

**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**

<b>NOMBRE DEL EMPLEADO/DEMANDANTE</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO DEL DEMANDANTE</b>
---------------------------------------	-----------------	--

<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
------------------	---------------	---------------	----------------------

<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR/DEMANDADO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO DEL DEMANDADO</b>
---------------------------------------	-----------------	---

<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
------------------	---------------	---------------	----------------------

**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).*

Si usted es un representante (abogado, voluntario, personal de apoyo) completando este formulario en nombre de el Demandante, incluya su nombre e información de contacto:

**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

PÁGINA 2 DE 2