

One Stop Career Center Queja/

Referido para el Record

Maryland Department of Labor, Licensing and Regulation

Para uso de One Stop Career Center

Revised: 11-09-2011

Queja No.
Fecha Recibida

Parte I. Información del Acusador		Información del Acusado
1. Nombre del Acusador (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		4. Nombre del Acusado
2a. Dirección Permanente (No. de Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		5. Nombre del Empleador/OSCC
b. Dirección Temporal (Si Aplica)		6. Dirección del Empleador/OSCC
3a. Teléfono Permanente () - ()	b. Teléfono Temporal () - ()	7. Teléfono del Empleador/OSCC () - ()

8. Descripción de la Queja (Si necesita un espacio adicional, use otra hoja de papel y engrape la página)

Certificación Yo certifico que la información proporcionada es correcta y lo más apegada a la verdad. Yo autorizo compartir esta información con otras agencias para la investigación de mi queja. Yo entiendo que mi identidad se mantendrá de manera confidencial lo más posible, consistente con las leyes aplicables y con una determinación justa de mi queja.

9. Firma del Acusador	10. Fecha de firma / /
-----------------------	---------------------------

Parte II. Para uso exclusiva de One Stop Career Centers

1. ¿Trabajador inmigrante o temporal de la agricultura? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. Sin Relación a WIA, la queja concierne a las leyes vigentes por el U.S. Employment Standards Administration (Salario por hora) ó OSHA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5. H2a/Criterios del Empleador <input type="checkbox"/> U.S./Trabajador Doméstico <input type="checkbox"/> Trabajador H2a <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otra _____
2. Tipo de Queja ("X" Cuando aplique marque la caja o cajas) <input type="checkbox"/> WIA Relacionado a una orden de trabajo No. _____ <input type="checkbox"/> En contra de Job Service <input type="checkbox"/> En contra del Empleador <input type="checkbox"/> Intento de Violación a las regulaciones de WIA <input type="checkbox"/> Intento de Violación a las Leyes del Empleo <input type="checkbox"/> Sin Relación a WIA	4. Tipo de queja ("X" para las cajas apropiadas) <input type="checkbox"/> Relacionado al salario <input type="checkbox"/> Empleo de menores <input type="checkbox"/> Pesticidas <input type="checkbox"/> Condiciones laborales <input type="checkbox"/> Seguridad/Salud <input type="checkbox"/> Protección del trabajador inmigrante o temporal de la agricultura Act (MSPA) <input type="checkbox"/> Discriminación de incapacidades <input type="checkbox"/> *Discriminación <input type="checkbox"/> Otra (Especificar) _____	

6. *Para quejas de discriminación solamente. Las personas que deseen formular una queja de discriminación pueden hacerlo con el State Workforce Agency, o con el Directorate of Civil Rights (DCR), U. S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, NW, Room N4123, Washington, D.C. 20210.

7a. Referidos a otras Agencias (Marque "X") <input type="checkbox"/> Salario y hora ESA/U.S. DOL <input type="checkbox"/> OSHA <input type="checkbox"/> Otra _____	8. Dirección de la agencia referida (No. de Calle., Ciudad, Estado, Código Postal y Número de teléfono) _____ () - _____
b. (Marque solo una "X") Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quatrimestral	c. Fecha de Seguimiento / /

9. Comentarios (Si necesita un espacio adicional, use otra hoja de papel y engrape la pagina) ¿Provenientes de los servicios de OSCC?
 Si No Si marco "No", explique porque.

10a. Nombre de la persona y título de trabajo de la persona que recibe la queja	11. Dirección de la Agencia (No. de Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)
b. Número de teléfono () - ()	12a. Firma b. Fecha / /

Los programas del Departamento de trabajo, licencia, y regulación, son programas de oportunidad igual. Ayudas auxiliares y servicios están disponibles por pedir para los discapacitados.