



QUEJA POR DISCRIMINACIÓN/REPRESALIA EN RELACIÓN CON EL PERMISO FAMILIAR PAGADO

Permiso familiar pagado • PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030

Complete este formulario sólo si:

- Ha presentado la Solicitud formal de reincorporación en relación con el permiso familiar pagado (formulario PFL-DC-119) al empleador Y a la Workers' Compensation Board (Junta de Compensación para los Trabajadores), y
- El empleador no ha respondido dentro de un período de 30 días O si no le satisface la explicación del empleador sobre el cambio de las condiciones de empleo.

Se programará una audiencia después de que el empleador reciba este formulario y tenga la posibilidad de responder.

Adjunte a este formulario:

1. La prueba de la recepción de beneficios del permiso familiar, o
2. La solicitud de beneficios del permiso familiar (si no recibió dichos beneficios) y
3. Evidencia, como una carta de terminación o el nombre de un testigo, de que al solicitar o usar el permiso familiar pagado, el empleador:
 - se niega a reincorporarlo al cargo original o a uno similar;
 - pone fin al contrato de empleo;
 - reduce el salario y/o los beneficios del empleado; y/o
 - lo sanciona de alguna forma.

Después de completar el formulario:

- Envíelo a la Workers' Compensation Board a la siguiente dirección: Paid Family Leave, PO Box 9030, Endicott, NY 13761-9030.
- Envíe una copia a su empleador.
- Conserve una copia para su archivo.

La omisión de completar este formulario y adjuntar los documentos requeridos puede retrasar el procesamiento de la queja.

Información sobre el empleado

Nombre (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de Seguro Social/N.º de identificación impositiva: _____

Información sobre el empleador (como aparece en el comprobante de pago de salario)

Nombre comercial: _____

Dirección postal: _____

N.º de teléfono: _____ Número de identificación federal (FEIN): _____

La persona que me discriminó fue: _____

Su cargo es (marcar una opción): Propietario Supervisor Gerente

Información sobre el permiso familiar pagado

Marque una de las siguientes opciones:

- Se solicitó formalmente el permiso familiar pagado y se concedió.
Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
- Se solicitó formalmente el permiso familiar pagado y se denegó.
- No se presentó una solicitud formal de permiso familiar pagado.

Fecha Se entregó al empleador una *Solicitud de permiso familiar pagado* (formulario PFL-1) o se hizo mención del permiso familiar pagado (si corresponde): _____

Tipo de permiso familiar pagado: Vinculación con un niño Cuidado de un familiar Evento militar calificador



Información sobre la queja

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida o cambio de trabajo | <input type="checkbox"/> Reducción de horas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida o cambio de beneficios | <input type="checkbox"/> Se aplicó una medida disciplinaria |
| <input type="checkbox"/> Reducción de salario | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Fecha en que el empleador cambió sus horas de trabajo, redujo su salario y/o beneficios, terminó la relación de empleo o lo sancionó como resultado del permiso familiar pagado: _____

Solicitud formal de reincorporación en relación con el permiso familiar pagado (formulario PFL-DC-119)

Fecha en que presentó el formulario PFL-DC-119 ante el empleador: _____

Mi empleador (marcar una opción): Respondió No respondió

Información sobre el abogado (complete la siguiente información si obtuvo un abogado para tratar este asunto)

Nombre del abogado: _____

Dirección postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de ID de la Junta (si corresponde): _____

Evidencia

Además de mi propio testimonio, he presentado/presentaré en la audiencia la siguiente evidencia:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carta de terminación/sanción | <input type="checkbox"/> Testigo(s) |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

Sírvase proporcionar el (los) nombre(s) del (los) testigo(s) y su relación con el (los) mismo(s):

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del empleado

Fecha