



Oficina Municipal para la Equidad Ley de la Ciudad de Pittsburgh sobre Licencias Remuneradas por Enfermedad

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Gracias por ponerse en contacto con la Oficina Municipal para la Equidad (MOE por sus siglas en inglés) de la Ciudad de Pittsburgh. Por favor, siga las instrucciones y complete el siguiente formulario.

- Imprima o escriba claramente sus respuestas a cada pregunta lo mejor que pueda. Si no está seguro/a de una respuesta, indíquelo. Si alguna respuesta no le es aplicable, señale N/A o No Aplicable
- Puede remitir el formulario completado de los siguientes modos:
 - Correo electrónico: PaidSickLeave@pittsburghpa.gov O
 - Correo postal a: Office of Equity, Attn: Paid Sick Leave Division 5th Floor,
414 Grant St., Pittsburgh, PA 15219
- Tras recibir su formulario completado, nos pondremos en contacto con usted en un plazo de cinco (5) días laborables para hablar sobre la obtención de cualquier información adicional que necesitemos o para notificarle la acción que tomaremos.

SU INFORMACIÓN DE CONTACTO				
Nombre	Segundo nombre	Apellidos		
Dirección:		Ciudad	Estado	C.P. (ZIP)
Nº de teléfono principal	Nº de teléfono secundario	Dirección de correo electrónico		
<p>La correspondencia relativa a esta evaluación le será enviada a la dirección de correo electrónico facilitada. También puede enviarse la correspondencia a su dirección postal. Es responsabilidad suya facilitar a la MOE su información de contacto actualizada.</p>				

INFORMACIÓN LABORAL			
Empleador	Función/denominación del puesto de trabajo		
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	C.P. (ZIP)
Número de empleados (durante los últimos 12 meses) (rodee uno): Menos de 15 15 o más			
Nombre del supervisor o gerente	Número de teléfono del supervisor/gerente	Correo electrónico del supervisor/gerente	
Nombre del representante del departamento de recursos humanos	Número de teléfono del representante de RRHH	Dirección de correo electrónico del representante de RRHH	
¿En qué fecha comenzó a trabajar para el empleador?			
_____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)			
¿Sigue trabajando para el empleador (seleccione una)?			
Si	No	No aplicable	
Si la respuesta es <i>no</i> , seleccione el motivo			
Dimisión/Renuncia	Licencia/Despido	Cese	
¿Cuál fue su último día de trabajo?			
_____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)			

Por favor, conteste a las siguientes preguntas para ayudarnos a establecer si está cubierto/a por la Ley de Pittsburgh sobre Licencias Remuneradas por Enfermedad.		
1. ¿Es usted contratista independiente? (recibe, por ejemplo, un 1099)	Si	No
2. ¿Es trabajador estacional? (contratado por un periodo inferior a 16 semanas en un año natural)	Si	No
3. ¿Está cubierto por un convenio colectivo? (por ejemplo, miembro de un sindicato)	Si	No
4. ¿Es estudiante en prácticas?	Si	No
5. ¿Es empleado/a estatal o federal?	Si	No
6. ¿Ha trabajado al menos 35 horas/año dentro de los límites geográficos de la Ciudad de Pittsburgh?	Si	No

INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN		
¿Cree que el empleador ha incumplido la Ley sobre Licencias Remuneradas por Enfermedad?	Si	No
En caso afirmativo, ¿en qué fecha cree que la incumplió por primera vez?	_____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)	
Indique en cuál de las siguientes formas ha incumplido la ley el empleador y proporcione información adicional en el espacio a continuación. Marque todas las que sean aplicables		
<input type="checkbox"/>	No permitir hacer uso de la licencia por enfermedad.	
<input type="checkbox"/>	No permitir la acumulación de 1 hora de licencia por enfermedad por cada 35 horas trabajadas en Pittsburgh.	
<input type="checkbox"/>	Solicitar justificación para ausencias inferiores a 3 días consecutivos.	
<input type="checkbox"/>	No aceptar una justificación "razonable".	
<input type="checkbox"/>	Tomar represalias contra un/a trabajador/a que solicite una licencia por enfermedad, haga uso de una licencia por enfermedad o realice una reclamación.	
<input type="checkbox"/>	No permitir que los días de licencia acumulados se traspasen de un año al siguiente.	
<input type="checkbox"/>	Exigir al/a la trabajador/a que encuentre un/a sustituto/a	
<input type="checkbox"/>	No proporcionar información sobre los derechos conforme a la ley mediante documentos independientes o colocando la información en un lugar visible.	
<input type="checkbox"/>	Penalizar a un/a trabajador/a por solicitar o hacer uso de la licencia por enfermedad.	
Por favor, describa con sus propias palabras lo ocurrido. Si es necesario, utilice hojas adicionales. <i>Incluya todas las fechas de los incumplimientos alegados.</i>		
¿Ha intentado resolver su reclamación con el empleador? (seleccione una) Si No		
¿Qué tipo de reparación está buscando? (pago de atrasos, reincorporación, etc.)		
Proporcionémos cualquier información que pudiera resultar útil para resolver este problema.		

Adjunte a este formulario cualquier documento relevante (por ejemplo, talón de pago, contrato de empleo, convenio colectivo, política del empleador sobre licencias por enfermedad y una copia de su solicitud de licencia por enfermedad). La MOE no necesita información sanitaria para procesar su reclamación.

Conforme al Art. 4904 del Estatuto Consolidado 18 de Pennsylvania (18 PA. CONS. STAT. ANN.), sobre falsificación no juramentada ante las autoridades, declaro que, en la medida de mis conocimientos, esta información es veraz, correcta y completa.

Firma del/de la reclamante	Fecha
----------------------------	-------

Nombre en letra de imprenta

(Si el/la reclamante es menor de 18 años)	Firma del padre/madre o tutor/a	Nombre en letra de imprenta del padre/madre o tutor/a
--	---------------------------------	---