



CITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF BUSINESS AFFAIRS
AND CONSUMER PROTECTION
121 N. LaSalle St., Room 805
Chicago, IL 60602
Tel. 312-744-2211
Chicago.gov/LaborStandards

<u>OFFICE USE</u>
Date Received: _____
Processed By: _____
CSR#: _____

OFICINA DE NORMAS LABORALES FORMA DE DEMANDA

INSTRUCCIONES

- Llene lo siguiente formulario lo mejor que pueda
- Forme y ponga la fecha en el formulario
- Al recibir su forma la Oficina de Normas Laborales le contacta si necesario para una entrevista y/o recibir mas información acerca de su demanda

INFORMACION DE SU DEMANDA

¿En qué idioma prefiere hablar con la Oficina? _____

Nombre de Negocio: _____

Tipo de Negocio: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Télefono del Negocio: _____

¿De qué se trata su demanda? (Marque X en las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Robo de Salario | <input type="checkbox"/> Semana Laboral Justa (planificación de turnos) |
| <input type="checkbox"/> Salario Mínimo | <input type="checkbox"/> Ordenanza Contra Represalias (en relación con COVID-19) |
| <input type="checkbox"/> Tiempo de Enfermedad Pagado | <input type="checkbox"/> Contrato de Trabajadora Doméstica |

¿Cuál es su queja o demanda?

FAVOR DE CONTINUAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE
(LA PÁGINA SIGUIENTE SE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR)

INFORMACION DE SU DEMANDA

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono de Ud.: _____

Su correo electrónico: _____

¿Cuál es su trabajo o puesto? _____

¿Usted es contratista independiente? _____

¿Cuántas personas trabajan en el negocio? _____

¿Usted es miembro de un sindicato? _____

Preguntas adicionales para quejas de la Semana Laboral Justa (planificación de turnos).

¿Trabaja la mayor parte de su trabajo en servicios de edificios, hoteles, atención médica, servicios de almacén de fabricación, venta minorista o restaurantes?

Si

No

¿Cuánto gana por hora (o cuánto es su salario)? _____

Usted puede designar a un contacto alternativo por si acaso no lo podemos ubicar

Nombre/Appellido del contacto alternativo: _____

Su relación al contacto alternativo: _____

Teléfono del contacto alternativo: _____

Correo electrónico del contacto alternativo: _____

LEA LO SIGUENTE ANTES DE FIRMAR:



El Departamento de Asuntos Empresariales y Protección del Consumidor hace cumplir las leyes del Código Municipal de Chicago para proteger a los consumidores y negocios de prácticas injustas y engañosas. Entiendo que si tengo preguntas acerca de esta demanda y mis derechos debo de llamar a un abogado particular. Afirmo que la información declara arriba es verdad y preciso a lo mejor de mi capacidad.

Su firma electrónico es igual a su firma por escrito para los efectos legales, exigibilidad y admisibilidad.

Firma

Fecha

FAVOR DE SOMETER POR CORREO, CORREO ELECTRÓNICO, O FAX:

Correo al: Department of Business Affairs and Consumer Protection (BACP)

Attn: Office of Labor Standards

2350 W. Ogden Ave.

Chicago, IL 60608

o

Correo Electrónico: BACPlaborstandards@cityofchicago.org

o

Por facsimile al: 312.743.1841

Nota: Si envía este formulario por fax, incluya una portada de fax

