FORMULARIO DE QUEJA DE LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADA

FOR OFFICIAL USE ONLY
CASE NO. # _____
DATE REC'D: _____

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL
CONDADO DE COOK

NOMBRE DEL EMPLEADO/DEMANDANTE	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO DEL DEMANDANTE

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL EMPLEADOR/DEMANDADO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO DEL DEMANDADO

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

1. TIPO DE QUEJA (marque todas las que correspondan)

☐ NO SE CONCEDIERON TODAS LA HORAS DE LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADAS QUE EXIGE LA ORDENANZA.

☐ NO SE PERMITIÓ EL USO DE LA LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADA QUE EXIGE LA ORDENANZA.

☐ NO SE COMPENSÓ ADECUADAMENTE POR EL USO DE LA LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADA.

☐ NO SE INFORMÓ SOBRE EL DERECHO A LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADA.

☐ NO CUMPLIÓ CON LOS DERECHOS DE VACUNACIÓN COVID-19 PARA EMPLEADOS Y OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR ORDENANZA

☐ REPRESALIAS ☐ OTRAS ACCIONES PROHIBIDAS POR LA ORDENANZA _____

2. PERÍODO DE ACUMULACIÓN: desde el _____al _____.
dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

3. HORAS DE LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADA OTORGADAS POR EL EMPLEADOR POR EL PERÍODO DE ACUMULACIÓN: _____

4. HORAS DE LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADA UTILIZADAS POR EL EMPLEADO DURANTE EL PERÍODO DE ACUMULACIÓN: _____

5. HORAS QUE SE TRABAJARON PARA EL EMPLEADOR EN EL CONDADO DE COOK DURANTE EL PERÍODO DE ACUMULACIÓN: _____

6. UBICACIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO PARA EL EMPLEADOR (*por ej.*, dirección de negocio/lugar de trabajo)**:**

_____

_____

_____

(Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para explicar las horas, los rangos de fechas o ubicaciones del trabajo).

FORMULARIO DE QUEJA DE LICENCIA POR ENFERMEDAD ACUMULADA

FOR OFFICIAL USE ONLY
CASE NO. #_____
DATE REC'D:_____

(Antes de completar, revise la Sección 1020.200 de las normas que rigen los casos de licencia por enfermedad acumulada en la Comisión. Asegúrese de incluir hechos que expliquen por qué usted y su empleador están contemplados por la Ordenanza. Explique en detalle la forma en que su empleador ha infringido la Ordenanza. Separe cada acusación en su propio párrafo numerado. Adjunte los documentos que se describen abajo).

6. LOS DETALLES SON: (adjunte hojas adicionales si necesita más espacio).

I.

Adjunte a esta queja cualquier documento que apoye su demanda (*por ej.*, nóminas de pago, recibos de pago, recibos de depósitos directos, W-2, 1099, horarios de trabajo, horarios de beneficios, *etc.*).

Informe a la Comisión los nombres y la información de contacto de cualquier testigo que pueda corroborar su demanda lo antes posible.

Bajo apercibimiento de la ley, certifico que toda la información incluida en esta queja es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del demandante Fecha