

Sólo para uso de la oficina: Referencia \_\_\_\_\_ N.º de reclamo \_\_\_\_\_

**SECCIÓN I. Información del denunciante** (Nota: escriba con letra de imprenta o imprima toda la información.)

Nombre:

Primeros	Inicial del segundo	Apellido
----------	---------------------	----------

SSN/ITIN (últimos cuatro dígitos):

Domicilio:

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

*\*Si cambia de domicilio o número de teléfono después de enviar este formulario, notifique de inmediato al Servicio de Normas de Empleo (ESS) por escrito. Si el ESS no puede comunicarse con usted, su reclamo será desestimado.*

Teléfono de día:

Dirección de email:

Fecha de solicitud de empleo:

¿Fue contratado?  Sí  No

En caso afirmativo, fecha de contratación:

Último día trabajado:

Tipo de negocio:

Fecha inicial:

Fecha final:

**SECCIÓN II. Información del empleador**

Nombre del empleador:

¿Mantiene sus operaciones comerciales el empleador?  Sí

No

Cantidad de empleados  1 a 14  15 o más

(incluye tiempo completo, medio tiempo, temporal y estacional)

¿Ofrece el empleador programas, servicios o atención directa a menores o adultos vulnerables?  Sí

No

Dirección del empleador:

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre de la corporación, si corresponde:

Contacto del empleador:

Teléfono:

Email:

Nombre del supervisor directo, si corresponde:

### SECCIÓN III. Infracción

1. ¿Cómo crees que ocurrió la infracción en la revisión de los antecedentes penales?

- Se me exigió que revelara si tengo antecedentes penales.
- Se me exigió que revelara si ha habido acusaciones penales en mi contra.
- Se tomaron represalias en mi contra por alegar una infracción en la revisión de los antecedentes penales.
- Se discriminó en mi contra por alegar una infracción en la revisión de los antecedentes penales.
- Otro.

### SECCIÓN IV. Detalles del reclamo y declaración de hechos

1. En el espacio a continuación, escriba los detalles, incluidas las fechas, con respecto a la presunta infracción. Sea lo más específico posible y adjunte hojas adicionales si es necesario.

2. ¿Alguno de los asuntos enumerados anteriormente está pendiente en un tribunal estatal o federal?  Sí  No

### V. Certificación y firma

POR LA PRESENTE CERTIFICO que las declaraciones en este documento, incluidos los archivos adjuntos, son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender. ENTIENDO que la aceptación de este reclamo por parte de la División de Trabajo e Industria de Maryland no garantiza la remediación. AUTORIZO a la División de Trabajo e Industria a recibir cualquier cantidad pagada y enviarla por correo bajo mi propio riesgo.

Firma del empleado:  Fecha:

Nombre del empleado (en letra de imprenta):

---

**Departamento de Trabajo**  
**División de Trabajo e Industria**  
**Servicio de Normas de Empleo**  
1100 North Eutaw Street, Room 607  
Baltimore, MD 21201  
Número de teléfono: (410) 767-2357

Rev. 2/20