


Cuestionario o Formulario de Admisión de Queja sobre la Ordenanza de Licencia por Enfermedad con Goce de Sueldo

Gracias por comunicarse con el Municipio de Bloomfield en cuanto a la Ordenanza de Licencia por Enfermedad con Goce de Sueldo (también conocido *como Días Pagados por Enfermedad*). Este formulario nos proporciona información que podemos utilizar para ayudarnos a servirle. Una vez que recibamos su cuestionario completado, la revisaremos y después le contactaremos para obtener más información. Por favor deje la mejor información de contacto. Su identidad permanecerá confidencial y no será compartida con su empleador a menos que sea necesario para resolver la investigación y con su permiso.

Para evitar retrasos en el procesamiento, por favor envíe un solo cuestionario a by visiting  on our Township Website: www.bloomfieldtwpnj.com en relación con el mismo asunto.

Fecha de Hoy _____ Fecha/s del incidente/s _____

Primero Nombre _____ Apellido _____ Medio Inicial _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

¿Qué números de teléfono deberíamos utilizar para ponernos en contacto con usted?

Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Con quién podemos contactar si no podemos comunicarnos con usted?

Teléfono de día: _____ Relación: _____

¿Necesita interpretación del idioma? _____ Si, ¿qué idioma? _____

Creo que mi empleador ha violado la Ley de Días Pagados por Enfermedad de Bloomfield:

- no permitir acumular licencia remunerada por enfermedad.
- no permitir que utilice licencia por enfermedad.
- no permitir el arrastre de baja por enfermedad no utilizada.
- no notificarme que tengo derecho a licencia por enfermedad.
- Tomar represalias contra mí por usar mi licencia por enfermedad.

Otro: _____

Información del empleador

¿Trabaja para un empleador privado en Bloomfield? Sí No Inseguro

Nombre del Negocio _____

Nombre del supervisor(es) o Gerente(s) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Número de Teléfono _____

Describa brevemente lo que paso _____

Usted está protegido de represalias bajo la Ordenanza de Licencia por Enfermedad con Goce de Sueldo

Por favor envíe este documento por mail 1 Municipal Plaza, Bloomfield, NJ 07003 Attn: Administrator Office, por correo o fax: 973-680-0134 a la atención de agente de la autoridad.