO POR AUSENCIA LABORAL DEBIDO A ENFERMEDAD

Gracias por comunicarse con el Departamento de Asuntos del Consumidor de la ciudad de Nueva York (New York City Department of Consumer Affairs, DCA). Conteste las siguientes preguntas. Escriba con letras de molde o a máquina claramente sus respuestas a cada pregunta. Si una pregunta no aplica a su caso, marque N/C o No corresponde.

Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario o si prefiere que un miembro del personal le ayude a completarlo, comuníquese con el DCA por correo electrónico a PaidSickLeave@dca.nyc.gov, llame al (212) 436-0255 o al (212) 436-0258, o visite el DCA en la dirección que se indica más adelante. Si prefiere utilizar un idioma diferente al inglés, podemos ofrecerle un servicio de traducción gratuito. Puede enviar el formulario completo de las siguientes formas:

- Correo electrónico: PaidSickLeave@dca.nyc.gov O
- Correo o entrega personal a: New York City Department of Consumer Affairs, Attn: Paid Sick Leave Division, 42 Broadway, 11th Floor, New York, NY 10004

Una vez que el DCA reciba su formulario completo, nos comunicaremos con usted dentro de cinco días hábiles para recopilar información adicional si la necesitamos o para comunicarle qué medida tomaremos.

¿Cómo desea que le ayude el DCA?		<input type="checkbox"/> Que me ayude a resolver mi queja con mi empleador.		<input type="checkbox"/> Que investigue a un empleador que creo que está infringiendo la ley.	
El DCA intentará informarle si tenemos que identificarlo con su empleador a fin de resolver su queja o como exija la ley.					
SU INFORMACIÓN DE CONTACTO					
Nombre <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		Inicial del segundo nombre		Apellido	Idioma principal que utiliza:
Dirección (Número del edificio, nombre de la calle, departamento/suite/otro)					
Ciudad		Estado	Código postal	Condado	
Número de teléfono 1 (primario)		Número de teléfono 2 (secundario)		Dirección de correo electrónico	
Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones en formato electrónico del Departamento de Asuntos del Consumidor (DCA), y confirma que el correo electrónico indicado es una forma de comunicación fiable con usted.					
INFORMACIÓN LABORAL					
Empleador				Idioma principal que se utiliza en el lugar de trabajo:	
Dirección donde trabaja (Número del edificio, nombre de la calle, departamento/suite/otro)					
Ciudad		Estado	Código postal	Condado	
¿El empleador sigue operando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Horas de operación del empleador		Su cargo/función	
Nombre del supervisor o gerente		Número de teléfono del supervisor/gerente		Dirección de correo electrónico del supervisor/gerente	
Cantidad de empleados:	<input type="checkbox"/> 1 a 4 empleados	<input type="checkbox"/> 5 a 19 empleados	<input type="checkbox"/> 20 a 99 empleados	<input type="checkbox"/> 100 a 499 empleados	<input type="checkbox"/> Más de 500 empleados
Industria:	<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Gobierno	<input type="checkbox"/> Atención médica	<input type="checkbox"/> Hotelaría	<input type="checkbox"/> Industrial/manufactura
<input type="checkbox"/> Servicios profesionales	<input type="checkbox"/> Servicios de restaurante/alimentación	<input type="checkbox"/> Venta al por menor	<input type="checkbox"/> Supermercado	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Otra
1. ¿En qué fecha comenzó a trabajar para su empleador?			_____ / _____ / _____ (MM/DD/AA)		
2. En promedio, ¿cuántas horas a la semana trabaja para este empleador?					
3. ¿Realiza trabajos para su empleador en la Ciudad de Nueva York? (SOLO Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island)			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
4. ¿Sigue trabajando para su empleador?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
5. Si ya <i>no</i> trabaja para su empleador, seleccione el motivo.			<input type="checkbox"/> Renunció	<input type="checkbox"/> Lo despidieron	<input type="checkbox"/> Lo despidieron temporalmente
6. Si ya <i>no</i> trabaja para su empleador, ¿cuándo fue su último día de trabajo?			_____ / _____ / _____ (MM/DD/AA)		

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA AYUDARNOS A DETERMINAR SI ESTÁ CUBIERTO POR LA LEY DE PAGO POR AUSENCIA LABORAL DEBIDO A ENFERMEDAD (PAID SICK LEAVE LAW) DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.

1. ¿Es miembro de un sindicato?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Es empleado del gobierno?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Forma parte de un programa federal de trabajo y estudio universitario (work study)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Es un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, patólogo del habla y lenguaje o audiólogo certificado por el Departamento de Educación del estado de Nueva York?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Forma parte de un programa de experiencia laboral (Work Experience Program, WEP)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Recibe pago como parte de un programa de becas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Es un contratista independiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
8. ¿Es empleado doméstico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA

1. ¿Cree que su empleador ha infringido la Ley de pago por ausencia laboral por enfermedad de la Ciudad de Nueva York?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Si la respuesta es Sí, ¿en qué fecha cree que su empleador infringió la ley? _____ / _____ / _____ (MM/DD/AA)		
3. Indique en cuál de las siguientes formas su empleador infringió la Ley de pago por ausencia laboral por enfermedad de la Ciudad de Nueva York. Marque todas las que apliquen.		

<input type="checkbox"/> Al no permitirme usar el permiso de ausencia laboral por enfermedad	<input type="checkbox"/> Al no pagarme correctamente por la ausencia laboral por enfermedad	<input type="checkbox"/> Al no permitirme traspasar el tiempo acumulado de ausencia laboral por enfermedad de un año a otro
<input type="checkbox"/> Al exigirme que buscara un trabajador sustituto	<input type="checkbox"/> Al exigirme que recuperara las horas de ausencia	<input type="checkbox"/> Al exigirme que proporcionara documentación médica
<input type="checkbox"/> Al tomar represalias en mi contra por solicitar el permiso de ausencia laboral por enfermedad, usar el permiso de ausencia laboral por enfermedad o presentar una queja	<input type="checkbox"/> Al no entregarme el Aviso de los derechos del empleado	<input type="checkbox"/> Otra

4. En sus propias palabras, describa lo que sucedió. Utilice hojas adicionales si es necesario.

5. ¿Ha intentado resolver su queja con su empleador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Qué tipo de solución desea de su empleador? (por ejemplo, carta de disculpa de su empleador, salarios adeudados, tiempo compensatorio, etc.)		

7. Le agradeceremos que nos proporcione información adicional que pueda ser de utilidad para ayudar a resolver este problema.

Proporcione todos los documentos pertinentes junto con este formulario (es decir, sus recibos de pago, contrato de trabajo, acuerdo de negociación colectiva, política del empleador sobre la ausencia laboral por enfermedad, y una copia de su solicitud de ausencia laboral por enfermedad). El DCA no necesita información de salud para procesar su queja. Si suministra información de salud, el DCA la tratará de manera confidencial y no la revelará sin su permiso o a menos que la ley lo exija.

Confirmando que, a mi leal saber y entender, esta información es verdadera, correcta y completa.

Firma del empleado que presenta la queja

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del padre de familia o tutor
(si el empleado que presenta la queja es menor de 18 años de edad)

Nombre en letra de imprenta del padre de familia o tutor