



Illinois Department Of Labor Fair Labor Standards Division
160 North Lasalle Street, Ste 1300
Chicago, Illinois 60601
DOL.DayLabor@illinois.gov; <http://labor.illinois.gov/>

ACTA DE SERVICIOS DE JORNALERO Y LABORALES TEMPORALES

FORMULARIO DE QUEJA

¿Su queja es contra la agencia de trabajo de día/temporal, el cliente/lugar de trabajo externo o ambos?

<input type="checkbox"/> Agencia de trabajo de día/temporal	<input type="checkbox"/> Cliente externo	<input type="checkbox"/> Ambos
---	--	--------------------------------

Información de la agencia de trabajo de día/temporal

Nombre del Negocio			
Dirección			
Ciudad, Estado, Código postal			
Correo electrónico:		Número de teléfono:	
Nombre del propietario/persona de contacto (si se conoce)			

Sitio de trabajo asignado/información del cliente externo

Nombre del Negocio			
Dirección			
Ciudad, Estado, Código postal			
Correo electrónico:		Número de teléfono:	
Nombre del propietario/persona de contacto (si se conoce)			

Información de la persona que presenta la denuncia

Tipo de denunciante:	<input type="checkbox"/> Trabajador temporal	<input type="checkbox"/> Representante "Interesado"
Nombre del denunciante		
Dirección		
Ciudad, Estado, Código postal		
Correo electrónico:		Número de teléfono:



Illinois Department Of Labor Fair Labor Standards Division
 160 North Lasalle Street, Ste 1300
 Chicago, Illinois 60601
DOL.DayLabor@illinois.gov; <http://labor.illinois.gov/>

ACTA DE SERVICIOS DE JORNALERO Y LABORALES TEMPORALES

FORMULARIO DE QUEJA

Tipo de denuncia:

<input type="checkbox"/> General y/o más de un problema: explique a continuación	<input type="checkbox"/> No recibí entrenamiento adecuado sobre salud, seguridad y peligros.	<input type="checkbox"/> No se le informó sobre el derecho a rechazar la asignación debido a un conflicto laboral.	<input type="checkbox"/> Represalias
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si se presenta como representante “interesada” según la ley y solicitará una carta de derecho a demandar.			
<input type="checkbox"/> Otro:			

Descripción de la queja / Explique lo que sucedió:

Fechas de empleo:

De:	Al:	Curso de Pago:	Horas Diarias Trabajadas

Firma

Fecha

Escribe su nombre en letra de molde

Marque esta casilla si acepta la notificación del proceso por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente.