

Formulario de Quejas bajo la Ley de Clasificación de Empleados



Labor Standards
550 S. 16th Street
Lincoln, NE 68508
402-471-2239

Su Información

Nombre: _____ Cargo: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Número de Seguro Social: _____

¿Usted cree que ha sido clasificado incorrectamente? Sí No

¿Compañía/Empresa a la que Está Reportando?

¿Cuál es su relación con esta compañía? Ex Empleado Empleado Otro: _____

Si es ex empleado o actualmente empleado, indique las fechas de empleo: Desde _____ hasta _____

Nombre de la Compañía: _____ Dueño: _____

Teléfono de la Compañía: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ # de Registro del Contratista#: _____

Ubicación / dirección del sitio de trabajo o donde se estaba realizando el trabajo: _____

Información sobre la Queja

Proporcione cualquier explicación o información que sería útil para el Departamento de Labor de Nebraska para la investigación de esta queja.

¿Hay algún otro trabajador que posiblemente haya sido clasificado incorrectamente en esta compañía? Por favor liste a continuación, si lo sabe.

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Por medio de la presente certifico que la información antes brindada es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo al Departamento de Labor de Nebraska a compartir la información contenida en este reclamo con cualquier otra oficina gubernamental o agencia necesaria para resolver completamente esta queja.

Firma: _____ Fecha: _____