



CITY OF CHICAGO
 DEPARTMENT OF BUSINESS AFFAIRS
 AND CONSUMER PROTECTION
 121 N. LaSalle St., Room 805
 Chicago, IL 60602
 Tel. 312-744-2211
www.chicago.gov/laborstandards

<u>OFFICE USE</u>
Date Received: _____
Processed By: _____
CSR#: _____

OFICINA DE NORMAS LABORALES FORMA DE DEMANDA

INSTRUCCIONES

- Llene lo siguiente formulario en la mayor medida posible
- Forme y ponga la fecha en el formulario
- Al recibir su forma la Oficina de Normas Laborales le contacta si necesario para una entrevista y/o recibir mas información acerca de su demanda

INFORMACION DE SU DEMANDA

¿En qué idioma prefiere hablar con la Oficina? _____

Nombre de Negocio: _____

Tipo de Negocio: _____

Dirección: _____
Calle
Ciudad
Estado
Código Postal

Télefono del Negocio: _____

¿De qué se trata su demanda? (Marque X en las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salario Mínimo | <input type="checkbox"/> Semana Laboral Justa (planificación de turnos) |
| <input type="checkbox"/> Tiempo de Enfermedad Pagado | <input type="checkbox"/> Ordenanza Contra Represalias (en relación con COVID-19) |

Qué es su demanda?

**FAVOR DE CONTINUAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE
 (LA PÁGINA SIGUIENTE SE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR)**

INFORMACION DE SU DEMANDA

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono de Ud.: _____

Su correo electrónico: _____

¿Cuál es su trabajo o puesto? _____

¿Usted es contratista independiente? _____

¿Cuántas personas trabajan en el negocio? _____

¿Usted es miembro de un sindicato? _____

Preguntas adicionales para quejas de la Semana Laboral Justa (planificación de turnos).

¿Trabaja la mayor parte de su trabajo en servicios de edificios, hoteles, atención médica, servicios de almacén de fabricación, venta minorista o restaurantes?

Si

No

¿Cuánto gana por hora (o cuánto es su salario)? _____

Usted puede designar a un contacto alternativo por si acaso no lo podemos ubicar

Nombre/Apellido del contacto alternativo: _____

Su relación al contacto alternativo: _____

Teléfono del contacto alternativo: _____

Correo electrónico del contacto alternativo: _____

LEA LO SIGUENTE ANTES DE FIRMAR:



El Departamento de Asuntos Empresariales y Protección del Consumidor hace cumplir las leyes del Código Municipal de Chicago para proteger a los consumidores y negocios de prácticas injustas y engañosas. Entiendo que si tengo preguntas acerca de esta demanda y mis derechos debo de llamar a un abogado particular. Afirmo que la información declara arriba es verdad y preciso a lo mejor de mi capacidad.

Su firma electrónico es igual a su firma por escrito para los efectos legales, exigibilidad y admisibilidad.

Firma_____
Fecha**FAVOR DE SOMETER POR CORREO, CORREO ELECTRÓNICO, O FAX:**Correo al: Department of Business Affairs and Consumer Protection (BACP)

Attn: Office of Labor Standards

121 N. LaSalle St., Room 805

Chicago, IL 60602

o

Correo Electrónico: BACPlaborstandards@cityofchicago.org

o

Por facsimile al: 312.743.1841*Nota: Si envía este formulario por fax, incluya una portada de fax*