



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

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

OFICINA DE NORMAS LABORALES FORMA DE DEMANDA

INSTRUCCIONES

- Complete el siguiente formulario lo mejor que pueda
- Firme y escriba la fecha en el formulario
- Al recibir su forma la Oficina de Normas Laborales le contactará si es necesario para una entrevista y/o recibir más información acerca de su demanda

INFORMACION DE SU DEMANDA

¿En qué idioma prefiere hablar con nosotros? _____

Nombre del Negocio: _____

Tipo de Negocio: _____

Dirección del Negocio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Negocio: _____

¿De qué se trata su demanda? (Marque todos los 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"/> Contrato para Trabajadores Domésticos |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Libre Pagado o Tiempo de Enfermedad Pagado | <input type="checkbox"/> Ordenanza Contra Represalias – Relacionado con las leyes laborales de Chicago |

¿Cuál es su demanda?

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

INFORMACION DE SU DEMANDA

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Su teléfono: _____

Su correo electrónico: _____

¿Cuál es su trabajo o puesto? _____

¿Usted es un 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 mantenimiento de edificios, hoteles, servicios médicos, servicios de almacén, comercio 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 SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR:



El Departamento de Asuntos Comerciales y Protección al 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 declarada arriba es verdadera y precisa a lo mejor de mi capacidad.

Su firma electrónica 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 Avenue, 2nd Floor
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

