



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:

Primero	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
10946 Golden West Drive, Suite 160
Baltimore, MD 21031
Número de teléfono: (410) 767-2357 Número de fax: (410) 333-7303
Correo electrónico: DLDLIMdLaborComplaint-dllr@Maryland.gov